Klinik Psikolojiye Giriş

George P. Kramer
West Shore Community College

Douglas A. Bernstein
University of South Florida

Vicky Phares
University of South Florida

Çeviri Editörü
Prof. Dr. İhsan Dağ

Çeviri Grubu
Doç. Dr. Özlem Sertel Berk
Uzm. Psk. Özlem Çağın
Prof. Dr. İhsan Dağ
Doç. Dr. Emre Şenol Durak
Doç. Dr. Müjgan İnözü
Yard. Doç. Dr. Serap Tekinsav Sütcü
Araş. Gör. Ahmet Yasin Şenyurt

Kitabın Özgün Adı : Introduction to Clinical Psychology
Kitabın Adı : Klinik Psikolojiye Giriş
Yazarlar : George P. Kramer, Douglas A. Bernstein, Vicky Phares
Çeviri Editörü : Prof. Dr. İhsan Dağ
Çeviri Grubu : Doç. Dr. Özlem Sertel Berk, Uzm. Psik. Özlem Çağın, Prof. Dr. İhsan Dağ, Doç. Dr. Emre Şenol Durak, Doç. Dr. Müjgan İnözü, Yard. Doç. Dr. Serap Tekinsav Sütçü, Araş. Gör. Ahmet Yasin Şenyurt
Sayfa Dizayn : Ayhan Sağlam
Baskı : SES Reklam ve Matbaacılık
ISBN : 978-9944-189-10-1

Kitabın APA Stiline Göre Türkçe Kaynak Gösterimine Uygun Künyesi:

Kramer, G.P., Bernstein, D.A., Phares, V. (2014). Klinik Psikolojiye Giriş. (İ. Dağ, Çev. ed.). Ankara: Mentis Yayıncılık.

© Mentis Yayıncılık San. ve Tic. Ltd. Şti. 2014 (Türkçe Baskısı)

Bu kitabın her türlü Türkçe basım ve yayın hakkı Pearson Publication, tarafından Mentis Yayıncılık San. ve Tic. Ltd. Şti.'ye devredilmiştir. Yayınevinin yazılı izni olmadan hiçbir şekilde kitabın tümü veya bir kısmı herhangi bir şekilde yayınlanamaz ve çoğaltılamaz.

Kitabın Özgün Baskısının Yayın Hakları ve Katalog Bilgileri

COPYRIGHT © 2009, 2003, 1998, 1994, 1991, 1987 Pearson Education Inc., Upper Saddle River, New Jersey, 07458. ALL RIGHTS RESERVED. No part of this work covered by the copyright hereon may be reproduced or used in any form or by any means—graphic, electronic, or mechanical, including photocopying, recording, taping, web distribution, information storage and retrieval systems, or in any other manner—without the written permission of the publisher.

Library of Congress Cataloging in Publication Data (Original Book)

Library of Congress Control Number: 2008015142
ISBN-13: 978-0-13-172967-4
ISBN-10: 0-13-172967-5

Yayın ve Dağıtım:

Mentis Yayıncılık, Alınteri Bulvarı, 17 Cadde, 40/A, 15, Ostim, ANKARA
Tel: 0.312.386 00 72 Faks: 0.312.386 00 73
E-Posta: mentis@superposta.com
Web Adresi: www.mentisyayincilik.com.tr

FOTOKOPİ KİTABI ÖLDÜRÜR!

2000 adet basılmış olan bir kitap, eğer 3000 adet basılmış olsa %20; 5000 adet basılmış olsa %30 daha düşük bir fiyatla satışa sunulabilecektir. Çeşitli nedenlerle kitabın korsan fotokopisini çeken ve çektirenler, sadece suç işlemekle kalmıyorlar, aynı zamanda ülkemizin kültürel ve bilimsel gelişimini de ciddi bir şekilde baltalıyorlar. Eğer gerçekten ülkemizde bilim ve kültürün gelişmesini ve kitapların ucuzlamasını istiyorsak, buna hepimiz katkıda bulunmalıyız. Toplu alımlarda kitap satış fiyatı üzerinden indirim uygulanmaktadır. Lütfen yayınevi ile iletişim kurunuz.

ÇEVİRİ EKİBİ

ÇEVİRİ EDİTÖRÜ:

Bölüm: 16, Konu Dizini	Prof. Dr. İhsan Dağ

BÖLÜM ÇEVİRMENLERİ:

Bölüm: 3, 12,13	Doç. Dr. Özlem Sertel Berk
Bölüm: 6, 9, 10	Uzm. Psk. Özlem Çağın
Bölüm: 1, 2, 14	Doç. Dr. Emre Şenol Durak
Bölüm: 4, 5, 15	Doç. Dr. Müjgan İnözü
Bölüm: 7, 8	Yard. Doç. Dr. Serap Tekinsav Sütcü
Bölüm: 11	Araş. Gör. Ahmet Yasin Şenyurt

ÖNSÖZ

Bizler, bu kitabın önceki altı baskısında üç amacı gerçekleştirmeye çalıştık. İlk olarak, öyle bir kitap hedefledik ki, lisansüstü öğrencilere uygun olsa da yazım aşamasında aklımızda özellikle donanımlı lisans öğrencilerini bulundurduk. Ana dalı psikoloji olan pek çok lisans öğrencisi alanın neler içerdiğine ve gerektirdiğine dair net bir anlayışa sahip olmadan klinik psikolojiye ilgi duyduklarını ifade etmektedir. Ana dalı psikoloji olmayan daha da fazla miktardaki öğrenci ise aynı şekilde klinik psikolojiye dair daha fazla şey bilmek istemektedir. Her iki grubun da lisansüstü çalışmalarda verilen metinlerdeki gibi bütün detayları içermeyen, alana ait esaslı bir incelemeden yarar sağlayacağını düşündük.

İkinci olarak, klinik psikoloji tarihini, kapsamını, işlevlerini, geleceğini ve tüm kuramsal görüşleri gözden geçiren bir akademik betimleme sunmak istedik. Bu nedenle, bilişsel davranışçı kuramlardan yana olan tercihimizin sunuşumuzu kısıtlamasına izin vermedik. Bunun yerine, psikodinamik, ilişkisel, hümanistik / fenomenolojik, sistem, grup ve biyolojik bakış açılarını da sunduk ve bunu yaparken de olabildiğince doğal bir tutum içerisinde olmaya çalıştık. Kitap boyunca klinik psikolojide görgül araştırma geleneğini savunuyoruz, çünkü bunun kuramsal konumdan bağımsız bir şekilde bütün klinisyenlerin takip edebileceği gerekli ve işe yarar bir bakış açısı olduğunu düşünüyoruz.

Üçüncü olarak, kitabımızın ilginç ve keyifle okunabilir olmasını istedik. Çünkü bizler, klinik psikolog olmayı ve klinik psikolojiyi öğretmeyi seviyoruz ve içeriğe dair bizim duyduğumuz şevki yansıtan bir kitap yaratmayı denedik.

Yukarıdaki amaçlarla hareket ettiysek de yedinci baskıda bazı önemli değişiklikler yapmanın yollarını aradık. Öncelikle, önceki basımda olduğundan daha yoğun bir şekilde klinik uygulama ve karar verme konularının altını çizdik. Bunu yaparken, bu basımda, çok sayıda vaka örneklerine ve senaryolara yer verdik. Bu örneklerin pek çoğu kolay yanıtlanamayacak problemler sunduğundan, klinik uygulamada karar verme açısından kritik olan etik ilkelere ve mesleki davranış kurallarına da vurgu yaptık. Ayrıca çok kültürlülük konularındaki tedavi yöntemlerimizi ve klinik psikolojinin çok kültürlülükteki yeterliliğini vaka örnekleri ve tartışmalar aracılığıyla büyük ölçüde genişlettik.

Bir ikinci değişiklik de metnin pedagojik özelliklerinin genişletilmesidir. Her bölüm ve her bölümdeki temel kısım gelecek olan materyalin kısa bir özetiyle başlamaktadır. Her bölümün ve kısmın sonunda anahtar olguların ve fikirlerin bir özeti bulunmaktadır. Ayrıca her bölümün sonuna çalışma soruları ekledik. Bu sorular, aynı sınıfta sorulan tartışma soruları veya test soruları gibi, öğrencileri konunun materyaline yönlendirmekte kullanılabilir. Bir diğer pedagojik özellik ise tablo, şekil ve diğer görsellerin sayısındaki önemli artıştır. Bu özellikler yalnızca metne çeşitlilik katmakla kalmayacak olup, aynı zamanda da bilgiyi farklı şekillerde sunarak öğrencilerin birden çok yöntem aracılığıyla öğrenmelerine yardımcı olacaktır.

Yedinci basımın bölüm organizasyonu altıncınınkine benzemekte ancak burada da bazı değişiklikler bulunmaktadır. Psikoterapi bölümünü davranışsal ve bilişsel davranışsal terapiye dair bir tam bölüm daha ilave ederek önemli ölçüde genişlettik. Böylece şimdi, klinik müdahalenin temel özelliklerine dair bir giriş bölümünün (6. Bölüm) yanı sıra psikodinamik ve hümanistik psikoterapiler (7. Bölüm), davranışçı ve bilişsel davranışçı psikoterapiler (8. Bölüm), alternatif psikoterapi biçimleri (grup, çift, aile, sistem, önleme, kendine yardım gibi; 9. Bölüm) ve klinik müdahale araştırmaları (10. Bölüm) bölümleri bulunmaktadır. Uzmanlık alanları (örn., çocuk klinik psikolojisi, sağlık psikolojisi, nöropsikoloji , adli psikoloji) ve mesleki konular üzerine olan bölüm yine dahil edildi. Her daim popüler olan, önceden ekler bölümünde yer alan yüksek lisansa girmeyle ilgili bölüm artık başlı başına bir bölüm (16. Bölüm) olmuştur.

Klinik psikoloji alanı hızla değişiyor. Dolayısıyla kitabın bütün bölümlerinde araştırmaların ve diğer malzemelerin yüzlerce yeni referans ışığında kapsamlı bir şekilde güncellenmesini üstlendik. Alandaki bilgiler her gün değiştiğinden öğrencilerin son gelişmeleri takip edebilmeleri için her bölümün sonunda çok sayıda web adresi ekledik. Ayrıca, son baskımızdan bu yana hem Birleşik Devletler'in hem de diğer ülkelerin sağlık sistemlerinde sayısız değişiklikler meydana geldi. Bu değişiklikleri yönlendirilmiş sağlık hizmetlerinin klinik psikoloji araştırmalarını ve uygulamalarını nasıl etkilediği konusunu da içeren çeşitli detaylar açısından ele aldık. Son olarak klinik psikolojide çok kültürlülüğü kapsayışımızı

önemli derecede genişlettik. Bir zamanlar ufukta sayılan bu konu artık klinik psikoloji eğitim ve uygulamasının gerekli bir bileşeni olarak görülüyor. Çeşitlilik ve çok kültürlülükle ilgili meselelere dair tartışmaları neredeyse her bölümde bulabilirsiniz.

TEŞEKKÜRLER

Bu kitaba olan değerli katkılarından ötürü birkaç kişiye teşekkür etmek istiyoruz. Catherine Stoney'e sağlık psikolojisi bölümünü güncelleştirmedeki katkılarından, Joel Shenker'a nöropsikoloji bölümünü güncelleştirmedeki katkılarından ve Elaine Cassel'e adli psikoloji bölümünü güncelleştirmedeki uzman katkılarından ötürü minnetimizi dile getirmek istiyoruz. Ayrıca Rachel Kramer'a birkaç bölümün taslağına yaptığı yorumlardan ve Mason-Lake Intermediate School District'teki White ve Mueller Bills'lere değerlendirme materyallerindeki yardımlarından ötürü teşekkür ederiz. Sayısız lisans ve yüksek lisans öğrencisi bu metindeki yerlerini alan soruları sordu, meseleleri gündeme getirdi ve karşıt duruşları savundu. Onlar gerçekten de bu kitabın yaratılmasını ve bizim gözden geçirmemizi ve güncellememizi kamçılayan kişiler; hepsine teşekkür ederiz. Ayrıca Pearson Prentice Hall'deki editörümüz Jeff Marshall'a bu son baskının yaratılmasına rehberlik eden yardımları ve sabrı için teşekkür ederiz. Satishna Gokuldas ve TexTech International çalışanlarına üretim sürecini profesyonelce yönettikleri için teşekkürlerimizi sunarız. Değerli katkılarından ötürü kitabı gözden geçiren herkese minnettarız: Joel M. Martin, Butler Üniversitesi; Dorothy Mercer, Eastern Kentucky Üniversitesi; B. Jean Mandernach, Nebraska Üniversitesi Keamey Kampüsü; ve John P. Garofalo, Washington State Üniversitesi Vancouver Kampüsü.

Son olarak, ailelerimize, sevdiklerimize ve arkadaşlarımıza bu proje süresince verdikleri destekten ötürü teşekkür ederiz. Sizlerin sonsuz sabrı ve nazik cesareti bizlerin asla geri ödeyemeyeceği bir borçtur.

GEOFFREY P. KRAMER

DOUGLAS A. BERNSTEIN

VICKY PHARES

ÇEVİRİ EDİTÖRÜ'NÜN ÖNSÖZÜ

Ülkemizdeki üniversitelerde psikoloji öğrencilerinin (ve tabi hocalarının) en önemli eğitim sorunlarından biri standart derslerinde kullanacakları ders kitaplarının çok sınırlı olmasıdır. Temel dersler için son yıllarda bazı ders kitapları yazılmış veya çevrilmiş de olsa, öğrencilerimizin en azından aralarından seçecekleri ders kitabı alternatifleri çok yoktur. Mevcutlar da basım tarihi olarak eskimekte ve yerine yenileri konamadığından eskimiş literatürleriyle kullanılmaya devam etmektedir.

Elinizdeki bu kitap çevirisi de bu temel soruna çözüm bulma yolunda mütevazı bir katkı olarak tarafımızdan planlanmış ve hayata geçirilmiştir. Biz yola çıktığımızda ülkemizde Türkçe modern bir klinik psikolojiye giriş ders kitabı bulunmamaktaydı. Kurduğumuz çeviri ekibi bu alanda uzmanlıkları bulunan akademisyenlerden oluştuğundan, kitabın dilinin "piyasa çevirisi" olan kitapların dilinden ne denli farklı olduğunu görebileceksiniz. Nitekim, çeviri sürecimiz devam ederken elimize geçen benzer içerikli bir çeviri kitabı incelediğimizde bunları düşündük. Siz de bulur karşılaştırma imkânınız olursa bu konuda ne denli haklı olduğumuzu görebilirsiniz.

Diğer yandan, ülkemizde klinik psikolojinin durumunu ve araştırma birikimini yansıtan özgün bir kitaba olan gereksinim de, tıpkı psikolojinin diğer alanlarında olduğu gibi, elbette çok açıktır. Ancak, bu alanın en gelişmiş olduğu ABD'de hazırlanmış bu kitabın, ülkemiz psikoloji öğrencilerinin klinik psikoloji alanıyla

tanışmalarında çok önemli bir boşluğu dolduracağına inanıyoruz. Kitap elbette psikiyatri ve psikolojik danışma gibi yakın alanlar için de bir ek kaynak niteliğinde görülebilir.

Çeviri Editörü olarak zor olduğu düşünülebilecek işim çok kolaydı, çünkü çeviri ekibim kendilerine düşen bölümleri büyük bir dikkat ve titizlikle çevirmişlerdi. Burada, ricamı mesleki bilinçle bir sorumluluk olarak görüp, kabul ederek ekibimde yer alan (alfabetik sırayla) Doç. Dr. Özlem Sertel Berk'e (İstanbul Üniv. Psikoloji Böl.), Uzm. Psk. Özlem Çağın'a (Boğaziçi Üniv. Psikoloji Böl. Klinik Psikolojide PhD adayı), Doç. Dr. Emre Şenol Durak'a ve Doç. Dr. Müjgan İnözü'ne (Abant İzzet Baysal Üniv. Psikoloji Böl.), Yard. Doç. Dr. Serap Tekinsav Sütcü'ye (Ege Üniv. Psikoloji Böl.) ve Arş. Gör. Ahmet Yasin Şenyurt'a (Abant İzzet Baysal Üniv. Psikoloji Böl. Klinik Psikolojide PhD adayı) çok teşekkür ediyorum. Ekip arkadaşlarıma çalışma takvimimize dakik bir şekilde uymalarından dolayı da ayrıca teşekkür ediyorum.

Kitabın önsözünün çevirisini titizlikle yapan, Arş. Gör. Mübeccel Yeniada ile hata bulma okuması ve düzeltmelerine katkıda bulunan diğer Bölüm Araştırma Görevlilerimiz Burcu Korkmaz, Yasemin Oruçlular ve Tuğba Çapar'a çok teşekkür ediyorum. Son olarak, Mentis Yayıncılık'ın Değerli Sahibi Sayın Tülay Güner'e anlayış ve yardımcı yaklaşımından dolayı ve dizgi – baskı süreçlerini titizlikle yapmış olmalarından dolayı çok teşekkür ediyorum. Son bir teşekkürüm de Mentis Yayıncılık'la tanışmamı sağlayan sevgili arkadaşım Prof. Dr. Tuncay Ergene'yedir.

Kitabın Türk Psikoloji eğitim camiasına hayırlı ve uğurlu gelmesi dileklerimle...

Ağustos, 2014
Prof. Dr. İhsan Dağ
Hacettepe Üniversitesi
Psikoloji Bölümü
www.ihsandag.gen.tr

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ V
ÇEVİRİ EDİTÖRÜ'NÜN ÖNSÖZÜ IX

BÖLÜM 1 KLİNİK PSİKOLOJİ NEDİR? 1
Klinik Psikolojinin Genel Görünümü 4
İşyerinde Klinik Psikologlar
21. Yüzyılda Klinik Psikoloji 27
Bölüm Özeti 33

BÖLÜM 2 KLİNİK PSİKOLOJİNİN GEÇMİŞİ VE BUGÜNÜ 37
Klinik Psikolojinin Kökenleri 39
Klinik Psikoloji Büyümeye Başlıyor 53
Ana Yaklaşımların Gelişimi 61
Belirli Bir Yaklaşım Benimsemenin Artıları Ve Eksileri 82
Klinik Psikolojinin Bugünü 85
Bölüm Özeti 86

BÖLÜM 3 KLİNİK DEĞERLENDİRMENİN TEMEL ÖZELLİKLERİ 89
Değerlendirme Sürecinin Çerçevesi 93

Klinik Değerlendirmenin Amaçları 99
Klinik Yargı ve Karar Verme 116
Değerlendirme Seçimlerini Belirleyen Diğer Faktörler 127
Değerlendirme Sonuçlarının İletilmesi 136
Değerlendirmede Etik Meseleler 141
Bölüm Özeti 144

BÖLÜM 4 KLİNİK PSİKOLOJİDE GÖRÜŞME VE GÖZLEM 147

Klinik Görüşmenin Kullanıldığı Durumlar 150
Görüşmenin Yapısı 157
Görüşmenin Evreleri 166
Görüşme Üzerine Yürütülen Araştırmalar 180
Gözleme Dayalı Değerlendirme: Amaç ve Faydaları 184
Gözleme Dayalı Değerlendirme: Yaklaşımlar 187
Gözleme Dayalı Değerlendirme Üzerine Yapılmış Araştırmalar 199
Bölüm Özeti 205

BÖLÜM 5 KLİNİK PSİKOLOJİDE ÖLÇME 209

Psikolojik Ölçmede Temel Kavramlar 212
Zihinsel Fonksiyon Testleri 228
Tutum, İlgi, Tercih ve Değer Testleri 238
Psikopatoloji ve Kişilik Testleri 240
Psikolojik Testlerin Güncel Durumu 258
Bölüm Özeti 262

BÖLÜM 6 KLİNİK MÜDAHALELERİN TEMEL ÖZELLİKLERİ 265

Klinik Müdahalelere Genel Bakış 267
Psikoterapideki Katılımcılar 271
Klinik Müdahalelerin Amaçları 282
Klinik Müdahalelerde Etik Esaslar 287
Klinik Müdahalelerin Uygulamadaki Bazı Özellikleri 292
Bölüm Özeti 298

BÖLÜM 7 PSİKODİNAMİK VE İNSANCIL PSİKOTERAPİLER 301

Psikanaliz 303
Psikodinamik Psikoterapi 319
İnsancıl Psikoterapiler 327
Diğer İnsancıl Yaklaşımlar 338
Bölüm Özeti 344

BÖLÜM 8 DAVRANIŞÇI VE BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI PSİKOTERAPİLER 346

Davranış Terapisi 349
Bilişsel Terapi 364
Bilişsel Davranış Terapisi 377
Bilişsel Davranışçı Terapinin Bugünkü Durumu 384
Bölüm Özeti 385

BÖLÜM 9 KLİNİK MÜDAHALENİN ALTERNATİF BİÇİMLERİ 387

Grup Terapisi 390
Çift ve Aile Terapisi 395
Toplum Psikolojisi 404
Önleme 407
Kendine Yardım 410
Gerçekten Alternatif Yaklaşımlar 413
Psikolojik Tedaviyi Etkileyen Teknolojik Yenilikler 416
Psikoterapi Entegrasyonu 418
Bölüm Özeti 420

BÖLÜM 10 KLİNİK MÜDAHALE ÜZERİNE ARAŞTIRMALAR 423

Psikoterapiyi Değerlendirme Yöntemleri 426
Terapi Araştırmalarını Uygulamadaki Sorunlar 432
Bireysel Psikolojik Tedavilerin Etkililiği 436
Alternatif Müdahale Tarzlarının Etkililiği 449
Bölüm Özeti 453

BÖLÜM 11 KLİNİK ÇOCUK PSİKOLOJİSİ 457

Klinik Çocuk Psikolojisi Tarihinin Kısa Bir Özeti 460
Çocuk Psikolojisine Özgü Özellikler 464
Çocuklarda Klinik Değerlendirme 473
Çocukluk Dönemine Özgü Bozukluklar 480
Çocukluk Dönemi Bozukluklarının Tedavisi Ve Önlenmesi 490
Klinik Çocuk Psikolojisinin Geleceği 497
Bölüm Özeti 500

BÖLÜM 12 SAĞLIK PSİKOLOJİSİ 502

Sağlık Psikolojisi Nedir? 505
Hastalığa Yol Açan Risk Faktörleri 515
Hastalığın Önlenmesi ve Tedavi Programları 520
Sağlık Psikolojisi Alanından Bir Vaka Örneği 525

Tıbbi Tedavi Rejimlerine Uyumu Artırma 527
Bölüm Özeti 530

BÖLÜM 13 KLİNİK NÖROPSİKOLOJİ 533
Nöropsikolojinin Kısa Tarihi 537
Nöropsikolojinin Temel Prensipleri 541
Nöropsikolojik İşlev Bozukluğu Örüntüleri 547
Nöropsikolojik Değerlendirme 554
Psikopatolojide Nöropsikolojik Yaklaşımlar 557
Klinik Nöropsikolojinin Bugünkü Durumu 563
Bölüm Özeti 564

BÖLÜM 14 ADLİ PSİKOLOJİ 567
Adli Psikolojinin Kapsamı 570
Cezai Yeterlilik ve Sorumluluk 571
Tehlikeliliğin Öngörülebilirliği 582
Hukuk Davalarında Psikolojik Durum Değerlendirmesi 583
Psikolojik Otopsiler Ve Suçlu Profili 586
Çocuk Velayeti ve Ebeveyn Uyumu 589
Yasal Sistemde Ruh Sağlığı Uzmanları 594
Bölüm Özeti 598

BÖLÜM 15 KLİNİK PSİKOLOJİDE MESLEKİ KONULAR 601
Mesleki Eğitim 604
Mesleki Düzenlemeler 615
Meslek Ahlâkı 620
Mesleki Bağımsızlık 631
Profesyonel Çok-Kültürlü Yeterlik 639
Klinik Psikolojinin Geleceği 642
Bölüm Özeti 646

BÖLÜM 16 KLİNİK PSİKOLOJİDE LİSANSÜSTÜ EĞİTİME GİRMEK 649
Ne Tür Lisansüstü Programlar Kariyer Amaçlarımı Karşılamama Yardımcı Olacak? 651
Şu Anda Yaşamımda Klinik Psikolojide Bir Doktora Programının Gerektirdiği Yükümlülükleri Yerine Getirmeye Hazır Mıyım? 656
Akademik Geçmişim Klinik Psikolojide Lisansüstü Eğitime Başvurmak İçin Yeterince Güçlü Mü? 661
Akademik Geçmişim Buyken Ne Tür Bir Programa Gerçekçi Olarak

Talip Olabilirim? 665

Klinik Psikolojide Lisansüstü Eğitime Başvurmaya Karar Verdim. İlk Önce Ne Yapmam Gerekir? 666

Bir Doktora Programına Başlamadan Önce Bir Master Programına Başvurmalı Ve Tamamlamalı Mıyım? 666

Master Derecesini Kazandıktan Sonra Eğitimimi Sonlandırmayı Seçersem, Klinik Çalışma Yapma İmkânlarım Kısıtlanır Mı? 667

Başvuru İşlemleri 667

Diğer Önemli Sorular 690

Bölüm Özeti 692

KAYNAKÇA 695

YAZAR DİZİNİ 755

KONU DİZİNİ 765

Tablo X Klinik Psikoloji Tarihinde Önemli Olay ve Tarihler 767

BÖLÜM 1

Çeviren:
Doç. Dr. Emre Şenol-Durak

Klinik Psikoloji Nedir?

Bölüme Bakış: Bu bölümde klinik psikoloji alanına giriş yapacağız. İlk olarak klinik psikolog olmak için gerekenleri açıklayacağız ve profesyonellerin "popülerliğini" tartışacağız. Daha sonra, klinik psikolojinin diğer ruh sağlığı profesyonelleri ile nasıl bir ilişki içerisinde olduğunu tanımlayacağız. Çoğu klinik psikoloğun iş aktivitelerini, mesleğin ödüllerini, ekonomik ve diğer kazanımlarını tanımlayacağız. Son olarak, alanın bu gününü şekillendiren bazı anahtar noktaları anlatacağız. Bu konular şunları içerir: a) bilim ve uygulama alanında nasıl bir denge gözetilmeli, (b) yeni klinisyenler nasıl yetiştirilmeli, (c) çeşitli kuramsal yaklaşımlar nasıl bir araya getirilmeli ve (d) sağlık bakımıyla ilgili çevresel değişiklikler yapmak için klinik uygulamalar nasıl düzenlenmeli.

BİR KLİNİK VAKA

Bonnie, 15 yaşında, Avrupalı-Amerikalı 9. sınıfa giden bir kızdır. Ebeveynlerine, kendi korku ve kaygılarıyla baş etmek için yardım almak istediğini belirtmiştir. Ebeveynleri de bu öneriyi dikkate alarak, ilk randevusunda seans içi bir değerlendirme almasını istemiştir. Bonnie, çocuklukta görülen kaygı bozuklukları konusunda uzmanlaşmış bir klinik psikolog tarafından görüşmeye alınmıştır. Görüşmenin başında, Bonnie "her konuda gergin oluyorum", "ama özellikle okul ve yeni şeyler yapma konusunda" şeklinde problemini aktarmıştır. Örnek vermesi istenildiğinde, Bonnie babasının ondan yaklaşan yaz ayı boyunca kampa gitmesini istediğini fakat kendisinin "siniri" yüzünden gitmek istemediğini fark etmiştir. Daha sonra Bonnie'in kaygısının sürekli olarak diğer insanların dikkatinin üstünde olabileceği sosyal durumlardan korkmaktan kaynaklandığı daha açıklık kazanmıştır. Bir alışveriş merkezinde gezerken çok utandığını ve diğer insanların sürekli olarak hakkında neler düşündüğüne ilişkin endişelendiğini söylemiştir. Toplum içinde yemek yemek, toplu yerlerde tuvaleti kullanmak, kalabalık ortamlarda olmak ve yeni insanlarla tanışmaktan da ayrıca korkmaktadır. Her zaman bu gibi durumlardan kaçmaktadır. Öğretmenleri ile

konuştuğunda kaygılanmaktadır ve daha fazlası mağaza görevlileri ile ve tanımadığı yetişkinlerle konuşmaktan korkmaktadır. Bonnie evdeki telefonları asla cevaplamamaktadır.

Bunun gibi birçok durumda, Bonnie kaygısı ile ilgili korkusunun ve kaçınmasının yanlış bir şey söyleme olasılığı ya da ne söyleceğini veya ne yapacağını bilememekle ilgili olduğunu belirtmektedir. Bu gibi durumlarda da insanların kendisi hakkında kötü düşüneceğini belirtmektedir. Sıklıkla, bu gibi durumlarda korkusu oldukça yoğunlaşmakta ve bir çeşit (tam gelişmiş) panik yaşamaktadır: Kalp çarpıntısı, göğüs ağrısı, soluk alıp vermenin azalması, sıcak basmaları, terleme, titreme, baş dönmesi ve yutkunma güçlüğü...

Bonnie'nin zorluklarının doğasını daha açık bir şekilde anlamak için, psikolog Bonnie'nin ebeveynleriyle ayrı seanslar yapmıştır. Ebeveynleri, kızlarının söylediklerini onaylamakla kalmayıp, Bonnie'nin sosyal kaygısının kendi tanımladığından da ciddi olduğunu belirtmişlerdir (bknz., Brown ve Barlow, 2001, s. 37–38.)

Bonnie'nin korku ve kaygısını en iyi şekilde nasıl anlayabiliriz? Problemleri nasıl gelişti ve bunlarla baş etmede ona yardım etmek için neler yapılabilir? Bu sorular Bonnie, sevdikleri ve onun durumunda olan herhangi biri için çok önemli fakat ayrıca klinik psikologlar için de önemlidir.

Bu kitapta, Bonnie'nin yaşadığı problemler gibi problemlere klinik psikologların yaklaşımlarını öğreneceksiniz. Klinisyenlerin psikolojik problemi olan insanlara nasıl yaklaştığını ve onları nasıl değerlendirdiklerini öğreneceksiniz. Psikolojik sorunların tedavisi ve nedenleri için nasıl araştırmalar yaptıklarını ve nasıl eğitimler aldıklarını göreceksiniz. Amerika Birleşik Devletleri ve diğer ülkelerde, klinik psikologların sağlık bakımında nasıl anahtar rolde olduklarını ve yaşanılan kültürel, politik, sosyal atmosferde klinik psikolojinin nasıl gelişip uyum sağlamaya devam ettiğini göreceksiniz.

KLİNİK PSİKOLOJİNİN GENEL GÖRÜNÜMÜ

Bu Kısma Bakış: Burada klinik psikolojiyi tanımlayacağız ve uygulamacılar tarafından gerekli görülen koşulları belirleyeceğiz. Ayrıca, klinik psikolojinin devam eden cazibesini, klinik psikologlar için popüler konuları ve bu konuların klinik psikoloji ile nasıl örtüştüğünü ve diğer sağlık profesyonellerinden nasıl farklılaştığını tartışacağız.

Asıl belirtilmek istenen, klinik psikolojinin, psikolojinin geniş bir alt alanı oluşudur. Tüm psikologlar gibi, klinik psikologların da ilgisi *davranış ve zihinsel süreçler* üzerinedir. Bazı diğer psikologlar gibi, klinik psikologlar da insan davranışı hakkında araştırmalar planlayıp, bu araştırmaların sonuçlarını uygulama çabası içinde bireysel değerlendirmeler ile ilgilenirler. Diğer başka uzmanlıklar gibi, klinik psikologlar da psikolojik sorunları olan ve yardım isteyen kişilere destek

olurlar. Klinik psikolojinin giderek genişleyen alanını ve bu alandaki yeni bakış açısını bir iki cümlede anlatmak güç olacaktır. Buna karşın, bu disiplinin ana özelliklerini ve çeşitli diğer özelliklerinin bir özetini verebiliriz.

Klinik Psikolojinin Tanımı

Klinik psikolojinin "resmi" tanımı 1991 yılında Amerikan Psikologlar Birliği'nin Klinik Psikoloji Bölümü tarafından şöyle yapılmıştır: " Klinik Psikoloji araştırma, eğitim ve alan ilkelerinin, yöntemlerinin ve işlemlerinin; zihinsel, duygusal, biyolojik, psikolojik, sosyal ve davranışsal uyumsuzluk, engel ve rahatsızlıklarda kullanılması ve geniş klinik örneklemde uygulamalar yapılmasıdır" (Resnick, 2001). Benzer bir tanım Kanada Psikologlar Birliği Klinik Psikoloji Bölümü tarafından da uyarlanmıştır (Vallis ve Howes, 1995).

Bu tanım, klinik psikolojinin ilgilendiği aktivitelere vurgu yapmaktadır ki bunlar; araştırma, öğretme, danışmanlık, değerlendirme, tedavi ve uygulamadır. Ayrıca, bu aktiviteleri kullanırken tümünü yapma amacının da altını çizmektedir. Bunlar: psikolojik rahatsızlık ve işlevsizliği hafifletmek ya da bunlardan korunmak için yardım etmek ve bireyin tüm yaşamı boyunca sağlıklı fiziksel, zihinsel, duygusal sosyal gelişimini desteklemektir. Fakat klinik psikolog olmak, bu amaçları gerçekleştirmenin ya da bu aktiviteler içinde olmanın ötesindedir.

Klinik Psikolog Olmak için Kişisel Gereklilikler

Klinik psikolog olmak için kişilerin, eğitim ya da sertifikalardan daha çok, kendi tutum ve karakterleri için bir şeyler yapması gerekir. Aslında klinik psikolog olmak için en ayrıştırıcı özellik *klinik tutum* ya da *klinik yaklaşım* olarak nitelendirilen kavramlarla açıklanabilir (Korchin, 1976). Bu kavram, insan davranışını anlamak ve o bireye yardım etmek için bireysel değerlendirmede, insan davranışları ve zihinsel süreçleri hakkındaki bilgileri bir çaba içinde birleştirme eğilimine sahip olmakla açıklanmaktadır. Klinik tutum klinisyenleri insan davranışlarındaki problemlerde genel ilkeleri gözeten psikologlardan ayrı bir yere koymaktadır. Klinik psikologlar da bu çeşit araştırmalar yapmakla ilgilenirler, fakat ayrıca, genel ilkelerin yaşamımızı, problemlerimizi ve tedavi sürecimizi bireysel düzeyde nasıl şekillendirdiğini de bilmek isterler.

Klinik psikologlar hem titizlikle bilimsel hem de derin bir şekilde kişisel oldukları için, insanlara karşı merhametli ve güçlü bir ilgi içerisinde olmaları gerekir. Klinik programlarının yöneticileri, klinik psikolojide lisansüstü çalışma yapmak isteyen adaylar hakkında karar veren kişilerdir. Program başvurularında adaylarda birçok özellik ararlar. Bunlar arasında insanlara ilgi, dürüstlük, diğerleri ile ilgilenirken sağlamlık ve duygusal denge yer alır (Johnson ve Campbell, 2004). Bu özellikler birçok işte önemlidir, fakat klinik psikoloji için özellikle önemlidir çünkü klinisyenler, anlamlı uzun süren ve kişisel ve kişilerarası sonuç-

ları olan durumlarda devamlı çalışırlar. Birçok klinik araştırmacının psikoterapi ile ilgilenmese de katılımcılar, bütünleşme, duygusal denge gibi kişisel sonuçları olan konularda da kararlar almaları gerekebilir. Dolayısıyla, bu özellikler bu araştırmacılar için de gereklidir.

Klinik psikologların sahip olduğu potansiyel etki nedeniyle, klinik psikoloji eğitimi kabulü için adaylar göz önüne alındığında, birçok psikoloji bölümü tavsiye mektupları ve niyet mektuplarını da dikkate alır. Bu değerlendirmeler, akademik ortalama ve Mezuniyet Seviye Sınavı (Graduate Record Exam, GRE) gibi standart akademik puanlardan biraz daha önemlidir (Norcross, Kohout,ve Wicherski, 2005). Buna rağmen, "Klinik Psikoloji Lisansüstü Eğitimine Giriş" bölümünde (16. Bölüm) klinik psikoloji programlarının başvuru koşulları için, bunun gibi standart başvuru puanlarının tipik olarak oldukça yüksek olduğu belirtilmiştir.

Klinik Psikolog Olmak için Yasal, Eğitimsel ve Etik Gereklilikler

Çekirdek *sağlık bakım mesleklerinden* biri olan klinik psikoloji, uygulamacılarından belirli bir eğitim almalarını istemektedir. Akredite edilmiş bir kurumdan bir derece almanın yanında, klinik psikoloji uygulaması yapmak isteyenlerin eyalet ya da ulusal kurumlar tarafından çalışma ehliyetine (lisansa)[1] sahip olmaları zorunludur. Diğer bir deyişle, klinik psikoloji, tıp, eczacılık, hukuk ve diş hekimliğinde olduğu gibi yasal olarak düzenlenmiş bir meslektir. Bu bölümde, klinik psikolog olmak için eğitim ve akreditasyon koşullarını gözden geçireceğiz (bu başlıklar "Klinik Psikolojide Profesyonel Konular" bölümünde- 15. Bölüm- daha detaylı anlatılmaktadır).

Amerika Birleşik Devletlerinde, her eyalet klinik psikoloji çalışma ehliyeti için koşullar belirler, bu koşulları gerçekleştirenleri de bu ehliyetle ödüllendirir ve bu konuda yasaları çiğneyenlerin çalışma ehliyetlerini ellerinden alma ya da cezalandırma konusunda da yetkiye sahiptir. Belirli koşulların eyaletler arasında değişmesine rağmen, klinik psikoloji için yasal çalışma ehliyeti almak genelde aşağıdaki koşulları içerir:

- **Eğitim:** İlgili profesyonel kurumlar ve/ya çalışma ehliyeti komisyonları tarafından onaylanmış bir program ya da okuldan mezun olmak (Örneğin, Amerikan Psikologlar Birliği –APA- akredite edilmiş klinik psikoloji programları ve onaylanmış staj merkezlerinin listesini *American Psychologist* dergisinde yıllık olarak yayınlar).
- **Deneyim:** Sıklıkla, staj veya pratik yapmak ya da süpervizyon periyodunu başarıyla tamamlamakla birlikte alanda süpervizyon altında deneyime sahip olmak.

[1] ABD'de kullanılan "lisans" kavramı ülkemizde 4 yıllık üniversite eğitimi karşılığında alınan dereceyi anlatan bir kavram olduğundan tercümede "çalışma ehliyeti" olarak kullanılmıştır (Çev. Editörü notu).

- **Yeterliliğini Test Etme:** Hem yazılı hem sözlü sorular içeren Çalışma Ehliyeti *Komisyon Sınavı* olarak nitelendirilen kapsamlı sınavdan geçme. Yazılı sınavı, *Psikolojide Profesyonel Deneyimin Değerlendirilmesi Sınavı* (*Examination for Professional Practice in Psychology* -EPPP) olarak da isimlendirilir.
- **İyi Karakter:** Fiziksel, ruhsal ve ahlâki olarak mesleğin uygulanma sürecinde kapasiteye sahip olduğunu gösterme, sıklıkla diğerlerinin tavsiyelerini, etik ya da yasal kuralları çiğnememiş olmak bu boyutu destekler.

(Sales, Miller ve Hall, 2005b'ten uyarlama)

Yasal koşullar eyaletten eyalete değişmekle birlikte eğitim düzeyine göre de değişir. Örneğin, birçok eyalette, klinik psikolojide *tam yetkili çalışma ehliyeti* yukarda sıralanan koşullara sahip olmak kaydıyla bağımsız olarak çalışma ve muayenehane açma yetkisi verir. Tam Lisanlı klinisyenler ofis sahibi olabilir ya da kiralayabilir, ücret belirleyebilir, çalışma saatleri belirtebilir, vergi şirketlerine ya da üçüncü şahıslara fatura verebilir ve bağımsız özel çalışan merkezlerini sahip olduğu tüm aktiviteleri yapabilir. Bu ayrıcalıklar, stajyer (a) ders yükü, araştırma deneyimi ve onaylanmış staj dönemini içeren doktora derecesini tamamladığında, (b) süpervizyon altında bazı saatler tamamladığında (genel olarak 2000 saat) ve (c) çalışma ehliyeti sınavı geçildiğinde gerçekleşir.

Tam yetkili çalışma ehliyetine sahip klinik psikolog için doktora derecesi genellikle ya PhD ya da PsyD derecesidir, buna rağmen nadiren diğer dereceler de olabilir (örn. EdD- Eğitimde Doktora). PhD ve PsyD dereceleri klinik uygulama için yoğun klinik eğitime önem verir, fakat bilim ve araştırmaya verdikleri önem açısından farklılaşır. Bu bölümün ilerleyen yerlerinde ve devam eden bölümlerde, bu iki eğitim modelinin farklarını açıklayacağız ve her birinin avantaj ve dezavantajlarını tartışacağız. Şimdilik, her iki modelden mezun doktora düzeyindeki psikologların hemen hemen eşit olduğunu bilmek yeterlidir (Norcross, Castle, Sayette ve Mayne, 2004).

Doktora almamış düzeydeki uygulamacılar *kısıtlı çalışma ehliyetli psikolog, psikoloji asistanı, ruh sağlığı danışmanı* ve benzer ünvanlar alırlar. Birçok eyalette tam yetkisi olmayan klinisyenlerin uygulamalarına sınır konulur. Bir örnek vermek gerekirse, doktora almamış klinisyenler her zaman tam yetkili çalışma ehliyetli psikologlar tarafından süpervizyon altında uygulamalar yürütür. Kısıtlı çalışma ehliyetine sahip olmak için yüksek lisans derecesine ve eğitim sonrası belli bir dönem süpervizyon deneyimi kazanmış olmaya ihtiyaç vardır. Bazı eyaletler, kısıtlı çalışma ehliyetini tam yetkili olanındaki gibi yönetirler, fakat diğer eyaletler daha az gözetimli ya da gözetimsiz olarak bu doktorasız psikologlara standartlar koyarlar (Sales, Miller ve Hall, 2005b). Tabii ki, tüm uygulamacılar kuralları, özgürlükleri, sınırlılıkları bilmeli ve bu kurallar altında eyaletlerinde uygulamalar yapmalıdır.

Klinik psikoloji uzmanları, uygulamalarına rehberlik veren *etik kuralları* ayrıca bilmelidir: Amerikan Psikologlar Birliği'nin *Psikologlar ve Davranış Kuralları için Etik İlkeleri* (*Ethical Principles of Psychologists*, 2002b). Bundan sonra *Etik Kurallar* olarak kısa ismiyle adlandırılacaktır, bu yayın en son 2002'de gözden geçirilmiştir. Birçok çeşitli durumda ve uygulamalarda sürekli bir şekilde görülen özellikle gri alanlarda rehberlik sunar. Örneğin, aşağıdakileri düşünelim:

- Etik olarak, bir terapist, danışanlarına uygulamadan önce, yeni bir terapi tekniği hakkında ne kadar bilgiye sahip olmalı ya da eğitim almalıdır?
- Terapist ne çeşit kayıtları saklamalıdır?
- Bu kayıtlar kimlerle paylaşılmalıdır?
- Eğer potansiyel olarak şiddet eğilimi olan bir danışan ciddi bir biçimde diğer bir kişiye zarar vermeyi düşündüğünü belirtirse, ne gibi yasal ve etik kurallar (ve mesuliyet) terapistin bu tehlikeyi bildirmesini zorunlu kılar?
- Eğer terapist ve danışan (ya da eski danışan ya da eski danışanın bir yakını) birbirine karşı duygusal bir ilişki geliştirmeye başlarsa ne gibi kısıtlamalar bulunmaktadır?
- Bir klinik psikolog henüz yeni okuduğu psikolojik testi sıradaki yeni hastaya uygulayabilir mi?
- Klinik psikolog aile terapisindeki eşlerden birinin adına mahkemede tanıklıkta nasıl bulunmalıdır?
- Klinik psikolog kişisel görüşmesinde çocuk velayeti için çocuğu değerlendirmesinden önce bir velayet kararı vereceği ebeveynin kişisel görüşme talebine nasıl tepki vermelidir?

Bu ve buna benzer yüzlerce durumla klinisyenler her gün karşı karşıya gelmektedir. Etik Kurallardaki benzerlikle birlikte, eyalet kanunları ve federal kanunlar bu psikologların etkili olmasında ve ciddi sonuçları olabilecek profesyonel bir hata yapmasından kaçınmasında gereklidir.

Birçok klinik psikolog profesyonel çalışma ehliyetine sahiptir ve psikoterapi uygulayabilir, fakat daha önce de belirtildiği gibi her şeyi yapamaz. Tedavi ve değerlendirmede özelleşmek yerine, bazıları eğitim, araştırma, danışmanlık ya da yönetim gibi konularla uğraşmayı seçerken çok az bir uygulama içinde olurlar ya da hiç doğrudan bir uygulama içinde olmazlar. Fakat pratik yapmayan klinik psikologlar da, işlerini yaparken belirli kurallara bağlı kalırlar. Örneğin, klinik araştırmacılar, psikolojide araştırma yapmakla ilgili Etik Kurallar bölümüne uymakla yükümlüdür ve insan araştırmaları ve haklarını korumakla yükümlü federal kuralları içeren *Kurumsal İnceleme Kurulu (Institutional Review Boards)* tarafından araştırmaları değerlendirilir.

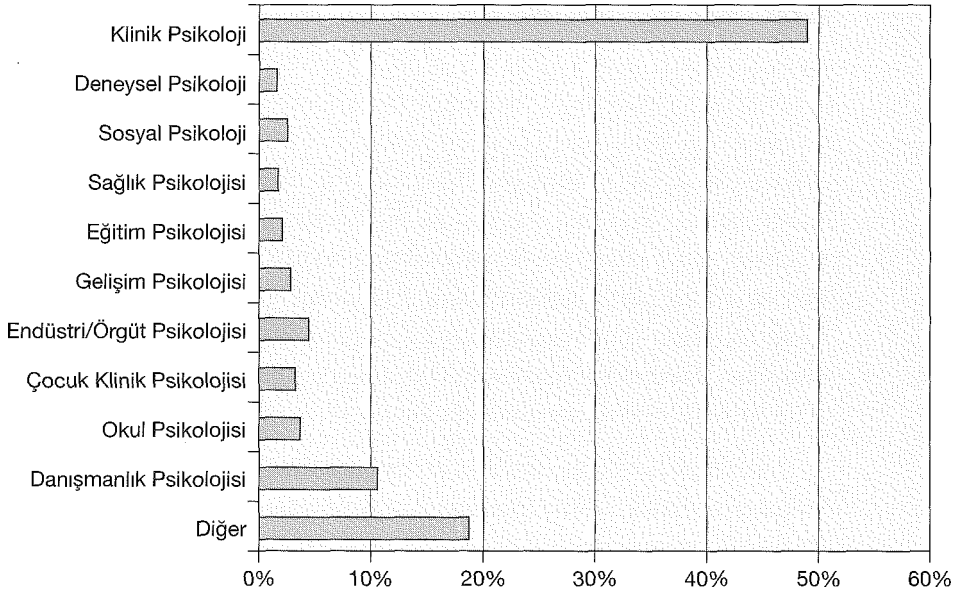
Klinik Psikolojinin Popülerliği

Klinik psikoloji, psikolojinin en geniş alt alanıdır. Klinik psikolojideki lisansüstü programları psikolojinin herhangi bir alt alanında olan lisansüstü programlarından daha fazla sayıda başvuranı etkiler. Psikolojinin diğer alanlarından daha çok sayıda doktora derecesi klinik ve ilgili sağlık bakım sağlayıcı alanlar tarafından verilir (Norcross, Kohout ve Wicherski, 2005). Klinik psikolojinin önemini anlamak için toplum nezdinde *psikolog* ve *klinik psikolog* kavramlarının neden benzer olarak görüldüğünü düşünmek gerekir. Aslında, toplumdaki kişilere psikolog ne yapar diye sorulduğunda, çoğunlukla klinik psikologların aktivitelerini sıralarlar (Hatta diğer alanlarda uzmanlaşmış bazı psikologlar "öyle bir psikolog" olmadıklarını açıklamak zorunda kalırlar).

Klinik psikolojinin cazibesi en geniş psikoloji organizasyonu olan Amerikan Psikologlar Birliği (APA) içindeki kompozisyona da yansır. APA'nın üyelerinden 155,000'i uzmanlık alanı olarak seçecekleri dört alandan birini klinik psikoloji olarak işaretlemiştir (American Psychological Association, 2005). APA'nın 56 alt alanı arasında en fazla üyeye sahip olanın da klinik psikoloji olmasına hiç şüphe yoktur (Şekil 1.1'e bknz.).

Klinik psikolojinin öne çıkışı hep dikkat çekmiştir ve düşündüğünüzde bu öne çıkış 50 yıl öncesindeki hızlı yükselişi ile başlamamıştır (bknz., 2. Bölüm "Klinik Psikolojinin Geçmişi ve Bugünü"). Bundan önce, çok az psikolog klinisyendi ve sadece çok küçük bir azınlık psikoterapi uygulayabiliyordu. II. Dünya Savaşı sonrası psikoterapinin ve psikolojik tedavilerin çoğalması ile birlikte, ruh sağlığı disiplinlerinde olduğu gibi klinik psikoloji de hızla büyüdü.

Klinik psikoloji büyür ve gelişirken, toplumun ilgisini çekmeye başladı. Aslında, klinik psikolojinin ve ilgilendiği danışanların tanımlanmasında filmler, televizyon ve diğer medya kanalları dayanak noktası olmaktadır. Bu çeşit bir popülerlik iki uçlu bir değnek gibidir. Bir yandan, doğru tasvirler toplumun *ruh sağlığı okur yazarlığına*–psikolojik rahatsızlıkların ve tedavilerinin doğru anlaşılması yoluyla-katkı yapmaktadır (Jorm, 2000). Öte yandan, yanlış tasvirler ruh sağlığı okur yazarlığını azaltabilir ve meslekle ilgili yanlış ve kalıp yargısal görüşler yaratabilir. Maalesef, ikinci söylediğimiz daha yaygındır. Klinik psikologlar, kahinler, sosyal uyumu sağlayan aracılar, yaralara şifa bulan şifacılar olarak sıklıkla tasvir edilmekte ve danışanlara uyguladıkları teknikleri nadiren doğru bir şekilde tasvir edilmektedir (Orchowski, Spickard ve McNamara, 2006). Yanlış tasvirler iyi bir dram yaratabilir fakat klinik psikolojinin gerçekten neye benzediğini ortaya koyamaz (Grinfeld, 1998). Bu kitabın daha iyi bir iş çıkarmasını ümit etmekteyiz.



ŞEKİL 1.1 APA üyelerinin ana uzmanlık alanları, 2005

Klinik Psikoloji ve Ruh Sağlığı ile ilgili Meslekler

Önceden de belirtildiği gibi, *klinik psikoloji ruh sağlığı mesleklerinin gözdesi* olarak görülebilir. Bu kategorideki diğer meslekler, danışmanlık psikolojisi, okul psikolojisi, sosyal çalışma, psikiyatri, psikiyatri hemşireliği ve evlilik ve aile terapisini içerir. Bu alandaki uzmanlar, devlete bağlı kurumlar ve sigorta şirketleri tarafından ruh sağlığı hizmeti veren kritik meslekler olarak kabul edilir. Klinik psikoloji gibi, her mesleğin ulusal ve uluslararası organizasyonları, akredite edilmiş programları, iyi belirlenmiş araştırma geleneği ve belirli lisans ya da sertifika koşuları vardır. Ayrıca, her mesleğin kendine özgü tarihi ve geleneği vardır. Her gruptaki pratisyenlerin bir şekilde sunduğu psikoterapötik ya da ruh sağlığı hizmeti vardır. Klinik psikologluk diğer mesleklere ne şekilde benzer, ne şekilde farklı hizmetler sunar?

Danışmanlık Psikologları ve Okul Psikologları. Danışmanlık psikologları eğitim süreci ve sağladıkları hizmetler bakımından klinik psikologlara en çok benzeyen meslektir. Danışmanlık psikologları bazen psikoloji bölümlerinde yer alırlar fakat sıklıkla eğitim bölümlerinde ya da başka bölümlerde bulunurlar. Danışmanlık psikologları PhD, PsyD ya da EdD gibi bütün doktora derecelerini alabilirler, fakat önem verdikleri bakımından farklılaşırlar (15. Bölümde ve bu bölümün ilerleyen kısımlarında tartışılacaktır.). Klinik psikologlar gibi, eyaletin istediği standartları karşıladıklarında aynı çalışma ehliyeti, sigorta geri ödemeleri

ve profesyonel kazançlara genellikle sahiptirler. Birçok ders yükü ve süpervizyon eğitimi klinik psikologlarla örtüşmektedir; pratisyenler psikopatoloji, görüşme, değerlendirme, danışmanlık, psikoterapi yaklaşımları ve araştırma konularında eğitim alırlar.

Klinik psikoloji ve psikolojik danışmanlık arasındaki farklılıklara büyük ölçüde vurgu yapılmaktadır. Her ikisi de tedavi ve psikolojik rahatsızlıkları önleme konusuna odaklanmıştır, fakat danışmanlık psikologları insanların karşılaştıkları normal geçiş evreleri ve uyum süreçleri ile de ilgilenirler. Danışmanlık psikolojisi, kişisel, eğitsel, mesleki ve grup uyumunu desteklemek için kurulmuştur (Danışmanlık Psikolojisi APA Bölüm 17, 2006). Psikoterapistler önermenin ötesinde, örneğin; kariyer danışmanlığı ya da yaşam değişimleri ve gelişimleri ile ilgili diğer başka danışmanlıklar da yaparlar. Öte yandan klinik psikoloji, psikolojik problemleri olan bireylerle birlikte değerlendirme ve tedavi yapar (bknz., 2 Bölüm). Bu nedenle, klinik psikologlar daha belirgin olarak daha fazla koruyucu önlemler, tanı ve psikolojik sorunların tedavisine odaklanırlar ve bu konuda araştırmalar yaparlar. Danışmanlık psikologlarının yaptıklarına göre daha ciddi psikopatoloji problemleri ile genellikle ilgilenirler. Bu farklarına rağmen, meslekler arası önemli bir çakışma bulunur.

Okul psikologları klinik ve danışmanlık psikologları gibi yaygındır. Genellikle bilim adamı-uygulamacı modelini paylaşır, benzer staj ve çalışma ehliyeti koşulları vardır, değerlendirme yürütürler, birey ve sistem düzeyinde müdahale ederler ve programları değerlendirirler. En belirgin fark, okul psikologlarının okulda ya da diğer eğitim ortamlarında çocuk, ergen ve ailelerine yönelik müdahaleler yapmasıdır. Bu farklara rağmen, klinik ve danışmanlık psikologları ile farklarından daha çok benzerlikleri bulunur (Cobb ve diğ., 2004).

Sosyal Çalışmacılar. Ülkenin ruh sağlığı hizmet sağlayıcılarının en büyük grubu olarak, sosyal çalışmacılar çeşitli ortamlarda çalışırlar: hastaneler, işyerleri, toplum ruh sağlığı servisleri, mahkemeler, okullar, cezaevleri ve aile servis sağlayıcıları. Sosyal çalışmacılar danışanlarına ya da işlerine ya da her ikisine doğrudan sosyal koşulları arttırmak için hizmet sunarlar. Sosyal Çalışmacılar Ulusal Birliği'nin üyelerinin yarısından fazlası doğrudan klinik servislerde çalışırlar; geri kalanı yönetim, kamu politikası, araştırma ve toplum örgütlenmesi gibi alanlarda çalışır.

Sosyal çalışmacılar lisans derecesi (Sosyal Çalışma Lisans Derecesi, Bachelor in Social Work-BSW), yüksek lisans derecesi (Sosyal Çalışma Yüksek Lisans Derecesi-Master of Social Work-MSW), ya da doktora derecesi (Sosyal Çalışma Lisans Doktora Derecesi- Doctorate in Social Work - DSW) alabilir. Klinik psikolojide olduğu gibi, çalışma ehliyeti ve yasal sertifika için kurallar eyaletten eyalete değişir. Tipik olarak, psikoterapi hizmeti verebilmek için en az yüksek lisans derecesine sahip olmalıdır (National Association of Social Workers, 2008).

Sosyal çalışmacılar çeşitli psikoterapi yöntemleri konusunda eğitim alabilirler, fakat genel kural, onların işlevselliği etkileyen kişilerarası ya da kişiyle ilgili değişkenlerdense daha fazla sosyal/durumsal değişkenlere odaklandığıdır. Sosyal çalışmacılar, klinik psikologlar gibi, danışanla ilişki, danışanın problemi ile baş etmesine yardım etme, karmaşık ve zor hale gelmiş dünyasını değiştirmekle zamanlarını harcarlar.

Psikiyatristler. Birçok uzmanlığın olduğu doktorlar arasında, tanı, tedavi ve ruhsal rahatsızlıkların önlenmesi ile ilgilenen psikiyatridir. Psikiyatristler Tıp Doktorluğu (MD) derecesinden sonra, psikolojik rahatsızlıklara müdahalede uzmanlaşırlar; yani, pediyatristler (çocuk), opthal-mologistler (göz) ve nörologlar (beyin ve sinir sistemi) gibi tıpta uzmanlaşırlar. Psikiyatristin tıptaki eğitimi tipik olarak psikiyatri bölümünde psikoloji ile ilgili dersler almasını ve hastalarla çalışma konusunda deneyimli bir uzman tarafından süpervizyonunu tamamlamasını içerir. Psikiyatri bölümü hastane ortamındadır ve bu nedenle ciddi psikopatolojisi olan vakalarla çalışırlar. Ancak ayrıca, ayaktan hastalara da hizmet verirler. Terapi yapmalarının ötesinde, psikiyatristler ilaç yazabilir ve diğer tıbbi testleri isteyebilir ya da yapabilirler. Psikiyatristlerin genel olarak klinik psikologlardan çok daha fazla tıbbi eğitimleri vardır. Klinik psikologlar ise daha fazla psikolojik değerlendirme eğitimi alırlar ve psikolojideki çeşitli yaklaşımlara daha fazla maruz kalırlar.

Psikiyatristler ve klinik psikologlar arasındaki tarihsel ayrım ruhsal bozuklukların nedenleriyle ilgili daha biyolojik (psikiyatrist) ya da daha psikolojik (klinik psikolog) bir yaklaşıma sahip olmakla anlaşılmaktadır. Son yıllarda ise, meslekler arasında artan işbirliği görülmektedir. Bu değişim, psikolojik bozuklukların nadiren *ya* biyolojik *ya da* psikolojik ya da her ikisinin etkileşiminden kaynaklı olmasıyla ilgili artan gerçeğe atfedilebilir. Sonuç olarak, klinik psikologlar psikoloji ve araştırma uzmanlığının değerli görüldüğü tıbbi ortamlarda daha fazla çalışmaktadırlar. Psikiyatristler ve psikologlar sıklıkla işbirliği içinde geçerli tanı ve etkili tedavi ile ilgili olarak çalışırlar (Hong ve Leventhal, 2004). Bu durum, psikolojinin bir sağlık uzmanlığından çok bir ruh sağlığı uzmanlığı olarak görülmeye başlamasıyla tutarlılık göstermektedir (Belar ve diğ., 2003).

Psikiyatri Hemşireleri. Hemşirelik mesleğinde özelleşmiş bir alan olan psikiyatri hemşireliği psikiyatrik tanısı olan bireylerin bakım ve tedavisinde eğitim almayı içerir. Genellikle hastane ortamında çalışırlar ve psikiyatrist ve bir ya da birkaç klinik psikologdan oluşan tedavi ekibinin bir parçasıdır. Maruz kaldıkları örneklemle ilgili çeşitli tedavi yaklaşımları konusunda eğitim alabilirler.

Evlilik ve Aile Terapistleri (EAT). EAT'ler evlilikte, çiftte ve ailede görülen psikolojik rahatsızlığa müdahale konusunda eğitim alırlar. EAT'ler uzmanlıkları ile ilgili yüksek lisans ya da doktora derecesi ve klinik deneyimleri için süpervizyon alırlar. Eğitimleri hedef aldıkları kitleyle ilgili aile sistem yaklaşımı ve psikoterapi teknikleri üzerinedir.

Yardımcı Profesyoneller (Paraprofessionals). Ruh sağlığı alanında yardımcı olmak üzere eğitim almış olan kişilere yardımcı profesyoneller denmektedir. Belirli bir toplumla ilgili belirli formda bir tedavi uygulamak için lisans ya da eşdeğer düzeyde eğitim alırlar. Bazıları aşağıdaki göstergelerden bazılarına veya tümüne sahip profesyonel disiplinlerden gelmektedir: iyi uygulama düzeyi, uzmanlığın desteklendiği ulusal örgütler, üniversite ya da yüksekokullarda alınmış olan dersler, görgül araştırma deneyimi ya da hakemli dergilerde yayın yapma. Örneğin, müzik terapisi uzun bir geçmişe, ulusal bir örgüte (Amerikan Müzik Terapisi Birliği), eğitim ve sertifika koşullarına (staj da dahil) ve kısmen görgül bir literatüre sahiptir. Diğer terapi modelleri ile bir arada kullanıldığında etkili olduğu belirtilmektedir (Edwards, 2006).

Yardımcı profesyoneller tedavi ekibinin bir parçası olarak çalışırlar, aktiviteleri profesyoneller tarafından değerlendirilir. Diğer örnekler, rekreasyon terapisti, sanat terapisti, akupunkturcu, rehabilitasyon danışmanları, uğraşı terapistleri, konutlarda genç uyuşturucu kullanıcıları ile grup oturumları yürütmek için eğitilmiş çalışanlar, telefon hatları ve krize müdahale merkezlerinde çalışan gönüllüler.

Diğer Uzmanlar ve Bakıcılar. Ruh sağlığı merkezleri, diğer uzmanlar ya da bakıcıları da içerir. Bunlardan bazıları, klinik psikoloji programlarında eğitim alan sağlık psikologları ve rehabilitasyon psikologlarıdır. Alternatif olarak, o uzmanlıkla ilgili özgül programlara devam edebilirler (örn., müzik terapisi). Dini (pastoral) danışmanlar genellikle bir inanç-temelli bir bakış açısıyla danışmanlık eğitimi alırlar. Dini görüşü kimliğine ve yaşama bakışına baskın olan kişilerde, bu inanca sahip bir danışman kullanmak önemli olabilir. Aslında birçok kişi için, bir haham, rahip ya da diğer dini liderler, üzücü bireysel sorunlar hakkında konuşmak gerektiğinde dikkate alınması gereken ilk kişilerdir.

Aromaterapi, refleksoloji, homeopati ve ruhsal şifa teknikleri gibi konulardaki diğer uzmanlar, saydığımız profesyonel kalitedeki hizmetlere ve ruh sağlığı tedavisine az yardımcı olan ya da hiç yardımcı olmayan yöntemler önerirler. Genellikle *alternatif tedaviler* veya *alternatif tıp* olarak sınıflandırılan yeni kuşak bu tedaviler psikolojik, sosyal ya da ruhsal müdahaleyi somatik ya da duyuma dayalı tekniklerle birleştirirler. Bu uygulamaların bazıları eski geleneklerden gelmektedir; bazıları yeni yöntemlerdir. Alternatif tedaviler uygulayan kişiler genellikle zihin, beden ve ruhun birleşmesini vurgulayan bütünsel bir gelenek içinde çalıştıklarını belirtirler (Feltham, 2000).

Bu Kısmın Özeti: Klinik psikoloji geniş bir kişilik örnekleminde uyumsuzluğu, bozukluğu ve rahatsızlığı azaltan ilke, yöntem ve işlemlerin uygulanmasını içerir. Kuram ve uygulamaları meslek kuruluşları tarafından ve devlet çalışma ehliyeti kurulları tarafından düzenlenir. Belirli özel eğitimler, klinik tutum, sağduyu ve duygusal denge gibi

bazı kişilik özellikleri, çalışma ehliyeti almak ve mesleği etkili bir şekilde yapabilmek için gereklidir. Ruh sağlığı meslekleri içinde en önemli mesleklerden biri olan klinik psikoloji diğer sağlık profesyonelleri ile örtüşen özelliklere sahiptir fakat hem araştırmacı hem de uygulamacı odaklı olarak aldıkları farklı psikolojik eğitim, klinik psikologları diğer mesleklerden ayrıştırmaktadır. Psikolojinin en popüler uzmanlık alanı olarak kalmaktadır, lisans öğrencilerinin en popüler bulduğu alandır, mesleği uygulama önemli merak ve kamuoyunda ilgi kaynağıdır.

İŞYERİNDE KLİNİK PSİKOLOGLAR

Bu Kısma Bakış: Bu bölümde klinik psikologların çeşitli mesleki faaliyetlerini açıklayacağız ve klinisyenlerin bu faaliyetleri iş yerinde nasıl planladıklarını aktaracağız. Ayrıca farklı iş ortamlarını ve klinik psikologların aldıkları ücretlerin aralığını tanımlayacağız.

Klinik Psikologların Aktiviteleri

Klinik psikologların istihdam edildiği yerlerin çeşitliliğini, dikkatlerini toplamaları gereken danışan ve sorunların çeşitliliğini ve işlerinin ödüllerini daha ayrıntılı olarak düşünelim. Bütün klinik psikologlar, tanımlayacağımız aktivitelerin hepsiyle eşit oranda ilgili değildirler. Fakat bu alana girmek isteyenlerin geniş seçenekleri olduğunu anlamak için bizim gözden geçirmemiz işe yarayabilir. Ayrıca, çok fazla öğrenci için alanın neden çekici olduğunu açıklamaya yardım edebilir.

Klinik psikologların %95'i altı aktivitenin kombinasyonları/varyasyonları üzerinde çalışmakla zamanlarını harcarlar: değerlendirme, tedavi, araştırma, eğitim, (süpervizyonu da içerir), danışmanlık ve idari işler. Tablo 1.1'de klinik psikologların zamanlarını nasıl harcadıklarını araştıran bir çalışma sonuçları ortaya konmuştur.

Değerlendirme. Değerlendirme insanlardan şu alanlarda bilgi toplamayı içerir: davranışlar, problemler, özgül özellikler, yetenekler ve zihinsel işlevsellik. Problem davranışının tanısını koymakta, ortalama bir meslek seçimine yardım etmede, işe aday olanların seçimini kolaylaştırmakta, bireyin kişilik özelliklerini tanımlamada, tedavi tekniklerini seçmede, bireyin kuruma bağlılığıyla ilgili yasal kararlar almayı kolaylaştırmada, bireyin probleminin bütüncül bir resmini elde etmede, tedavi sonrası ile karşılaştırmak için tedavi öncesi düzeyi belirlemede ve daha yüzlerce diğer amaçla bu bilgiler kullanılabilir. Birçok klinik değerlendirme aracı üç kategoride sınıflandırılabilir: testler, görüşmeler ve gözlemler. Değerlendirme ile ilgili bölümde her birini daha detaylı aktaracağız.

Nispeten durağan olarak görülen uygulama alanında, psikolojik değerlendirme önemli değişikliklere uğramıştır. Klinisyenlerin şimdi daha önce kullanmadıkları bir dizi değerlendirme seçenekleri vardır.

TABLO 1.1

Çalışma Ehliyetli Psikologların Profesyonel Aktivitelerde Harcadıkları Zaman Yüzdeleri

	Ortalama Zaman Yüzdeleri				
Aktivite	**1973**	**1981**	**1986**	**1995**	**2003**
Değerlendirme	10	13	16	15	15
Psikoterapi	31	35	35	37	34
Araştırma/Yazma	7	8	10	15	14
Eğitim Verme	14	12	14	9	10
Klinik Süpervizyon	8	8	11	7	6
Danışmanlık	5	7	11	7	7
İdari İşler	13	13	16	11	13

KAYNAK: "Clinical Psychologists Across the Years:The Practice of Clinical Psychology from 1960 to 2003," by J. C. Norcross,C. P. Karpiak,and S. O. Santoro,2005, Journal of Clinical Psychology, 61,pp. 1467–1483. Copyright 2005 by Wiley Periodicals,Inc. İzinle adapte edilmiştir.

Örneğin, bilgisayarlar değerlendirme maddelerini uygulayabilir, sonuçları analiz edebilir ve kapsamlı rapor yazabilir. Bu yardımcı ve eski kalem kağıt görüşmelerinin ve testlerinin yerine geçen yöntemler değerlendirme ile ilgili kapsamlı eğitimlere olan ihtiyacı azaltabilir fakat tam tersi de doğru kabul edilebilir.

Bu tür testlerin çoğalması ile klinisyenlerin, yüksek kaliteli bilgisayar tabanlı değerlendirmeleri daha az kaliteli olanlardan ayırmaları gerekir. Bilgisayarda oluşturulan raporların doğru ve her vakada değerlendirme hedefleri için yazılan raporun uygun olup olmadığından emin olmaları gerekir.(3. Bölümde "Klinik Değerlendirmenin Temel özellikleri" ve 4. Bölümde "Klinik Psikoloji Görüşmesi ve Gözlemi" ve 5. Bölümde "Klinik Psikolojide Test Etme" kısmında bilgisayar temelli değerlendirmeye daha detaylı değinilecektir).

Psikolojik değerlendirmenin başka bir sınırı, insanın işlevselliği ile ilgili biyolojik faktörlerin çeşitli araştırmalarda ortaya konmasıdır. Son yirmi yıl boyunca, beyinde genetik nörokimyasal, hormonal ve nörolojik faktörlere odaklanan araştırmalar yeni nörobiyolojik değerlendirmelerin gelişmesine yol açmıştır. Bu değişiklikler, çok büyük ölçüde klinisyenlerin değerlendirme çabalarını geliştirmek için potansiyele sahiptir, ancak bilgisayar tabanlı değerlendirmeler işlemsel, pratik ve etik sorunların sayısını arttırmaktadır (Popma ve Raine, 2006). Örneğin, bir sigorta şirketi, bir danışanın psikolojik değerlendirme ve tedavisi için ödeme yapıyorsa, klinisyen hem danışana hem de sigorta şirketine testin sadece depresyonu (müşterinin mevcut sorunu) değil, aynı zamanda tanı almadığı ama gelecekte olası olabilecek Alzheimer hastalığı gibi bir problemin genetik yatkınlığını çıkardığını söylemeli midir?

Tedavi. Klinik psikologlar insanları daha iyi anlamak ve rahatsız edici psikolojik sorunları çözmeye yardımcı olmak için tasarlanmış tedaviler sunmaktadır. Bu müdahaleler klinisyenin kuramsal odağına bağlı olarak, psikoterapi, davranış değiştirme, psikolojik danışmanlık ya da diğerleri olarak bilinir. Tedavi seansları danışan terapist monologlarını, yeni davranış becerilerini, yoğun duygusal drama dönemlerini ve oldukça yapılandırılmış ya da kendiliğinden oluşan diğerlerini içerebilir. (bknz., Bölüm 6,7,8,9,10)

Bireysel psikoterapi uzun zamandır klinisyenlerin tek ve en sık yaptığı etkinlik olmuştur (örn., Norcross, Karpiak ve Santoro, 2005; Phelps, Eisman ve Kohout, 1998), ancak psikologlar, aynı zamanda çift, aile ya da grup terapisi ile birlikte iki ya da daha fazla danışanı bir arada tedavi edebilir. Bazen, iki veya daha fazla klinisyen danışanlarına yardımcı olmak için takım halinde çalışırlar. Tedavi, bir oturum kadar kısa olabilir ya da birkaç yıl ve daha fazla uzayabilir. Ne biçimde olursa olsun, psikoterapi klinisyenlerin zamanını en büyük oranda kapsayan aktivitedir (bknz., Tablo 1.1).

Tedavi hedefleri de yaygın şekilde değişebilir. Bu hedefler belirli bir sorunun çözümü ya da danışanın kişiliğinin tam bir analizi ve yeniden yapılanması olabileceği gibi, bu problemlerin uç noktalarından birini kapsayıcı da olabilir. Çoğu klinik psikolog mevcut sorunları azaltmak için tedavileri planlarken, bazıları -topluluk psikologları olarak bilinen diğerleri-, var olan probleme yönelik önleyici çalışmaları, kurumları, çevresel stres kaynaklarını ya da bireyde ya da toplumda rahatsızlık riskini arttıran konularda (örn., ergen ebeveynlik) davranış becerisi geliştirmek yoluyla yapar.

Klinik psikolog tarafından uygulanan tedavi toplum içinde yaşayan danışanlara ayaktan veya hastanelerde ya da diğer ruh sağlığı kurumlarında (yatarak tedavi) sunulan hizmetlerden biri olarak yapılabilir. Terapi ön ödemeli sağlık planının bir parçası olarak ya da ödeme müşterinin talebi doğrultusunda, sabit bir ücret karşılığında veya ücretsiz olarak sunulabilir. Danışanlar ödeme düzenlemelerini görür ve diğer faktörler genellikle klinisyenin eğitimi ve deneyim yılından etkilenir (Pingitore ve Scheffler, 2005; ayrıca bknz., Tablo 1.2).

Bazı durumlarda değişim küçük ve görünmez olabilir, hatta negatif olabilir ama psikolojik tedavilerin sonuçları genellikle olumludur (Lilienfeld, 2007). Tabii ki, halka sunulan tedavilerin etkinliğini artırmak araştırmanın önemli bir hedeftir.

Araştırma. Eğitim yoluyla ve geleneklerden gelen etkiyle klinik psikologlar araştırma odaklıdır. Var olduğu sürenin ilk yarısında alan, uygulamadan ziyade araştırma tarafından hükmedilmekteydi (bknz., Bölüm 2). Bu denge değişmiş olmasına rağmen, araştırma, klinik psikoloji alanında hayati bir rol oynamaya devam etmektedir.

Araştırma faaliyeti klinisyenlerin diğer meslekler arasında göze çarpmasına yol açmaktadır ve biz inanıyoruz ki, klinisyenler en büyük katkıyı araştırma yaparak sağlamaktadır. Örneğin, psikoterapi alanında, kuram ve uygulama bir zamanlar özellikle vaka çalışması delillerine, tedavi etkililiği ile ilgili kişisel izlenime ve kısmen kötü planlanmış araştırmalara dayanmaktaydı. Psikoterapi

TABLO 1.2

Klinisyenlerin Çalıştığı Çeşitli Birincil Çalışma Ortamlarının Yüzdeleri

Çalışma Yeri	1960	1973	1981	1986	1995	2003
Psikiyatri Hastanesi	15	8	8	9	5	4
Genel Hastane	15	6	8	5	4	3
Ayaktan Hasta Kabul Eden Klinik	15	5	5	4	4	4
Toplum Ruh Sağlığı Merkezi	BT	8	6	5	4	2
Tıp Fakültesi	7	8	7	7	9	8
Özel İşyeri	17	23	31	35	40	39
Üniversite, Psikoloji Bölümü	20	22	17	17	15	18
Üniversite, Diğer Bölümler	BT	7	5	4	4	4
Tıp Merkezi	BT	BT	BT	BT	3	3
Hiçbiri	BT	1	1	4	1	0
Diğer	20	11	12	10	11	15

NOT. BT, belirtilmemiş.
KAYNAK: "Clinical Psychologists Across the Years:The Practice of Clinical Psychology from 1960 to 2003," by J. C. Norcross,C. P. Karpiak,and S. O. Santoro,2005, *Journal of Clinical Psychology,* 61,pp. 1467–1483. Copyright 2005 by Wiley Periodicals,Inc. İzinle adapte edilmiştir.

araştırmalarındaki bu "bilim öncesi" dönem (Paul, 1969a), araştırma kalitesini büyük ölçüde iyileştiren ve tedavi etkilerinin çok daha güçlü olduğu bir "deneysel" çağın oluşmasına katkı yapmıştır (Lambert ve Bergin, 1994). Bu gelişme, büyük ölçüde klinik psikologların araştırmalarından kaynaklanmaktadır.

Klinisyenler tarafından araştırma yapılan alanlar nöropsikoloji, psikofarmakoloji ve çocuk ve erişkinlerde ruhsal bozuklukların nedenlerin incelendiği sağlık psikolojisi gibi yaygın konulardır. Hastalıkların tanılarının konulmasından önleyici çalışmaların yapılmasına, profesyonel psikoterapinin profesyonel olmayan kişiler üzerindeki etkilerine kadar kapsamlı alanlarda araştırmalar yapılır. Bir göz atmak isteseniz size önerebileceğimiz kaynağın adı psikolojideki araştırmaların kısa özetlerini bulabileceğiniz *Psychological Abstracts*'tır. Ayrıca, klinik psikologların araştırmalardaki varlığının çeşitliği ve yoğunluğunu bu kaynak ortaya koyacaktır. Diğer dergi, *Clinical Psychology Review,* klinik psikoloji ile ilgili uzun

gözden geçirmeler barındırırken, *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Psychological Assessment* ve *Journal of Abnormal Psychology* klinik psikolojide en etkili araştırmaların birçoğunu yayınlamaktadır.

Klinik araştırmalar aynı zamanda uygulandığı yer ve kapsamı açısından büyük ölçüde değişir. Bazı çalışmalar, araştırma laboratuvarlarında yapılırken, diğerleri laboratuvar dışında, daha doğal ama daha az kontrol edilebilir koşullarda yürütülür. Bazı projeler araştırma görevlisi, bilgisayarlar ve diğer masraflarını karşılamak için kamu veya özel fonlar tarafından desteklenir, ancak klinik araştırmalar büyük oranda bütçesi sınırlı yürütücüler tarafından gönüllü yardım edenler ile araştırmacının yer, ekipman ve katılımcılar üzerindeki yeteneğiyle yapılır.

Klinik psikolojideki araştırma geleneği lisansüstü öğrenci alım kriterlerine yansıtılmıştır. Enstitü kabul kriterlerinde, başvuranların genellikle anormal psikoloji ve kişilik kuramları notlarının üzerinde istatistik ya da araştırma yöntemleri notlarına sıklıkla önem verilir. ABD'de psikolojide birçok lisansüstü bölümlerinde kabul için en önemli üç kriterden biri araştırma deneyimidir (Pate, 2001). Çoğu klinik psikolog tek bir parçası asla yayınlanmayan birçok çalışmasına rağmen asla araştırma kariyerlerinden vazgeçmez. Klinik psikolojideki birçok lisansüstü programda önemli bir zaman görgül araştırma yapma eğitimine ayrılır. Peki niçin?

En az dört nedenle bu durum açıklanabilir. Birincisi, tüm klinisyenler, görgül olarak ispatlanmamış ve hangi değerlendirme yönteminin ve terapötik müdahalenin danışanlarda daha etkili olacağı araştırmaları belirlemek için basılan araştırmaları eleştirel olarak inceleyebilirler. İkincisi, akademide çalışan klinisyenlerin öğrenciler tarafından yürütülen araştırma projelerine sık sık danışmanlık vermeleri ve bunları değerlendirmeleri gerekir. Üçüncüsü, toplum ruh sağlığı merkezleri veya diğer hizmet kuruluşlarında çalışacak psikologlar bu merkezlerin programlarının etkinliğini değerlendirmede yöneticilerce yardım istendiğinde araştırma eğitimi çok değerli olabilir. Son olarak, araştırma eğitimi klinisyenlere objektif olarak kendi klinik çalışmalarının etkinliğini değerlendirmekte yardımcı olabilir.

Klinik araştırmaların bu son boyutu – sistematik olarak birinin tedavi sonuçlarını değerlendirmesi ve dosyalaması- son yıllarda özellikle önemli olmaya başlamıştır. Danışanlardaki değişimi izleme tedavi planlarını değiştirmek ihtiyacına işaret edebilir, ancak sistematik olarak klinik sonuçları değerlendirmek için birçok iyi neden vardır (Hatfield ve Ogles, 2004). Klinisyenlerin kayıtları nasıl tutacağı ve değişimleri nasıl izleyeceklerini öneren bir dizi yayın vardır. Bunlardan biri APA'nın Profesyonel İşler Komitesi (APA's Board of Professional Affairs Committee) tarafından yazılan Profesyonel Uygulama ve Standartlar'dır (Professional Practice and Standards, COPPS). Kayıt tutma kuralları ilk olarak 2006 yılında var olan uygulamalarla tutarlılık gözeterek getirilmiştir ve bu kurallar hukuki ve düzenleyici ortamlarda değişikliklere yansıtılır (Association News, 2006).

Kısacası, klinik psikoloji araştırma ve değerlendirme yapma yeteneği ile her zaman damgasını vurmuştur. Klinik psikologların büyük çoğunluğunun profesyonel kariyerlerinin önüne geçen araştırma becerileri olduğu iddia edilebilir.

Öğretme. Birçok klinik psikolog zamanının önemli bir kısmını eğitim faaliyetlerine harcamaktadır. Tam veya yarı zamanlı akademik poziyonlarda klinisyenler genellikle kişilik, anormal psikoloji, klinik psikolojiye giriş, psikoterapi, davranış değiştirme, görüşme, psikolojik değerlendirme, araştırma desenleri ve klinik değerlendirme gibi alanlarda lisans ve lisansüstü dersleri verirler. Özelleşmiş konularda ileri düzey lisansüstü seminerler düzenlerler ve uygulamalı derslerde değerlendirme ve tedavi becerileri öğrenen lisansüstü öğrencilerin çalışmalarını denetlerler.

Süpervizyon pratiği, kısmen görgül araştırma bulgularına ve kısmen öğrencilerin değerlendirme ve tedavi becerilerini geliştirmek için öğretim üyesinin klinik deneyimine dayanan özel bir öğretme türüdür. Birçok pratikte, her öğrenci bir ya da daha fazla danışanı düzenli olarak görür ve seanslar arası süpervizörü ile buluşup vakayı tartışır (Danışan bu düzenlemeden ve süreçten haberdardır). Süpervizyon, küçük bir grup staj öğrencisiyle görüşmeden görüşmeye bir araya gelmenin bir parçasıdır, görüşmeye katılan herkes gizliliği korumakla kesinlikle yükümlüdür.

Klinik psikologların öğretmelerinin önemli bir kısmı araştırma süpervizyonu şeklindedir. Bu çeşit bir öğretme öğrencinin danışmana bir araştırma konusu ile gelip önerilerini ve okuma listesini sormasıyla başlar. Okuma listesi vermenin yanı sıra, çoğu danışmanlar, öğrencinin araştırma çerçevesi oluşturmasına uygun araştırma soruları geliştirmesine ve öğrencinin birinci elden araştırma becerisi kazanmasına yardımcı olur.

Klinik psikologlar ayrıca hizmet verme bağlamında (örn. çalışma ortamında) birçok eğitim verir; stajyer psikolog, tıp intörnü ya da diğerlerini eğitir. Sosyal çalışmacılar, hemşireler, kurum yardımcıları, rahipler, polis memurları, cezaevi görevlileri, öğretmenler, yöneticiler, iş yöneticileri, günlük bakım çalışanları, avukatlar, denetimli serbestlik memurları ve mesleki becerilerinin psikolojik bilgilerle geliştirilmesini isteyen diğerlerine eğitim verir. Klinisyenler terapi yaparken bile eğitirler; daha adaptif davranmayı öğrenmesi ve davranışçı yaklaşımı içselleştirmesi için danışanlarına teknikler öğretirler (bknz., Bölüm 8). Son olarak, birçok tam zamanlı klinisyenin kolejler, üniversiteler ve meslek okullarında yarı zamanlı görevleri bulunur. Bir öğretim üyesi olarak çalışmak fakülte üyesine gelir sağlar fakat klinisyenler öğretmek isterler çünkü, bu onlara mesleki uzmanlıklarını paylaşmak ve kendi alanında yeni gelişmelere yakın olmak için keyifli bir yol sunar.

Danışmanlık. Klinik psikologlar çok çeşitli sorunlar hakkında organizasyonlara danışmanlık hizmetleri vermektedir. Danışma olarak bilinen bu etkinlik,

araştırma, değerlendirme, tedavi ve öğretim yönlerini birleştiren bir etkinliktir. Belki de bu etkinlik çeşitliliği bazı klinisyenlerin danışmanlığı neden tatmin edici ve tam zamanlı olduğunda yeterince kârlı bulduğunu açıklar. Danışmanın uzmanlığından yararlanan organizasyonların danışmanlıktan beklentileri ve amaçları boy boy ve çeşit çeşittir; tek bir kişiye tıbbi ya da yasal danışmanlıktan büyük devlet kurumları ve çok uluslu şirketler için danışmanlıklara kadar çeşitlenebilir. Danışman, yakınlarındaki kurumlar, tedavi merkezleri ve diğer toplum temelli kurumlarla birlikte çalışabilir. Danışmanlar, eğitim (örneğin, kendi çalışmalarıyla ilgili personelin araştırmaları tanıması), tavsiye (örneğin, vakalar veya programlar hakkında), direkt hizmet (örneğin, ölçme, tedavi ve değerlendirme) ve örgüt içi çatışmaların azaltılması gibi görevleri birçok türde gerçekleştirirler (örneğin, personel atamalarını değiştirerek sorun kaynaklarının ortadan kaldırılması).

Danışmanlık *vaka* odaklı olduğunda, klinisyen bir danışan veya organizasyonun soruna veya direkt mi yoksa dolaylı öneriler getirmek yoluyla kurumun daha fazla fayda sağlayacağına odaklanır. Danışma *program* veya *yönetim odaklı* olduğunda, klinisyen sorunun neden olduğu örgütsel işlev veya yapı üzerinde durur. Örneğin, danışman kurum içinde adayların değerlendirilmesinde yeni yöntemleri geliştirebilir. Yeni işte yükselme kriteri belirleyebilir. İdarecilerin işçiler üzerinde karar verirken psikolojik etkilerini arttırarak çalışanların işten ayrılma oranını düşürebilir.

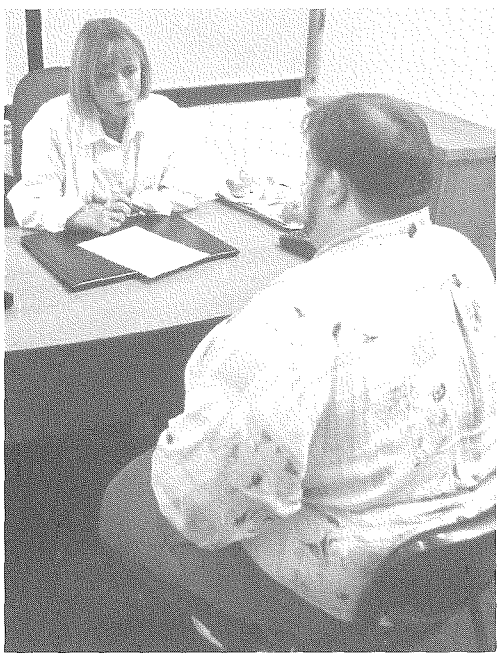
İdarecilik. Birçok klinik psikolog kendini idari işleri yaparken ve kurumun günlük işleyişini yürütürken bulabilir. Klinik psikologlar tarafından düzenlenen idari iş örnekleri şunlardır: bir kolej veya üniversite psikoloji bölümü başkanlığı, klinik psikolojide lisansüstü eğitim koordinatörü, bir öğrenci danışma merkezi müdürü, bir danışmanlık şirketi veya test merkezi başkanı, bir okul müfettişi, bir hastane veya klinikte baş psikolog, bir ruh hastalıkları hastanesi ya da bir toplum ruh sağlığı merkezi müdürü, Emekliler İdaresi (Veterans Administration, VA) Hastanesi'nde yönetici.

Yönetim psikologlar için giderek daha popüler profesyonel bir etkinlik haline gelmiştir. Nitekim, psikoterapi sonrası, yönetim öğretim ve değerlendirmeden sonra en sık görülen faaliyettir (Norcross, Karpiak ve Santono, 2005). İdari görevler, profesyonel kariyerleri boyunca klinisyenler için oldukça yaygın olmaya başlamıştır.

Klinik Aktivitelerin Dağılımı

Bazı klinik psikologlar sadece anlattığımız altı faaliyetten bir ya da ikisiyle zaman harcıyor olsa da, birçoğu daha fazla faaliyette hatta altı faaliyetin hepsinde de bulunur. Birçok klinisyen için, farklı aktivitelerde zamanı dağıtabilme alanın en cazibeli yanıdır. Tablo 1.1'de çalışma ehliyetli psikologların zamanı nasıl kullandıklarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Genel olarak, klinisyenlerin çoğunluğu araştırmacı veya akademisyen olarak kendilerini tanımlamak yerine öncelikle uygulayıcı olarak tanımlarlar ve zamanlarını her şeyden daha fazla şekilde psikolojik tedaviye ayırırlar.

Ancak klinik psikologlar için faaliyetlerin dağılımı ortama göre önemli ölçüde değişir. Amerikan Psikoloji Derneği'nin Mesleki Uygulama Geliştirme Komitesi tarafından yaptırılan, 15.918 uygulamada çalışan psikoloğun katıldığı bir araştırmada, akademik ortamlarda çalışan psikologların herhangi bir meslekten daha fazla oranda eğitim ve araştırmaya zaman ayırdıkları, özel muayenede uygulamada çalışan psikologların ise daha fazla psikoterapi ve değerlendirme yapmak üzere zamanlarını ayırdıkları görülmüştür (Phelps, Eisman ve Kohout, 1998).



Klinisyenlerin, terapi, değerlendirme, araştırma, eğitim, danışmanlık veya yönetim gibi faaliyetlere harcadıkları zamanın oranı kısmen işyeri ortamına bağlıdır.

Devlette ve hastaneler gibi tıbbi ortamlarda çalışan psikologlar biraz daha eşit olarak mesleki faaliyetlerini dağıtmak eğilimindedir.

Diğer bir deyişle, klinik psikologların zamanlarını düzenlemelerinin yolu kısmen seçtikleri çalışma ortamına, kısmen eğitimlerine ve kısmen de bireysel ilgileri ve uzmanlığına bağlıdır. Fakat bu düzenleme geniş sosyal faktörlerden de etkilenir. Federal yasalar, hastane oluştururken 1940 yılında kabul edilmemiş olsaydı, örneğin, bir klinisyen bugün Gaziler İdaresi Hastanesi'nde çalışmıyor olabilirdi (Klinik psikolojinin şekillenmesinde sosyokültürel güçlerin oynadığı rol Bölüm 2'de ayrıntılı olarak verilmiştir). Benzer şekilde, bugün klinik psikologlar tarafından yapılan araştırmaların devamı, kongre ödeneklerinin bağlı olduğu Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (National Institute of Mental Health) gibi kamu kurumlarından alınan burslara bağlıdır. Ayrıca, anlattığımız klinik işlevler diğer

meslekler ve genel kamu tarafından da meşru algılananlardır. Hiçbir birey etkili tedavi yapabilen klinisyen görmeseydi, bu işlev zamanla alandan kaybolurdu.

Kısacası, klinisyenlerin ne yaptığı ve nerede yapacakları her zaman ve de her zaman kültürel değerlere, politik iklime ve işlevselliği ile ilgili toplumun baskısına bağlıdır.

Danışanların Çeşitliliği

ABD'de nüfus değişiklikleri de klinik psikologların çalışmalarını etkiler. 2050 yılında, İspanyol kökenli olmayan beyazların ABD nüfusunun %50'sini, etnik azınlıkların da kalan yarıyı oluşturması bekleniyor.

Amerikalıların büyük oranı başka ülkelerde doğmuştur ya da başka ülkelerden olan ebeveynleri vardır. Yıllardır bu böyledir. Bu çeşitlilik klinik psikolojiyi nasıl etkiler?

Bir kere, farklı kökenlerden gelen kişilerin genellikle psikolojik sıkıntıyı ifade yolları farklıdır, bu yüzden klinisyenler belirtilerde kültürel değişimlere giderek duyarlı hale gelmiştir (Hays ve Iwamasa, 2006). Tedavilere yanıtları da danışanların geçmişlerine bağlı olarak değişebilir. Psikolojik yardım alma istekliliği, kültürel ve etnik kökene göre değişir. Klinisyenler bu nedenle kültürel olarak çeşitli gruplara hizmet vermek için ek eğitime ihtiyaç duyacaktır (Hall, 2005). Bu kitabın geri kalanı boyunca sayısız yerlerde, etnik ve kültürel çeşitliliğin klinik uygulamayı nasıl etkilediğini açıklıyoruz.

Problemlerin Çeşitliliği. Kendi uzmanlık alanları tarafından dayatılan sınırlar içinde, klinik psikologlar, insan davranış probleminin hemen hemen her çeşidi üzerinde çalışabilir. En yaygın olanı hangisidir? Ulusal Eştanı Araştırması (1990-1992) ve Ulusal Eştanı Araştırması Replikasyonu (2001-2003) genel nüfusta psikolojik bozuklukların yaygınlığı ve şiddetini incelemek için en büyük çalışmalardan birini yapmıştır. Bunlar anksiyete bozukluklarının (örneğin, panik bozukluklar, sosyal fobi), duygudurum bozukluklarının (örneğin, depresyon), dürtü kontrol bozukluklarının (örneğin, aşırı öfke patlaması) ve madde bozukluklarının (örneğin, alkol bağımlılığı, uyuşturucu bağımlılığı) en yaygın bozukluklar arasında olduğunu göstermektedir. Yine tedavi olanların sadece yaklaşık yarısı aslında bir ruhsal bozukluk kriterlerini karşılamaktadır (Kessler, Demler ve diğ., 2005). Geri kalanının var olan tanı kriterine uymayan semptomları vardır (Bölüm 3'te tartışılacaktır). Bu tür sorunlar; kişilerarası ilişkilerde zorluklar, evlilik sorunları, okul zorlukları, psikosomatik ve fiziksel belirtileri, işle ilgili zorluklar ve bunun gibi sorunlardır. Yıllar boyunca, insanların yardım aradığı problemlerin yaygınlığı ve türleri aynı kalmaktadır. Bu da problem yaşayan danışanların kültürel geçmişleri çeşitli olsa da klinik psikologlara olan ihtiyacın azalmayacağını düşündürmektedir.

Psikolojik bozukluğa sahip her danışan yardım almaz. Bu ifadede iyi ve kötü haberler vardır. İyi haber tedavi arayan kişilerin sayısı on yıl öncesine göre artmıştır. Bu artışın bir kısmı bozukluklar ve bunların etkileri hakkında artan kamu bilincinin (yani, ruh sağlığı okuryazarlığı) bir sonucu olabilir. Psikolojik sorunlar (örneğin, depresyon, anksiyete bozuklukları, sigara içme ve uyuşturucu-uyarıcı maddelere "aş erme" ve dürtü kontrolü sorunları ve cinsel işlev bozukluğu) için ilaç reklamları, bazı psikolojik bozuklukları meşrulaştırmaya yardımcı oldu ve sorunlu insan daha olası şekilde tedavi arar oldu (Kancelbaum, Singer ve Wong, 2004). Kötü haber, tedavi görmek isteyenlerin kendi aile hekiminin sadece minimal tıbbi tedavisinin anlamlı ölçüde yeterli olmasıdır. Minimal tedavi genellikle ilaçlar ile sınırlı olduğundan, uzun vadeli sonuçlar getirebilecek psikolojik tedavi içermez. Birçoğu hiçbir tedavi arayışında olmaz. 9.000'den fazla İngilizce konuşan yaşları 18 ve üstü katılımcıların yer aldığı bir araştırmaya göre, kişilerin sadece %41'i 12 aylık bir dönem içinde bir rahatsızlık için tedavi almış (Wang, Lane ve diğ., 2005). Diğer çalışmalar benzer şekilde, bir bozukluğu olanların yarısından fazlasının tedavi aldığını bulmuştur (Kessler, Demler ve diğ., 2005). Tedavi almayan örneklem, fakir, etnik azınlık mensubu, kırsal kesimde yaşayan ve sigortasız insanlardandır.

Klinik Psikologların İş Ortamları ve Ücretleri

Bir zamanlar, birçok klinik psikolog tek kurumda çalıştı: çocuk klinikleri ya da danışmanlık merkezleri. Bugün, buna karşın, klinik psikologların çalıştığı kurumlar oldukça çeşitlidir. Aşağıda sıralanan birçok ortamda klinik psikoloğu bulabilirsiniz:

Yüksekokul ya da üniversite psikoloji bölümleri

Hukuk Fakülteleri

Devlet ya da özel tıp ve psikiyatri hastaneleri

Şehir, ülke ve özel zihinsel sağlık klinikleri

Toplum ruh sağlığı merkezleri

Öğrenci sağlık ve danışmanlık merkezleri

Tıp Fakülteleri

Ordu

Üniversite psikoloji klinikleri

Çocuk tedavi merkezleri

Devlet ve özel okullar

Zihinsel engelliler için kurumlar

Polis Merkezleri

Cezaevleri

Ergen ıslahevleri

İş ve endüstri firmaları

Denetimli serbestlik bölümleri

Engelliler için rehabilitasyon merkezleri

Bakım evleri ya da geriatrik merkezler

Yetimhaneler

Alkol tedavi merkezleri

Sağlık bakım kuruluşları

Tablo 1.2'de 40 yıldan fazla süredir klinik psikologların çalıştığı kurumların yüzdelerinin sıralandığı liste bulunmaktadır.

Bir klinik psikoloğun maddi kazancı (ödülü) anlamlıdır. Doktoralı ve 10 yılın üstünde deneyimi olan ve doğrudan insanlara hizmet veren bir merkezde çalışan klinik psikologların 2003'te yıllık kazanç ortalamasının medyanı 73,000$'dır. Tabii ki, ücret rakamları ekonomik koşullar ve tarihsel dönemlere bağlıdır. Ücretleri yaklaşık aynı kalsa ve ancak yılda %3 enflasyon düzeltmesi olsa, 2008 yılında 10 yıllık klinisyen için ortalama ücret yaklaşık 84.600 $ ve 2010 yılında yaklaşık 89.800 $ olacaktır. Tablo 1.3'te klinik psikologların %25' ve %75'lik ücretlerinin medyanları bulunmaktadır. Ücret aralıkları size bir fikir verecektir.

Klinik çalışmaların dağılımı ve bir klinisyenin gördüğü danışanların çeşitliliğini etkileyen çalışma ortamı da ücretleri etkiler. Örneğin, toplum ruh sağlığı merkezleri ve kamu psikiyatri hastanelerinde ücret bir grup psikolojik ve psikolojik/tıbbi uygulamalardan daha düşük olma eğilimindedir. Klinik psikologların ücretleri de ülkenin bölgesine ve kentsel ya da kırsal bölge olmasına göre farklılık gösterir (bknz., Tablo 1.4).

2006 yılında doktora derecesi veren bölümleri olan üniversitelerde klinik psikologlar için öğretim üyesi ücretleri, yardımcı doçent (en az 3 yıl tecrübe) için yıllık yaklaşık 55.000$ iken, 11 yıllık deneyimi olan tam zamanlı çalışan profesörün maaşı 92.800$'dı (Wicherski ve Frincke Kohout, 2006). Tabii ki, psikologların akademik çalışma tazminatları kuruma bağlı olarak önemli ölçüde değişir.

TABLO 1.3

Doğrudan İnsanlara Hizmet Veren Çalışma Ehliyetli Doktora Düzeyi Klinik Psikolog Ücretleri

Yüzde	Deneyim Yılı			
	2–4 yıllar	10–14 yıllar	20–24 yıllar	30+ yıllar
%75	70,000	88,000	120,000	120,000
Medyan	57,000	73,000	84,000	88,000
%25	50,000	60,000	65,000	68,500

KAYNAK: "Salaries in Psychology 2003:Report of the 2003 APA Salary Survey,"by W. E. Pate II, J. L. Frincke, and J. L. Kohout,2005. İzinle adapte edilmiştir. Erişim tarihi 20 Ekim 2006, from http://research.apa.org/ 03salary/homepage.html/.

Genel olarak, yüksek lisans derecesi veren kurum ve mesleki okullarda ücretler doktora derecesi veren kurumlara göre daha düşüktür. Ücret ülkenin bölgesine ve diğer faktörlere bağlı olarak değişir.

Bir süre önce, özel muayenede çalışan uygulamacılar akademik ortamlarda çalışanlara göre çok daha fazla kazandı, ama bu açık giderek daraldı. Değişim

kısmen sağlık uygulamalarına yapılan değişikliğe göre değişir, bu değişimi bu bölümde daha detaylı inceleyeceğiz. 9 - 10 ay akademik yıl ortalamasını baz alarak, akademik ortamlarda çalışan klinik psikolog ücretleri artık özel sektörde çalışanların ücretlerine yaklaşmıştır.

TABLO 1.4

10-14 Yıldır Çalışan Doktora Düzeyindeki Çalışma Ehliyetli Psikologların Ücret Medyanları

İş Ortamı	Maaş Medyanı
Bireysel Muayenehane	72,000
Grup Psikoloji Uygulamaları	85,000
Tıp-Psikoloji Grup Uygulamaları	88,000
Gaziler İdaresi (VA) Hastanesi	82,000
Genel Özel Hastane	75,000
Toplum Psikiyatri Hastanesi	62,000
İlköğretim/Ortaokul	83,000
Toplum Ruh Sağlığı Merkezi	62,000

KAYNAK: "Salaries in Psychology 2003:Report of the 2003 APA Salary Survey,"by W. E. Pate II, J. L. Frincke,and J. L. Kohout,2005. İzinle alınmıştır. Erişim tarihi 20.Ekim2006,from http://research.apa.org/03salary/homepage.html/.

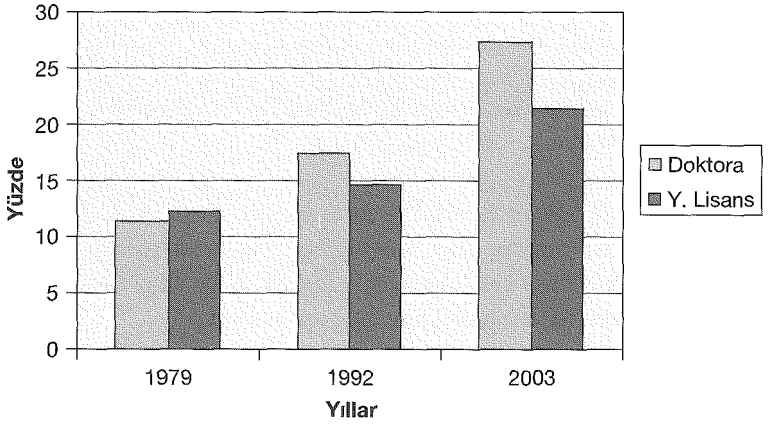
APA periyodik olarak üyelerinin ücretleri, demografik özellikleri, pratiğe dair endişeler ve diğer birçok konuda alan araştırması yapar ve sonuçları kamuya duyurur. http://www.apa.org: bu bilgilerin çoğuna APA web sitesinden ulaşılabilir (Bazı bilgiler sadece APA üyeleri için geçerli olsa da).

Klinik Psikologların Çeşitliliği

Psikoloji alanında erkek ve kadınların oranı son yarım yüzyıl içinde önemli ölçüde değişti. 1950 yılında, kadınların sadece %15'i doktora derecesi olanlara verilen ödüllerden kazandı, ancak 1999 yılına kadar, bu oran %67 oldu ve bu rakam da psikoloji yüksek lisans öğrencilerinin yaklaşık üçte ikisidir (National Center for Education Statistics, 2000; Pate, 2001). Klinik psikoloji, psikoloji lisansüstü öğrencilerinin büyük kısmını temsil eder, bu yüzden kadınların erkeklere oranı 2 de 1'dir. 2004-2005'e kadar, klinik psikoloji programlarına gelen doktora düzeyinde lisansüstü öğrencilerinin %70'i kadındı (Norcross, Castle, Sayette ve Mayne, 2004). Bu yüzde de daha fazla uygulama odaklı ve daha fazla araştırma odaklı programlarda oldukça benzerdi. Klinik psikoloji programlarına öğrenci cinsiyet dağılımı üzerine yakın zamanda yapılan bir alan araştırması da, Avrupa ülkelerinde de, kadınların genellikle erkeklerden sayıca üstün olduğunu gösterdi (Olos ve Hoff, 2006).

Tabii ki, bir derece programına kayıt ve bir meslek içinde üst düzey bir statü kazandırma arasında yıllar süren bir aralık vardır. Sonuç olarak, kıdemli klinik psikoloji öğretim üyeleri arasında hala kadınlardan daha fazla erkek vardır ve yüksek maaş verilen özel klinik psikoloji uygulamalarının yapıldığı yerlerde erkekler kadınlardan fazladır. Ama her düzeyde, kadınların daha fazla temsil edilmesine olan eğilim belirgindir.

Etnik azınlıklar şu anda ABD'de klinik psikoloji doktora programlarına kabul edilen öğrencilerin sadece %20'sinin üstüne çıkmıştır (Norcross ve diğ., 2004). Afrikalı Amerikalılar etnik azınlıkların en yüksek düzeyini temsil eder (Pate, 2001). Bu grubu yakın şekilde, İspanya ve Asya kökenli kişiler izler; Amerikan yerlilerinin oranı ise yaklaşık %1'dir (Pate, 2001). Tüm doktora psikoloji programlarında azınlıkların oranının artmış olması dikkat çekicidir (Şekil 1.2). Birçok yüksekokul ve üniversitede etnik özelliklere göre işe alım planları vardır ve birçok psikoloji bölümlerinin azınlıkların alımı için kendi bölümlerinde düşük düzeyde de olsa stratejileri vardır.



ŞEKİL 1.2 Lisansüstü Psikoloji Öğrencilerinde İlk Yılda Etnik Azınlık Oranları

KAYNAK: J. C. Norcross, J. L. Kohout, & M. Wicherski (2005). Graduate study in psychology: 1971 to 2004. (American Psychologist, 60, 959–975.)

(Kyle ve Williams, 2000). Bu tür çabaların örnekleri önlisans okulu, azınlıklara maddi yardım, broşür veya diğer materyallerin verilmesi, daha çok azınlığın yerleştirilmesi ve sosyal yardım programlarının düzenlenmesidir. Cinsiyet eğilimlerinde olduğu gibi, lisansüstü okul düzeyinde azınlıkların temsil edilmesi ile şu anda azınlık temsili birçok meslekte daha fazladır. Azınlık öğrencilerin başarılı bir eğitim hattı aracılığıyla meslekte bu geleneksel dengesizlikte düzelme olacaktır.

Bu Kısmın Özeti: Klinik psikologlar değerlendirme, psikoterapi, araştırma, eğitim, danışmanlık ve idarecilik yaparak profesyonel zamanlarının çoğunu harcarlar. Meşgul oldukları faaliyetler ve gördükleri danışanlar, iş ortamlarından, kişisel tercihlerden, al-

dıkları eğitimlerden ve daha geniş sosyal faktörlerden etkilenir. Klinisyenler, bireysel ve grup uygulamaları içeren, çeşitli hastanelerde, toplum ruh sağlığı merkezleri, yüksekokul ve üniversitelerin psikoloji bölümlerinde ve tıp fakültelerinde, devlet kurumları, özel şirketler vb. çeşitli ortamlarda istihdam edilmektedir. Bu ortamlarda, kültürel geçmişi çeşitli ve sorunları değişken çok sayıda danışan görürler. Klinisyenlerin ücretleri eğitim, iş yeri ve bölgesel faktörlerin düzeyine göre değişir ama eğitim olarak diğer meslekle eşittir. Önceleri beyaz erkek egemen olan bu alanda artık kadın ve geçmişe göre daha yüksek oranda etnik azınlıklar lisansüstü programlara alınmaktadır. Böylece, alanın demografik yapısı yakında daha iyi bir dengeye ulaşacaktır.

21. YÜZYILDA KLİNİK PSİKOLOJİ

Bu Kısma Bakış: Burada, klinik psikolojinin bugününün şekillenmesinde rol alan daha önemli konuları özetleyeceğiz. Bunlardan ilki alandaki bilim ve uygulama ağırlığını dengeleme ihtiyacı ile ilgilidir. Diğer önemli konular klinisyenlerin nasıl eğitilebileceği, klinik psikoloji içinde geleneksel olarak ayrı "okul" ya da kuramsal yönelimlerin nasıl bir araya getirileceği, klinik psikoloji uygulamalarının sosyal ve kültürel çevre tarafından nasıl etkilendiği ve özellikle sağlık bakım uygulamalarının değişimleriyle ilgilidir.

Bilim ve Uygulama

Klinik psikoloji içinde en canlı tartışmaların bazıları bilimci ve uygulamacılarının endişelerinin alana ne ölçüde yansıtılması üzerinedir. Bilim insanları/araştırmacılar bir bakış açısını benimserken uygulayıcılar başkasını benimserse hangisininki geçerli olmalıdır, hangisini tutarsınız? Bu konunun uzun bir geçmişi vardır ve burada tartışmayı sadece genel hatlarıyla tanıtmayı ve alana etkilerini ele almayı öneririz. Sonra, özellikle 2. 10. ve 15. bölümlerde, farklı iş ortamları ve alana katkılarını ayrıntılı olarak aktaracağız.

Biz zaten klinik psikolojinin resmi tanımının bilim ve uygulamayı bir arada içerdiğini belirttik. Soru şu ki, bilim ve uygulama *nasıl* birleştirilmelidir? Bu basit bir soru da salt felsefi ya da akademik tartışmaların ötesine geçer. Bu soru, danışanların nasıl tedavi edileceğine, araştırmanın nasıl yürütüleceğine ve diğerlerinin psikolojik müdahaleleri nasıl algıladığına etki etmektedir.

Kanıta Dayalı Uygulama. Örneğin, tıbbi araştırma sonuçlarını son on yıldır göz ardı etmeyi seçen ya da bunların farkında olmayan ve tedavide uygulayacağı yöntemi belirlemek için sezgilerine ve halk bilimine güvenen bir doktor hayal edin. Eğer tedavinin sanata dönüştüğü durumu istiyorsanız, muhtemelen o doktora gitmezsiniz. Profesyonel uygulamayı güncel araştırmalara kesinlikle bağdaştıran yaklaşım kanıta dayalı uygulama (evidence-based practice, EBP) olarak isimlendirilir. Kanıta dayalı uygulama için ihtiyaç tıpta neredeyse sorgusuzdur ama sadece son zamanlarda ruh sağlığı, eğitim ve hatta mimarlık gibi

alanlarda merkezi bir sorun haline gelmiştir (Norcross, Beutler ve Levant, 2006a). İnsanların tahminlerine ya da "her zaman yaptıkları şekillere" güvenmektense, uygulamacılar tanı ya da terapötik uygulama ile ilgili en etkili ve bilimsel bilgiyi kullanmak ister.

Açıkçası, kanıta dayalı uygulama artık olgunlaşmış bir fikirdir ve klinik psikologların uygulamalarını yüksek kaliteli bilimsel araştırma sonuçlarına dayandırmasından hiçbir makul birey şüphe duymaz. Ancak, hangi araştırmanın yüksek kalitede olduğu, ya da ne gösterdiği, ya da tam olarak nasıl uygulamaya rehberlik edeceği konusunda görüş ayrılığı hâlâ vardır. Henüz, APA açıkça belirgin kabul ettiği terapiler listesi ya da kredi vermediği terapiler listesi yayınlamamıştır ve halkın bu kararları bilmesini henüz istememiştir. APA içinde farklı gruplar kanıta dayalı uygulama araçlarıyla ilgili farklı anlayışlara sahiptir.

Buna rağmen, alandaki bu konular üzerinde görüş birliği olması biraz acil bir konudur. Zaten, bazı yerel ve devlet kurumları ve bazı sigorta sağlayıcıları, hastalara geri ödemeyi sağlayacak psikoterapilerin hangisi olduğuna ilişkin yapılandırılmış listeler vermiştir (Norcross, Beutler ve Levant, 2006). Bu kurumlar, klinik psikologlar tarafından alınan resmi pozisyonların temelinde değil, araştırma ve kurumların ihtiyaçlarını anlama temelinde bu bilgiyi vermişlerdir. Birçok araştırmacı ve uygulamacı, şirketler ve devlet kurumları tarafından yapılan listelerdense klinik psikologlar ve resmi örgütlerin hangi psikoterapilerin en etkili olduğuna dair liste oluşturmada daha aktif olması gerektiğine inanıyor. Herhalde, klinik araştırmacılar ve uygulayıcılar bu konularda sigorta şirketleri veya eyalet hükümetleri için çalışan kişilerden daha fazla uzmanlığa sahip olmalıdır. 10. Bölümde ayrıntılı olarak aktaracağımız bizim bakış açımıza göre, görgül kanıtlar ve klinik deneyim farklı psikolojik müdahalelerin yararlılığını değerlendirmek için önemlidir. Klinik deneyim psikoterapiyi etkili kılanlar hakkında hipotezler üretme için bir başlangıç noktası olarak çok değerlidir, ancak bazı terapi teknikleri klinik çalışmalarda düşük performansla tekrarlanarak uygulanıyorsa, bu teknikler daha iyi performansla uygulanan tekniklerin lehine terk edilmelidir.

Klinik Psikoloji Eğitimi. Bilim ve uygulamanın en çok arzu edilen karışımı hakkında kararlar ayrıca, öğrencilerin nasıl bir klinik psikoloji eğitimi alacağını etkiler (ve bunun gibi ne kadar kitaplar yazılacağını!). Klinik psikoloji eğitiminin dayandığı iki genel model vardır. Her iki model, ev sahipliği yapan Colorado konferanslarından sonra adlandırılmıştır. Boulder modeli 1949 yılında düzenlenen, klinik psikolojinin ilk büyük eğitim konferansından çıkmıştır (Raimy, 1950). Sıklıkla bilim insanı-uygulamacı modeli olarak adlandırılır. Boulder modeli, klinik psikologların araştırma ve profesyonel uygulamada uzman olmasını, üniversite temelli bir lisansüstü programdan PhD derecesi alınmasını, süpervizyon ve en az 1 yıl süren staj yapılmasını önermektedir.

1973 yılında Psikolojide Profesyonel Eğitimin Düzeyi ve Örüntüleri Ulusal

Konferansı Vail, Colorado'da yapıldı. Sonuçta ortaya çıkan *Vail modeli* alternatif bir eğitim önerdi. Bu modelde bilimsel eğitime az ağırlık verilirken klinik uygulamalara daha fazla hazırlanma önemliydi (Korman, 1976). Vail delegeleri şunu savundu; profesyonel hizmetlerin sunulması ve değerlendirmesi eğitimin ana amacı olacaksa, PsyD daha uygun bir derece olur. Klinik psikoloji eğitim programlarının üniversitelerde değil, aynı zamanda tıp fakültelerinde veya profesyonel psikoloji eğitimi veren serbest okullarda da olabileceği (örneğin California, Illinois ve diğer eyaletlerdeki okullar) ve bu okulların geleneksel bilim insanı-uygulamacı eğitimi veren okullarda alınan eğitimlerle statüsünün eşit olması gerektiği savunuldu. Bu modelleri 15. Bölümde klinik eğitim modelleri başlığında daha detaylı aktaracağız. Şimdi, belki de klinik psikoloji eğitiminin çeşitli türleri arasındaki farklar hakkında hatırlanması gereken en önemli şey, sunulan derecenin türü veya onaylanan eğitim modeli ne olursa olsun programlar arasında önemli farklılıkların var olduğudur (Norcross ve diğ., 2004).

Eklektisizm ve Entegrasyon

Bu gün uygulama yapan, araştırma yapan ya da eğitim veren klinik psikologların çoğu, psikodinamik, bilişsel-davranışçı, hümanistik, aile / sistemleri ve benzeri bir ana kuramsal yaklaşımı baskın programlarda eğitildi (Consoli ve Jester, 2005). Bu, klinik psikoloji eğitimi düzenlemek için en iyi yol mudur? Bazıları bir kuram temelli yaklaşımın klinik eğitimde olmasının o alanda kendi yaklaşımını benimseme ve diğer yaklaşımdaki araştırmaları ve kuramları göz ardı etmesi yoluyla bölünme yarattığına ilişkin endişelerini dile getirmiştir (Gold ve Strickler, 2006). Sadece bir kuramsal yaklaşıma uymak için zorlayıcı görgül neden nadiren olduğundan bu yaklaşım problemlidir, hepsinin kendi güçlü ve zayıf yönleri vardır. Sonuç olarak, birçok klinik psikolog *eklektisizmi*, benimsemiştir. Bu yaklaşımda, sadece bir yaklaşıma bağlı kalmaktansa birçok "okul"dan tekniğin uygulanması kabul edilir.

Eklektizim *psikoterapi entegrastonu* yani farklı klinik kuramların bileşenlerini sistematik olarak bütünleştirme fikriyle yakından ilişkilidir. Bize göre, makul yollarla yaklaşımları birleştirmek kesinlikle onları ayırmaktan daha anlamlıdır. Değerlendirme ve terapi teknikleri araçlar ise, böyle geniş bir araç yelpazesinin ve bilginin işlemlenmesi ve bunların ne zaman ve nasıl kullanılacaklarını görmek etkili bir psikoterapist için kolaydır. Aslında, birçok terapist kendini artık *eklektik* olarak tanımlar (Santoro,Kister, Karpiak ve Norcross, 2004). Artık farklı terapi yaklaşımlarını bir araya getiren the *Journal of Psychotherapy Integration* dergisi basılmaktadır. Ancak entegrasyon ve eklektisizm kuramda olduğu gibi pratikte o kadar kolay değildir. Kuram ve uygulamalar nasıl kombine edilmelidir? 9. Bölümde bu soruya bazı cevaplar bulabilirsiniz.

Sağlık Bakım Ortamı

Diğer tüm meslekler gibi, klinik psikoloji faaliyet gösterdiği kültür tarafından kısmen şekillenmektedir. Popüler inanç ve tutumlar ruh sağlığı endişelerinin nasıl algılandığını, nasıl tedavi edildiğini ve tedavinin nasıl finanse edildiğini etkiler.

Ruh Sağlığının Eşitliği. Psikolojik hizmetler, kültürel tutumdan şekillenir. Psikolojik bozukluklar ve tedavisi hakkında tutum federal ve eyalet yasalarına yansıdığında bu durum özellikle geçerlidir. Klinisyenler için özellikle endişe noktası *ruh sağlığı eşitliğini* etkileyen yasaların var olmasıdır. Eşitlik yasaları, fiziksel hastalık için olduğu gibi ruhsal hastalık için de aynı düzeyde desteğin sağlık sigortası gerektirmesidir. Eşitlik, ABD sağlık bakımı için bir normdan çok istisna olmuştur. Başka deyişle, ruh sağlığı problemleri diğer sağlık problemlerinden daha az hakka sahip olarak görülmektedir.

Fiziksel hastalıkların sağlık sigortaları konusunda çok az tartışma var gibi görünüyor. Ama bu sigortalar psikolojik bozuklukları da kapsamalı mıdır? Bu sorunun ciddi endişe yaratan kısmı genellikle ruhsal hastalık ve psikolojik tedavilerin etkinliği hakkında altta yatan inançları ortaya koymasıdır. İki örneği karşılaştıralım:

Vaka 1 Bir orta ölçekli mobilya üreticisi olarak çalışanın çocuğunun bir kulak ağrısı şikayeti vardır. Semptomlar azalmıyor ya da yok olmuyor ve bir gün sonra, ebeveyn aile doktorunu çağırır. Çocuk ertesi gün bir doktor tarafından görülür ve doktor bir kulak enfeksiyonu tanısı koyar. Hekim başlangıçta etkili görünen ilaç yazar, ama bir hafta sonra bir takipten sonra, kulak enfeksiyonu tekrar ortaya çıkar. İkinci geniş spektrumlu antibiyotik ilaç denenir ve benzer sonuçlar elde edilir. Son başarısız antibiyotik turundan sonra, doktor basıncı rahatlatmak ve çocuğun işitmesini korumak için çocuğun kulaklarında drenaj boruları eklemek üzere ameliyat önerir. Bu prosedürü takip randevuları izler. Çalışanın şirketinin sağlık sigortası sponsorluğunda, sigorta planı tedavi ve izlem için para öder.

Vaka 2 Bir orta ölçekli mobilya üreticisi olarak çalışanın çocuğunun okula gitmek isteksizliği vardır. Birkaç gün içinde, işçi / ebeveyn çocuğu ikna etmeye çalışmış, ama çocuğun isteksizliği artmıştır. Çocuk giderek içine kapanık ve umutsuz hale gelir, kolayca ağlar ve keyifli olan evdeki faaliyetlere daha az ilgi gösterir. Çocuk görevleri hatırlamak ve tamamlamakta zorluklar göstermeye başlar. Zaman zaman talepkâr, zaman zaman da, ajite ve huzursuz olduğu iki farklı öfke nöbetleri vardır. Öğretmenler ve okul danışmanı ile bir değerlendirmenin ardından, ebeveyn profesyonel yardım aramaya karar verir. Aile doktoru, değerlendirmenin ardından, çocukta çocukluk dönemi depresyonu ve kısmen bipolar bozukluk (aile geçmişine bağlı olarak) olabileceğini düşünür ve aileye psikolojik değerlendirme ve müdahale önerir. Aile yardım arar ve ilk olarak yapabildiği çocuklarını bekleme listesine koyabilmektir. Bir ruh sağlığı uzmanı dikkatli bir şekilde izlenmek kaydıyla ilaç ve çocuk klinik psikoloğundan psikolojik tedavi almalarını önerir. Çalışanın şirketindeki sağlık sigortası sponsoru ilaç tedavisi için para ödeme planı verir ancak psikolojik yardımı ödemez.

Ruhsal hastalıkla ilgili ne gibi tutum ve inançlar burada rol oynar? Fiziksel hastalıkların sağlık sigortası tarafından karşılanması fakat ruhsal hastalıkların karşılanmaması, fiziksel hastalıkların kişinin izni olmadan oluştuğuna psikolojik problemlerinse aileler ya da bireyin kendisi tarafından oluştuğuna ilişkin düşünceye yansımaktadır. Kısacası, psikolojik problemler tıbbi problemlerden daha fazla kişinin sorumluluğunda olarak değerlendirilir.

Bu inanç yüzyıl önce en ağır fiziksel grup olan örneğin çiçek, tifo, difteri gibi bulaşıcı hastalıklarda ve hastalıkların nedenleriyle ilgili kuramların biyolojik, fiziksel ve sosyal faktörlerin birleşimini içermediği zaman daha kolay görülebilir. Fakat psikolojik problemler hakkında bilgili olan çok az insan, bugün, kişinin psikolojik probleme sahip olmayı kolayca seçebildiğini iddia edebilir. Aynı zamanda, bugünün birçok acil müdahale gerektiren fiziksel problemi - örn. kalp krizi, obezite, diyabet- kişinin tercihte bulunabileceği yaşam stili seçimleriyle ilgilidir. Kısacası, insanlar nasıl ki fiziksel olarak hasta olmayı daha az ya da çok şekilde seçemeyeceklerse, psikolojik olarak hasta olmayı da seçmezler. Fakat sağlık kapsamı sıklıkla bireylerin seçim yapabildiğini içermektedir.

Eşitlik yasalarının olmamasının birçok olası nedeni vardır. Bunlar: ruhsal hastalığa ilişkin tutumlar, psikolojik tedavilerin etkisi ya da etkisizliği ile ilgili sınırlı araştırmaların bulunması, bazı paydaşlar ve birleşenlerin maddi ilgisi olarak gruplanabilir. Amerika'da özellikle, sağlık bakım harcamaları arttıkça sağlık sigorta ücretleri de keskin bir şekilde artmıştır. Çalışanlarının yararını gözetmek ve işverenlerin sigorta planları için yüksek ücretler ödemesi zorunludur. Plan seçerken, bir işveren ruh sağlığı kapsamını dışlayan veya sınırlayan bir sigorta şirketinin düşük maliyetli planını seçmeyi tercih eder. Ruh sağlığının da kapsama dahil olduğu bir sigorta maliyeti daha fazladır.

Aynı zamanda, işverenler sağlıklı bir işgücü tutmak ister. Ruh sağlığı kapsamı olmazsa ya da kısıtlı ise, bu tedavi edilmeyen kişisel veya aile sorunları nedeniyle çalışanların daha fazla işten uzaklaşacağı anlamına gelebilir. Bu durum, ilk başta ruh sağlığı tedavisi bulunmayan ya da yetersiz olan çalışanların daha fazla nüks yaşaması anlamına gelebilir. İşverenler, bu yüzden ortada kalabilir; bir yandan sigorta harcamalarını kısmak isteyebilirler, bir yandan da az tedavi edilen ya da edilmeyen hastalıkları tedavi etmek için işten ayrılan çalışanların yokluğuna kısıtlandırma getirebilirler. Bunların tümü **maliyet etkililiği** kavramını gündeme getirmektedir; ruh sağlığı tedavi ve önlemesi uzun vadede para biriktirmeyi sağlar mı sağlamaz mı? Daha kapsamlı olarak 10. Bölümde tartıştığımız gibi, genellikle sağlamaz.

Düzenlenmiş Bakım. Birleşik Devletlerde klinik psikoloji için toplumun oldukça önemli olan bir özelliği sağlık bakım sistemini içermesidir. Danışan, aldığı hizmetler için doğrudan olarak hizmeti aldığı kişiye bir kez ödeme yaparken şimdi ruh sağlığını da içeren birçok sağlık bakımı üç tarafı içerir; klinisyen ve bir

sigorta şirketi, Sağlık Koruma Örgütü (Health Maintenance Organization) veya benzer yönetimler. Hizmeti kimin sağladığı, tedavinin ne kadar uzun sürdüğü, ne kadar ödendiği, ne tür kayıtların saklandığı vb. soruların üçüncül organizasyonlar tarafından etkilenmesine düzenlenmiş bakım (managed care) denir. Düzenlenmiş bakım sistemleri tedavi ile ilgili kararlar almak için sadece klinisyenin yargılarını kullanmaz, iş kurallarını da kullanır.

Birleşik Devletlerde düzenlenmiş bakım gelişirken ve psikolojik tedaviler üzerinde etki etmeye başlarken klinisyen uyum sağlamak zorunda kalmıştır. Bağımsız uygulayıcılarla yapılan bir alan araştırmasında, yarıdan fazlası ücretlerinin azaldığını bunun da sağlık bakım sisteminden kaynaklı olduğunu bildirmiştir (Williams, Kohout ve Wicherski, 2000).

Özel uygulama ve klinik çalışmanın diğer alanları arasındaki ücret farklılığının artık eskisinden daha az olması düzenlenmiş bakım sayesindedir. Başka bir çalışmada, klinisyenler kendileri ve düzenlenmiş bakım hizmeti olan şirketler arasında bir kültür çatışması olduğunu bildirmektedir; bazen ödeme almak amacıyla bakım veya etik standartları ihlâl etmek zorunda kaldıklarını şikayet etmektedirler (Cohen, Marecek ve Gillham, 2006). Kuşkusuz, bu yüzden, klinisyenler genelde düzenlenmiş bakım sistemini beğenmezler. 2004'te, Florida Psikoloji Birliği (APA'nın Uygulama Organizasyonu yardımıyla) ulusal bakım şirketleri karşıtı bir dizi harekete katıldı. Bu şirketlerin kuruluş ödemelerinin azaltılması geciktirilmesi ya da inkâr edilmesiyle sonuçlanan hareketler sergilediklerini ve teşhis kodlarını değiştirdiklerini iddia ettiler. 2006'da, bu gibi uygulamalar, düzenlenmiş bakım şirketleri tarafından kullanılan maddi işlemlerde, hizmet sağlayanlara mâli geri ödeme yapmak için zorunlu bir değişimle sonuçlanmıştı (Practice Directorate Staff, 2006).

Düzenlenmiş bakım sistemi ve klinik psikoloji arasındaki ilişki, sistemin diğer sağlık meslekleri ile ilişkisindeki gibi bazen kaya gibi sert olmasına rağmen, tamamen olumsuz değildir (Bobbitt, 2006). Düzenlenmiş bakım sisteminin bir olumlu etkisi hangi problem için hangi tedavinin etkili olduğuna ilişkin araştırmaları tetiklemesidir. Bu bilgi doğru uygulanırsa, sonuçta daha düşük maliyetleri ve danışan iyiliğini geliştirmeye katkı sağlayacaktır. Danışanlar, klinisyenler ve sigortacıların bilmek istediği şey hangi müdahalenin sağlık üzerinde en iyi ve en uzun süre kalıcı etkiye sahip olduğudur. Düzenlenmiş bakım sisteminden baskılar, sağladıkları hizmetin sonuçlarını daha kesin olarak ölçmek konusunda klinisyenlerin üzerine yönelen baskılardan kısmen sorumludur.

Klinik psikologlar sıklıkla düzenlenmiş bakım sistemlerinin ödemesiyle örtüşen şekilde sağladıkları hizmetleri değiştirmeye devam etmektedir. Bu uyum mantıklı görülebilir, ama psikologlar sadece düzenlenmiş bakım personelinin izin verdiği kararları klinik uygulamada kullanırsa bu bazı sorunlara yol açabilir. En iyi eğitimi almış ve uzman olanların görgül kanıtların en iyi nasıl çalıştığı ve

masraflarını nasıl karşılaması gerektiği ile ilgili kritik görevlerde rol alması gereklidir.

Klinik Psikologlar için Reçete Ayrıcalıkları. Sağlık bakım ortamında son bir eğilim klinik psikologların ilaç kullanımı için reçete yazmasının mümkün olmasıdır. 2002 yılında, New Mexico psikotrop ilaçlar reçete edebilmek için özel eğitim alan çalışma ehliyetli psikologlara izin veren mevzuatı düzenleyen ilk eyalet oldu. 2004 yılında, bunu Louisiana izledi ve diğer eyaletler değişimi düşündü. Bu eğilimin devam edeceğini düşünen birçok kişinin farklı sebepleri var. Birincisi ilaç şirketleri tarafından yaygın televizyon ve reklam vermek yoluyla, psikolojik sorunlarda ilaç tedavisine yönelik artan toplum kabulüdür. Diğeri, klinik psikologların bazı ilaçlar alan bireylerle yaygın şekilde uğraşması gerektiğidir. Sonuç olarak, bu psikologların (çoğu değil) bazen danışanlarını yönlendirdikleri doktorların genelde yazdıkları ilaçların etkileri hakkında bilgileri vardır. Reçete ayrıcalıkları yine de anlamlıdır çünkü psikologlar danışanlarını düzenli olarak görürler. Bu nedenle ilacın etkisini takip etmede sıklıkla daha iyi bir noktadırlar. Reçete ayrıcalıklarıyla ilgili başka iddialar da bulunmaktadır. Avantaj ve dezavantajlarını 15. Bölümde tartışacağız.

Bu Kısmın Özeti: Klinik psikoloji bilim ve uygulamayı bir araya getirir, fakat bu ikisi arasında uygun bir denge bulmak bir tartışma konusudur. Bu konu, gelişen klinik psikolojide kanıt temelli uygulamalara olan ihtiyacı yoğunlaştırmıştır.

Bu ihtiyaç hem meslekteki kişilerden hem de klinik uygulamaları destekleyen ya da bu uygulamalara ödemeler yapan dışardaki örgütlerden ileri gelmektedir. Meslekteki ve daha geniş düzeyde toplumdaki değişimlerin ışığında, klinik psikologlar PhD ve PsyD derecesi veren eğitim modellerini sınamaya devam etmektedir. Psikoterapi ve değerlendirmede farklı yaklaşımları bütünleştirme yolları hakkında daha dikkatli olmaktadırlar çünkü aslında farklı yaklaşımlar üzerindeki hakimiyet savaşlarının mesleğe bir faydası yoktur. Düzenlenmiş bakım organizasyonlarının klinik uygulama üzerinde etkisi bulunmaktadır ve bu etki gelecekte de devam edecektir. Ruh sağlığı eşitsizliğinde ve klinisyenlere reçete yazma ayrıcalıklarına izin verilmesinde görüldüğü gibi kültürel ve yasal faktörler de alanı etkilemektedir.

BÖLÜM ÖZETİ

Klinik psikoloji, psikolojinin farklı disiplini içinde en geniş alt alandır. Klinik psikoloji, uyumsuzluk ve engeli araştırma, eğitim ve diğer uygulamalarla anlama, öngörme ve azaltmayı içerir. Çalışma ehliyetli bir klinik psikolog olmak için, bazı eğitimsel, yasal ve kişisel yeterliliklere sahip olmak gereklidir. Temel ruh sağlığı mesleklerinden biri olan klinik psikoloji diğer mesleklerden klinik tutuma sahip olmakla farklılaşır. Klinik tutum, genelde değerlendirme yapmada, anlamada ve belirli bireylere yardım etmede insan davranışlarıyla ilgili araştırmaların sonuçlarını kullanma eğilimini ifade eder. Klinisyenler

tüm yaş gruplarına ve kaygı, depresyon, psikozlar ile iş stresi, zihinsel gerilik ve okulda zorluklar gibi geniş bir yelpazedeki davranış problemlerine odaklanarak uğraşırlar. Bu disiplin de görgül araştırma üzerindeki odakları, eğitim ve uygulama çeşitliliği ile ayırt edilir.

Bu çeşitlilik klinisyenlerin zamanını ayırdıkları altı ana fonksiyonda görülebilir. Bunlar; değerlendirme, tedavi, araştırma, eğitim, danışma ve idareciliktir. Ayrıca, ruh sağlığı bakımına ihtiyaç duyan nüfusun artan çeşitliğinde görülebilir. Birçok klinisyen özel muayenede kendilerinin patronu olarak çalışırlar.

Klinik psikoloji, psikolojik sorunları olan insanların halen çoğunlukla tedavi almamasıyla sadece sınırlı olmayan çeşitli güçlüklerle karşı karşıyadır. Bu alanın şekillenmesine yol açan başka faktörler ve diğer konular arasında, bilim ve uygulamanın nasıl bir araya getirilebileceği, yeni psikologların eğitiminin nasıl yürütüleceği, çeşitli kuramsal yaklaşımların nasıl bütünleştirilebileceği ve bugün (ve gelecekteki) sağlık bakım sistemlerinin klinik psikoloji uygulamalarını nasıl etkileyeceği soruları yer almaktadır.

ÇALIŞMA SORULARI

1. Klinik psikolog olmak için genel çalışma ehliyeti ya da sertifikalandırma kriterleri nedir?
2. Klinik psikolojide ilerlemek için eğitim ve akademik derece olanakları nedir?
3. İyi bir klinik psikolog olmak için ne gibi kişisel ve etik kriterlere ihtiyaç vardır?
4. Klinik psikologların danışmanlık psikologları, okul psikologları, psikiyatristler, sosyal çalışmacılar ve diğer ruh sağlığı uzmanlarıyla benzerlik ve farklılıkları nelerdir?
5. Klinik psikologlar popüler medyada ne derece doğru yansıtılmaktadır?
6. Klinik psikologlar işlerinde zamanlarını nasıl düzenlerler?
7. İş ortamının klinisyenlerin iş ortamında harcadıkları zaman üzerindeki etkisi nasıldır?
8. Klinik psikologların ücret aralıkları nedir?
9. Psikoterapistlerin yaptıkları üzerinde etkisi olan bilim ve uygulama dengesindeki değişim hakkında ne gibi farklı görüşler vardır ve lisansüstü programlar nasıl eğitim verir?
10. Psikoterapi ve tedavide eklektik yaklaşım nedir?
11. Farklı kuramsal yaklaşımlar nasıl bütünleşmiş olabilir?
12. Psikolojik tedavide kültürel çeşitlilik yaklaşımları nasıl etkiler?
13. Düzenlenmiş bakım sistemi klinik psikoloji araştırma, eğitim ve uygulamasını nasıl etkiler?
14. Ruh sağlığı eşitliği nedir?
15. Özel eğitim almış klinik psikologlar bazı ilaçların reçetesini yazabilir mi?

WEB SİTELERİ

- Amerikan Psikologlar Birliği (APA): http://www.apa.org
- APA Bölüm 12, Klinik Psikoloji: http://www.apa.org/divisions/ div12/homepage.html
- APA Bölüm 16, Okul Psikolojisi: http://www.apa.org/about/division/div16.html
- Psikolojik Bilimler Birliği (APS): http://www.psychologicalscience.org
- Division 17 of the APA, the Society for Counseling Psychology: http://www.apa.org/about/ division/div17.html
- Amerikan Psikiyatri Birliği: http://www.psych.org
- Ulusal Sosyal Çalışmacılar Derneği: http://www.socialworkers.org
- Amerikan Psikiyatrik Hemşireler Derneği: http://www.apna.org

BÖLÜM 2

Çeviren:
Doç. Dr. Emre Şenol-Durak

Klinik Psikolojinin Geçmişi ve Bugünü

Bölüme Bakış: Bu bölümde, bir meslek olarak klinik psikolojiyi doğuran olayları açıklıyoruz. Yirminci yüzyılın ilk yarısı boyunca alandaki yavaş ama istikrarlı gelişimini ve bunu takip eden klinik psikolojideki önemli yaklaşımları ortaya çıkaran çarpıcı büyümeyi tanımlıyoruz. Eğer psikodinamik, hümanistik, davranışçı, bilişsel, sistematik ve biyolojik yaklaşımlar hakkında zaten bilgi sahibiyseniz bazı bölümler size tanıdık gelebilir; ama bu klinik psikoloji yaklaşımlarının ortaya çıkış öyküsünü anlatabilmek için soyut kuramın ötesinde bu yaklaşımların nasıl hayat bulduğunu tanımlayacağız ve bu farklı yaklaşımların bireysel bir vakada nasıl uygulanabileceğini özetleyeceğiz (sonraki bölümlerde, bu yaklaşımları benimseyen klinisyenler tarafından kullanılan özel değerlendirme ve tedavi şekillerini de ayrıntılı olarak ele alacağız). Klinik psikoloji tarihinde hüküm süren ve bugün hala alanı etkilemeye devam eden belli temaları açıklayarak bitireceğiz.

Amerika Birleşik Devletleri'nde II. Dünya Savaşı'ndan sonra doğmuş olan herhangi biri klinik psikolojinin zaten sürekli var olduğunu kabul edebilir. Ancak, klinik psikoloji yirminci yüzyılın başlarına kadar bir disiplin olarak boy göstermedi ve II. Dünya Savaşı bitene kadar da hızlı gelişimine başlamadı. Başlangıcından şimdiye kadar klinik psikoloji alanı önemli ölçüde değişmiştir (Benjamin, 2005; Resnick, 1997; Routh, 1994; Taylor, 2000). Psikologlar için klinik psikolog olmak genellikle bir mücadele işi olmuştur.

KLİNİK PSİKOLOJİNİN KÖKENLERİ

Kısım İçeriği: Üç grup sosyal ve tarihsel faktör klinik psikolojiyi başta şekillendirdi ve hala da etkilemeye devam etmektedir. Bu faktörler şunları içermektedir: a) bilimsel araştırma yönteminin kullanımı - görgül gelenek b) bireysel farklılıkların ölçümü - psikometrik gelenek c) davranış bozukluklarının sınıflandırılması ve tedavisi - klinik gelenek.

Klinik psikolojinin kökenleri, psikolojinin bilim olarak isimlendirilmesinden de önce, felsefe, tıp ve birçok bilim dalındaki gelişmelere kadar uzanmaktadır. Bu kökenlerin birçoğu özellikle önemlidir; çünkü onlar, sadece bir embriyo gibi küçük olsa bile klinik psikoloji alanını yaratmış ve bir bütün haline getirmiştir.

Görgül Gelenek

Tarihçiler genelde modern psikolojinin başlangıcını 1879 olarak işaret ederler, bu yıl Wilhelm Wundt'un zihinsel süreçlerle ilgili çalışmalara ayırdığı o ilk laboratuvarı Leipzig Almanya'da kurduğu yıldır. Wundt psikolojide – tıpkı biyoloji, fizik ve diğer bilimlerdeki gibi- görgül (ampirik) araştırma yöntemlerinin uygulanması yoluyla bilginin aranması gerektiğine emindi. O ve ondan sonra gelen diğerleri insan davranışlarını incelemek için bilimde en güçlü iki araç belirlediler. Bunlar gözlem ve deneydir.

Wundt'un laboratuvarının kurulması bu yeni disiplin için sadece bir başlangıç noktası değildi. Fizyoloji ve tıptaki diğer uzmanlar da doğadaki aslında psikolojik olan problemler üzerine çalışmaktaydı. Örneğin, Johannes Müller ve öğrencisi Herman Helmholtz görme ve duymada nöral yolları belirledi ve keşfetti, bu buluş fiziksel enerjinin nasıl bilişsel deneyimler haline geldiği sorusuna işaret etmiştir. Ernst Weber ve Gustav Fechner uyaranlar (örn. ağırlık ve parlaklık) değiştiğinde, insanların algısal yaşamlarının da matematiksel olarak tahmin edilebilir yollarla değiştiğini göstermiştir ki bu da zihinle bedenin birbirine temelden bağlı olduğu fikri anlamını taşımaktadır (Hunt, 1993). Halâ, Wundt psikolojinin kurucusu olarak kabul edilmektedir; çünkü onun laboratuvarının gelişi açıkça psikolojinin bir bilim olmasını ilan etmiştir ve Amerika ve Avrupa üniversitelerine psikoloji programları kurmaya giden bir sürü öğrenciyi o eğitmiştir.

Wundt'un Amerikalı öğrencilerinden biri Lightner Witmer'dı. 1888'de Pennsylvania Üniversitesi'nden lisansüstü mezuniyetinin ardından, Witmer, Leipzig Üniversitesi'nde Wundt ile psikoloji doktorası sırasında çalıştı. 1892'de doktorasını tamamladıktan sonra, Witmer, Pennsylvania Üniversitesi Psikoloji Laboratuvarının yöneticisi olarak görevlendirildi. Mart 1896'da bir bölge okulu öğretmeni olan Margaret Maguire, Witmer'den, "kronik olarak kötü heceleyen biri" olarak görülen öğrencisi Charles Girman'a yardım etmesini istedi. Okul öğretmeninin Witmer'a "bu vakayı al" demesiyle ilk klinik psikolog oldu ve açtığı kuruluş aynı zamanda dünyanın ilk psikoloji kliniği olan bir kurum haline geldi (Benjamin, 2005; Routh, 1994).

Witmer'in yaklaşımı Charles'ın problemini değerlendirmek ve ardından iyileştirici yöntemleri ayarlamak ve düzenlemek oldu. Witmer'in değerlendirmeleri Charles'ta görme bozukluğunun yanı sıra okuma ve hafıza problemlerinin de olduğunu gösterdi ki Witmer bunu "görsel sözel amnezi" olarak adlandırmaktaydı. Günümüzde, bu zorluklar muhtemelen bir okuma bozukluğu tanısı alacaktır.

Witmer, kelimeleri önce hecelemeden tanıyabilmesine yardım etmek için çocuğa yoğun bir özel ders verilmesini tavsiye etti. Bu yöntem başarılı bir şekilde Charles'ı normal şekilde okuyabilecek noktaya getirdi (McReynolds, 1987).

1900'de daha sonra sayıları 11 üyeye ulaşan klinik personeli tarafından günde 3 çocuğa hizmet verildi. 1907'de Witmer engelli çocukların eğitimi için bir yatılı okul kurdu. Aynı yıl, ilk klinik dergi olan *The Psychological Clinic*'i kurdu ve editörü oldu. Kısaca "Klinik Psikoloji" başlığını koyduğu başmakaleyi yazdı. 1909'da Witmer' in tesislerinde 450'nin üstünde vaka görüldü. Witmer' in etkisiyle, Pennsylvania Üniversitesi 1904- 1905 akademik yılı boyunca resmi olarak klinik psikoloji dersleri vermeye başladı. Klinik psikoloji kendi yolunda ilerliyordu.

Bununla birlikte, bu yeni çabanın ilk kabulü iyimser değildi. Amerikan Psikoloji Derneği, 4 yaşındayken, 1896 toplantısında Witmer psikolojinin bu yeni alanını tanıtan bir konuşma yaptı.



Lightner Witmer (1867–1956) (George Eastman House izni ile yayınlanmıştır)

Onun arkadaşı Joseph Collins bu sahneyi şöyle anlattı:

> [Witmer şöyle söyledi] "Klinik psikoloji, post-analitik genellemeler yoluyla birçok insanın değerlendirilmesi, zihinsel yetenekleri ve kusurlarının analitik bir yöntemle ayırt edilmesi, gözlenen davranışlara ilişkin bir sınıflandırma yapılmasından ileri gelmektedir. O psikolojik kliniğin sosyal ve kamu hizmeti, orijinal araştırma ve iş, eğitim, iyileştirme, hijyen, endüstri ve sosyal danışmanlık içeren psikolojik gelişim sorunları olan öğrencileri eğitmek için bir kurum olduğu iddiasını da ortaya koymuştur." Onun bu konuşmaya izleyicilerden aldığı tek tepki eski üyelerinin bir kısmının kaşını hafifçe yükseltmesi olmuştur (Quoted in Brotemarkle, 1947,s. 65).

Bu başarısız resepsiyon, o zamanlar yaygın olan dört gerçek temelinde anlaşılabilirdi. Birincisi, kendilerini bilim insanı olarak gören çoğu psikolog Witmer tarafından onlara uygun görülen bu rolü kabul etmedi. İlk klinisyenler laboratuvarlarda bilim insanları olarak eğitilmişti, bu yüzden bilimsel olarak klinik sorunları düşünmek ve onlarla ilgili laboratuvardaki araştırma yöntemlerini kullanmak eğilimindeydiler. İkincisi, onun önerileri takdir edilebilir ve kabul edilebilir olsaydı bile, önerdiği işlevleri gerçekleştirmek için eğitim ya da deneyime hazır olan çok az psikolog vardı. Üçüncüsü, mesleğin ilk yıllarında yeterince zayıf olan ve mesleklerin içine dahil edilen oldukça erken uygulamalar yoluyla bilim insanı kimliğini tehlikeye düşürecek aktiviteleri yapmak istemediler. Dördüncüsü, herhangi bir yaygın şüpheci ve muhafazakar tutumu kenara bırakarak, Witmer meslektaşlarına karşı koyma becerisi açısından talihsiz bir yetenek sahibiydi (Reisman, 1976, s. 46). Witmer'ın konuşmasına verilen tepkiler, bilim ve uygulanan bir meslek olarak psikolojinin, bugüne kadar gelen çatışmaları hakkında ilk ipuçlarını vermektedir.

Witmer'ın yaptığı her şey aynı derecede etkili olmamasına rağmen, yeni kliniğinin çeşitli yönleri, bir süre sonra klinik çalışmaları şekillendirmiştir.

1. Witmer çocuk psikolojisi üzerine bir ders verdiği için, danışanlarının çoğu çocuktur ve ilk yayınlarını *Pediatrics* dergisinde yayınlamıştır ve öğrencileriyle ilgili endişeleri bulunan öğretmenlerin dikkatini çekmiştir .
2. Tanısal değerlendirilme danışanlarına yardım etmek için getirdiği önerilerine öncelik etmiştir.
3. Yalnız çalışmayı değil, farklı uzmanlıklardan gelen kişilerin danışmanlık ve işbirliği içerisinde olduğu takım çalışması yaklaşımını benimsemiştir.
4. Erken tanı ve tedavi yoluyla gelecekteki sorunların önlenebileceğini vurgulamıştır.
5. Klinik psikolojinin bir bütün olarak bilimsel psikolojiyi keşfetmesini sağlayan ilkeler üzerine inşa edilmesi gerektiğini vurgulamıştır.

Özellikle bu sonuncusu, klinik uygulamanın sağlam bilimsel kanıtlar üzerine inşa edilmesi gerektiği ilkesi, klinik psikolojide ondan sonra gelenler için de bir çekirdek olarak kalmıştır. Witmer, Almanya'da Wundt tarafından erken ifade edilmiş görgül gelenekten gelmektedir. Bu gelenek, o zamandan beri Avrupa ve Kuzey Amerika'da sayısız psikolog tarafından savunulan bir gelenek olmuştur. En iyi bilimsel kanıtın nelerden oluştuğu konusunda (Bu konuyu ilerdeki bir bölümde tartışacağız) sıcak tartışmaların devam etmesine rağmen, hiçbir sorumlu klinisyen klinik psikoloji uygulamalarının araştırma temeline dayanmasını inkâr etmez. Witmer'in galibiyetinin ardından, diğer görgül araştırma eğitimli psikologlar da laboratuvar dışında problemlere bilgilerini uygulayarak ilerlemeye

başladı. Buna karşın başlangıçta, ilk klinik psikologlar Witmer gibi laboratuvar çalışmalarına sıkı sıkıya bağlı kaldılar. Böylece, klinik psikolojinin erken tarihi, psikoloji tarihindekine benzer şekilde, ağırlıklı olarak deneysel psikoloji içeriklidir (Boring, 1950) (bknz., Tablo 2.1).

Witmer klinik psikolojiyi başlattı fakat devam etmesi için çok az şey yaptı. Alandaki etkisini kaybetti çünkü alanın gelişimini inkâr etmiştir ki gelecekte asıl merkezde bu boyut vardır.

TABLO 1.2

Klinik Psikolojideki Görgül Araştırma Eğiliminin İşaretleri

Tarihler	Anahtar Kişiler	Katkıları
1800'ler ortası	Müller, Helmholtz, Weber, Fechner	Duyusal ayrımlar ve algı üzerine çalıştı; sinir uçlarını keşfetti ve değerlendirdi; zihinsel süreçleri fiziksel süreçler yoluyla açıkladı.
1879	Wundt	Zihinsel süreçleri özellikle inceleyen ilk laboratuvarı kurdu Avrupa ve Birleşik Devletlerde psikoloji bölümlerini kuran çok sayıda öğrenciyi eğitti.
1896–1900	Witmer	Wundt'un öğrencisidir; psikoloji kliniğini ilk kuran kişidir Klinik psikoloji ile ilgili ilk dergiyi kuran kişidir. Birleşik Devletlerde klinik psikolojiyi kurmuştur.

Örneğin, Witmer psikolojik testleri kullandı fakat yeni zeka testlerinin gelişimini fazlasıyla inkâr etti. Bu kararı pahalıya mâl oldu çünkü 20. yüzyılın ilk yarısı boyunca zekâ testleri diğer aktivitelerden daha fazla şekilde uygulamalı psikolojide belirleyici oldu (Benjamin, 2005). Witmer psikoterapiler olarak adlandırılan yetişkin psikoterapisinin ilk formlarını da inkâr etti, ki bu boyut toplum gözünde psikolojiyi görünür kılan ve alanı şekillendiren ve yöneten boyut oldu. Witmer tabii ki aktif kalmaya devam etti ve klinik psikolojiden çok gördüğü danışanları okul psikolojisi, işle ilgili danışmanlık, konuşma terapisi ve iyileştirici eğitim gibi konularla ilgiliydi. (Fagan, 1996).

Alanın hızını ve alandaki gelişmeleri takip edememesi Witmer'in gerçekten de klinik psikolojinin öncüsü olup olamayacağı ile ilgili soru işaretlerini sürdürmektedir (Taylor, 2000). Örneğin, Raymond Cattell (1948) "kronik olarak kötü heceleyen bir vaka için okul öğretmeni tarafından davet edilen birinin" klinik psikolojinin başlangıcı olarak nitelendirilip nitelendirilmeyeceğini gözden geçirmemiz gerektiğini söyler (s. 3). Fakat hatırlamalıyız ki, bu noktaya kadar, psikoloji insanlarla sadece davranışı genel bir perspektifle incelemek yoluyla ilgileniyordu, onlarla bireyler olduklarını gözeterek ilgilenmiyordu. Witmer'in kararı pek

alışıldık değildir, onun durumu ayın yörüngesini değiştirmek için "en iyi" yolunu belirleyen modern bir astronotun girişimi olarak ifade edilebilir. Onun inancına göre psikoloji "insanlıkla yüzleşen problemlerde ışığı yakmaktır" (Witmer, 1897, s. 116). Görgül araştırmaya bağlılığı, psikoloji kliniğinde geliştirdikleri ve klinik psikolojinin güçlü bilimsel eğitimle elde edilebileceğine ilişkin ısrarı alanın o gün ve ondan sonrasında da tanımlanmasına yardım etmiştir. Özetle, Witmer'in katkısı anlamlıdır fakat bu katkı klinik psikolojinin ondan sonraki deneyimlerine hizmet eder şekilde gelişime açık bir şekilde ve çeşitli değildi. O nedenle, başka kaynaklara bakmamız gerek.

Psikometrik Gelenek

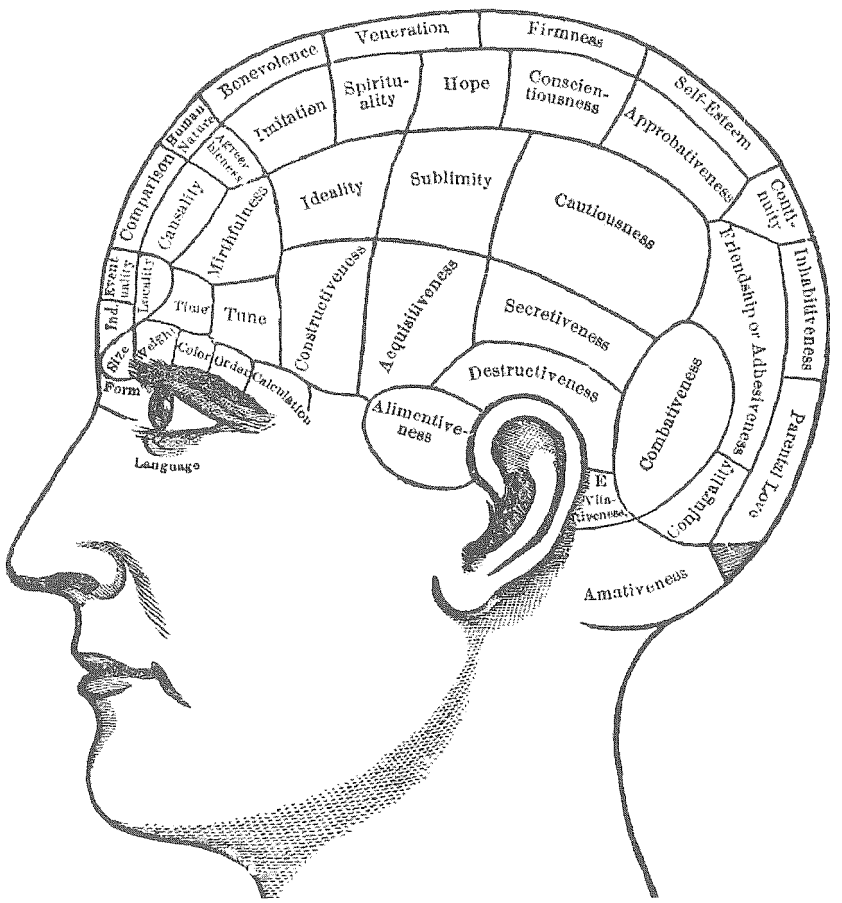
Klinik psikolojiyi geliştiren ikinci kaynak insanların fiziksel ve zihinsel yeteneklerini değerlendirme uygulamalarıdır. Klinik psikoloji insanla uğraştığı için, insanlar arası farklılıklar belirlenmeden ve sistematik olarak değerlendirilmeden önce bir disiplin olarak görülmüyordu.

İnsanlardaki bireysel farklılıkların değerlendirilmesinin önemi yüzyıllar önce fark edilmişti. *Cumhuriyet* eserinde, Eflatun asker adaylarının orduya katılmadan önce askeri becerilerinin değerlendirilmesi gerektiğini belirtti. M.Ö. 6. yüzyılda, Pythagoras kendi birliğine de yüz özelliklerini, zekasını ve duygusallığını temel alarak üye seçti. 4,000 yıl önce, Çin'deki devlet memur adayları işe yerleştirmeden önce bireysel yetenek testleri aldı (DuBois,1970; McReynolds, 1975).

Sürpriz bir biçimde, bireysel farklılıkların bilimsel olarak ölçülmesine ilişkin en erken gelişim astronomi ve anatomi alanlarından gelmiştir. Astronominin hikâyesi 1796'da başladı, Nevil Maskelyne Greenwich (İngiltere) Kraliyet Gözlemevi'nden astronottu. Gökyüzünde bazı noktalarda kesişen gezegenler ve yıldızları kaydediyordu. Asistanı David Kinnebrook, aynı kaydı yaptı fakat Kinnebrook'un kayıtları patronunun kayıtlarından bir saniyede 10'da 5 ila 8 arası fark verecek şekilde tutarlıydı. Maskelyne onun kayıtlarının doğru olduğunu ve Kinnebrook'un hata yaptığına inanıyordu. Sonuçta, Kinnebrook işini kaybetti.

Bu olay Konisberg Üniversitesi gözlemevi (Almanya) astronotu F. W. Bessel'in ilgisini çekti. Bessel Kinnebrook'un "hatasının" farklı gözlemciler arasında karakteristik farklılıkları yansıtabileceğini düşündü. İlerleyen yıllarda da kendi gözlemleri ve deneyimli astronotlar arası gözlemleri karşılaştırdı. Bessel bu farklılıkların düzenli olduğunu buldu. Farklılıkların boyutları kimin notları ile karşılaştırma yaptığına bağlı olarak değişiyordu. Her gözlemcideki farklılığın "kişisel eşitlik" olarak bilinen farklılıkla ilgili olduğu bilinmeye başlandı çünkü bu farklılıklar kişisel karakteristik özelliklerin düzeltilmesi için hesaplamalar yapmaya izin veren farklılıklardı. Bessel'in çalışması reaksiyon zamanında hız ve bireysel farklılıklarla ilgili psikologların daha sonraki çalışmalarına yol açtı.

Bireysel farklılıklarla ilgilenen ikinci kaynak 19. yüzyıl başlarında Alman anatomi uzmanı Franz Gall ve öğrencisi Johann Spurzheim'dan gelmektedir. Gall okul arkadaşlarının zihinsel özellikleri ve kafa yapıları arasında ilişki olduğunu düşünüyordu. Gall'ın öncü olduğu bu alan daha sonra *kafatası bilimi (phrenology)* olarak benimsenmiş (bkz Şekil 2.1) ve varsayımlara dayalı iddia edilen bir bilim olarak şu kuralları varsaymıştır:



ŞEKİL 2.1 Kafatası Bilimi, Psikolojik Değerlendirmenin Erken Formu, Kişiliğin Değerlendirilmesinde Darbeler ya da Kafatasındaki Farklıları Okuma

(1) beynin her bir alanı farklı görev ve işlevlerle ilgilidir (örn., benlik saygısı, dil ya da kin); (2) her bir alan daha iyi geliştikçe, davranışlarda daha güçlü bir şekilde görev ve işlev yürütür (3) her bir işlevdeki az ya da çok gelişmiş örüntüler kafatasındaki girinti ve çıkıntılara yansıtılır. Gall Avrupa boyunca insanların kafalarındaki darbeleri ölçmek için seyahat etmiştir. Önce davranış özelliklerini

ayırt etmesi mümkün mahkumlar ve zihinsel engelli hastalardan başlamıştır (Yankesicilerde "paragöz" darbelerin daha fazla olduğunu düşündü). Daha sonra, Spurzheim'in etkisi altında, beynin 37 "gücü" ya da "organı" çizildi ve toplumun daha saygın kesimleri için frenolojik ölçümler yapıldı. Birçok kişi, aslında kafa ölçümü almak için para ödedi ve bu ölçüm sonrası iddia edilen zihinsel makyajı tanımlayan bir profil elde ettiler.

Beyin davranışı kontrol etmede önemli bir rol oynar, ancak bazı alanlar bir tür görme, hareket ve dil gibi belirli işlevler ile ilişkili olmasına rağmen, Gall'in özel iddialarının kabul edildiği zamanlardaki bilim insanları tarafından bile olağanüstü yanlış olarak değerlendirildi. Zihinsel ya da davranışsal özellikleri insanların fiziksel özellikleri ile ilişkilendirmek için diğer çaba ise 19. yüzyıl sonlarında Cesare Lombroso tarafındandır. İtalyan bir psikiyatrist olan Lombroso kuramında yüz ifadesi ve kişilik arasındaki ilişkiyi incelemiştir (Pettijohn, 1991).

Bireysel farklılıklarla ilgili bir üçüncü kaynak, Charles Darwin'in önemli çalışması *Türlerin Kökeni* (1859) idi . Bu kitapta, Darwin iki önemli fikir ileri sürdü. Bunlar: (1) bireysel özellikler arası çeşitlilik türler ve türler arasında (insan da dahil) görülebilir ve (2) doğal seleksiyon bu özelliklerin temelinin bir kısmında yer alır. Darwin'in kuzeni, Sir Francis Galton, bu fikirlerden çok etkilenmiştir ve Darwin'in kavramlarını özellikle zihinsel yetenekler gibi bireysel farklılıkların kalıtımında kullanmıştır.

Örneğin, Galton (1883) ağırlıkları farklı nesneler arasında ve ısı, soğuk ve sızısı değişen yoğunluklar arası ince ayrımlar yapabilmeyi temel alarak bireylerdeki yüksek ve düşük zekâyı ayrıştırmaya çalıştı. Zihinsel görüntülerinin canlılığında bireysel farklılıkları ölçmek için çalıştı, bu amaçla anket geliştirdi. Galton'un ilgileri ilişkili süreçleri de ele alarak genişledi, böylece kelime-ilişkilendirme testi geliştirerek bu kavramı keşfetmeye çalıştı. Sonunda, Galton, küçük bir ücret karşılığında, herkesin bu test bataryalarını alabileceği ve sonuçların bir çıktısını alabileceği küçük bir laboratuvar kurdu. Bu tesis, dünyanın ilk zihinsel test merkezi, 1884'te Uluslararası Sağlık Sergisi'nde (İlk Dünya Sergisi) yer aldı. Galton'un çalışması psikolojinin resmi olarak kabulünden yaklaşık 20 yıl önce başlamıştı fakat 1880 sonlarında psikologlar zihinsel işlevlerde bireysel farklılıkları değerlendirmekle ilgileniyorlardı. Klinik değerlendirmede sonuçta kullanılan yöntemler fiziksel boyutları ölçmek değil, büyük insan gruplarının davranış örneklerinde uyaranlara standart tepkileri sistematik olarak almaktan ileri gelmekteydi. Bu davranış örnekleme işlemi zihinsel testler olarak adlandırılacaktı.

Zihinsel test hareketinin en önemli isimlerinden biri de bir Fransız avukat Alfred Binet'dir. Kendisi bilim adamı ve Wilhem Wundt'un eski öğrencisidir. Henri Beaunis ile birlikte, Binet 1895 yılında ilk Fransız psikoloji laboratuvarını kurdu. Binet zihinsel ölçümle özellikle ilgilendi ve normal ve "kusurlu" çocuklarda karmaşık zihinsel yeteneği ölçen araçlar geliştirmeye başladı.

Bu testlere ilgisi ve tanınmışlığı engelli çocuklar (1838 sonunda bir tanı grubu olarak ayırt edildiler) fark edilebilir ve özel eğitim verilirse onlara yardım edilebilir fikrinden kaynaklıdır. 1896'da, Binet ve meslektaşı Victor Henri mekân yargısı, motor becerileri, kas çabası ve bellek ile birlikte anlama, dikkat, öngörme, estetik değerlendirme ve ahlâki değerler gibi "basit parçalı süreçleri," ölçen bir test bataryası tanımladı.

Binet'in yeni zekâ testi, Binet-Simon ölçeği olarak ABD'de tanıtıldı. Binet'nin önceki testlerindeki gibi, bu ölçek Witmer'in endişelendiği gibi sabit zihinsel yapıları değil karmaşık zihinsel süreçleri değerlendirmek üzere geliştirilmişti. Binet'nin uyarısına rağmen, bu ölçek zekâyı bütünsel bir objektivite ile ölçmeyi sağlamıyordu. Binet-Simon Testi geniş ilgi gördü. Henry H. Goddard, Vineland (New Jersey) Eğitim Okulu'nda Avrupa'da 1908 yılında bulunduğunda bu testi duydu ve 2 yıl önce kurduğu klinikteki "zekâ geriliği olan" çocukların zekâsını değerlendirmek için Binet-Simon Testi'ni kullandı. Goddard'ın Binet-Simon ölçeğinin çevirisindeki popülerlik ve Lewis Terman'ın 1916'da bu ölçeği tekrar gözden geçirmesi (Stanford-Binet olarak bilinir) ABD'de hızla ilerledi, öyle ki Witmer tarafından da kullanılan zekâyı değerlendiren tüm testleri gölgeledi. Binet ölçeği 1910'a kadar dağınık durumda olan klinik psikolojinin değerlendirme işlevi için bir odak sağlamıştı. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yeni üniversitelerin psikoloji kliniklerde (1914'te 20 den fazladır) ve engelliler için olan kurumlarda Witmer "eski moda" yöntemlerin önemi azalmış, Binet yaklaşımını benimsenmeye başlanmıştı.

Yeni bir bilim alanı olarak psikoloji ile bireysel zihinsel ölçümün birleştirilmesinde hakkı teslim edilen kişi ise James McKeen Cattell'di. Amerikalıydı ve Wundt'un laboratuvarında 1886 yılında doktorasını almıştı. Cattell insanların seçilmesi ve tanı koyulmasında testlerinin pratik olarak kullanımlarına olanak sağlayan ilk psikologlardan biridir. Cattell'in Wundt'un laboratuvarındaki deneyiminin "bir deney ve ölçüm, bir zemine dayanmadığı sürece psikoloji fiziksel bilimlerdeki gibi kesinlik ve doğruluk elde edemez" fikrini benimsemesini sağladığı belirtilir (Dennis,1948,s. 347). Sonuç olarak, ilk görevlerinden biri bireysel farklılıklarla ilgilenen araştırmacılar tarafından kullanılmak üzere standart zihinsel test bataryası geliştirmek oldu. Zihinsel kapasitenin bir göstergesi olan duyusal motor işlevleri belirlemek üzere en yaygın olarak kullanılan 10 testi seçti ve insanların performanslarını farklı koşullar altında test etti. Ayrıca, insanların hayalleri, hastalıkları, tercihleri, eğlence aktiviteleri ve gelecekteki planları hakkında daha sistemli bilgi toplandı (Shaffer ve Lazarus,1952).

Duyusal motor zihinsel testler Wisconsin, Clark ve Yale gibi üniversitelerde uyarlandı fakat diğer zihinsel yeteneği değerlendiren ölçeklerle ilişkisi zayıf olduğu için çok eleştirildi (Reisman, 1976). Bu zamana kadar, ancak, test için alternatif bir yaklaşım birkaç kişide görünmeye başladı. 1891'de, Hugo Munster-

berg, Freiburg (Almanya) Üniversitesi'nde psikologdu. Daha sonra da Harvard'a gelip çocukların zihinsel yeteneklerini değerlendiren 14 testi yapılandırdı. Bu testler, okumak, nesneleri sınıflandırmak ve matematiksel işlemleri yapabilmek gibi daha karmaşık fonksiyonları ölçmek için Galton-Cattell görevlerinin ötesinde performans veriyordu.

Böylece, 1896'da, psikoloji zihinsel işleyişinde bireysel farklılıkları ölçmekle ilgilendi ve bu görevi iki örtüşen yaklaşım üstlendi: (1) kalıtsal, kısmen sabit zihinsel yapıları belirlemek üzere Galton-Cattell duyusal motor testleri ve (2) bir dereceye kadar öğretilebilir karmaşık zihinsel fonksiyonları vurgulayan Binet ve diğerlerinin testleri. Her iki yaklaşım da klinik psikolojinin gelişimi için önemlidir. İlki Witmer'den etkilendiği için ilk psikoloji kliniklerinin görünümünü geliştirmeye yardım etti. İkincisi zihinsel test sağladığı için klinik psikolojinin ilk açık kimliğine katkı yaptı.

TABLO 2.2

Klinik Psikolojideki Görgül Araştırma Eğiliminin İşaretleri

Tarihler	Anahtar Kişiler	Katkıları
1700–1880'ler sonrası	Bessell, Gall, Galton	Bireysel farklılıkları gözlemle kaydetti; Kişilik ve zihinsel işlevlerde fiziksel ve fizyolojik reaksiyonları değerlendirdi
1896	Binet	Çocuklarda zihinsel süreçleri değerlendiren bir test bataryası geliştirdi Geniş kitlelere uygulayarak normlar elde etti
1890'lar–1900'lı yıllar sonrası	Goddard, Terman, Cattell	Binet-test tarzının ABD'de popülerliği arttırdı; ABD'de değerlendirmeyle ilgili ilk laboratuvarı kurdu

Testler ve değerlendirme ruh sağlığı hastanelerinde çalışan psikologlar tarafından da yürütülmüştür. 1890'lı yıllarda, psikologlar rahatsız ve normal bireylerin zihinsel yeteneklerini karşılaştırmak için araştırmalar yaptı. Klinisyenler beyin hasarı ve diğer sorunları olan hastalar için tedavi teşhis ve planlamak üzere psikiyatristlere yardım etmeye başladı. Aslında, 1907 sonrasında, bazı hastanelerde ruhsal problemleri olan hastalarının psikolojik muayenesi rutin oldu. Benzer değerlendirmeler rahatsız hükümlüler veya rehabilitasyon programları yaparken cezaevi personeline yardımcı oldu. Ruh hastalıkları hastanelerinde çalışan psikologların mevcut kullandığı testler öncelikle zihinsel yetenek testleri ve zekâ testleriydi. Kişilik ve psikopatolojiyi değerlendiren psikolojik testlerin geliştirilmesi ve yaygınlaşması uzun yıllar alacaktır (Benjamin, 2005) (bknz., Tablo 2.2).

Akıl hastanelerinde klinik psikologların çalışmasının iki önemli etkisi oldu. İlki, psikolojik sorunları olan kişilerin değerlendirmesine katkıda olduğu gibi psi-

kologların etki alanını genişletmiştir. Bu etki psikolojik testler daha çok geliştirilip uygulandıkça daha çok arttı. İkincisi, psikologlar ve psikiyatristler arasındaki etkileşimi teşvik etti. Tıbbi uzmanlık uygulayıcıları olarak, psikiyatristler yıllardır ruhsal hastalık formları, özellikle ciddi ruhsal hastalıkları sınıflandırmak ve tedavisi için çalışıyordu. Ortak ilgileri olan anormal zihinsel durumları sınıflama, değerlendirme ve tedavide psikiyatristler ve psikologlar birbirini değişik şekillerde etkiledi. Fikirlerin bu karşılıklı çakışması da üçüncü bir geleneğin -klinik psikoloji - klinik geleneğinin- doğmasına katkıda bulundu.

Klinik Geleneği

Kayıtlı tarihin başlangıcından itibaren, insanların tuhaf ya da görünüşte mantıksız davranışlarını açıklamak için çalıştık. Bozuk davranışlarla ilgili ilk açıklamalar büyülü güçler ve doğaüstü bileşenler içeriyordu.

"Deli" gibi hareket eden kişilerin şeytanlar veya ruhlar tarafından sahip olunduğu söyleniyor ve tedavide şeytan çıkarmanın çeşitli formları uygulanıyordu (kötü ruhlara bir çıkış sağlamak için kafatasında küçük delikler açmakla uygulanan *Trepanasyon* dahil). Yunanistan'da, Hipokrat'tan önce, bu fikirler değişik bir şekilde görüldü: davranış bozukluğu tanrıların bir veya daha fazla etkisine atfedilmişti. Hatta erken tek tanrılı kültürlerde, Tanrı davranış sorunlarının olası bir kaynağı olarak görüldü. Eski Ahit'te, örneğin, "Rab delilik, körlük ve kalp şaşkınlığı ile sana çarpmak zorundadır" yazdığı belirtilir (Deuteronomy 28:28). Davranış bozukluklarında doğaüstü yaklaşımların yaygın olduğu yerlerde, felsefi ve dini açıklamalar baskındır (Bu açıklamalar Batı kültürlerinde bugün belirgin olmasa da, doğaüstü ve özellikle şeytani-açıklamalar dünyadaki diğer kültürleri ve Kuzey Amerika'daki bazı etnik ve dini alt kültürleri etkisi altında bırakır).

Davranış bozukluklarının doğaüstü açıklamaları, dördüncü yüzyıla kadar son derece etkili olmuştur. M.Ö. 4. yüzyılda Yunan hekim Hipokrat bu bozuklukların doğal nedenlerden kaynaklanıyor olduğunu belirtti. Hipokrat davranış bozukluklarının, diğer davranışlar gibi, vücuttaki dört vücut sıvısının dağılımının bir işlevi olduğunu savundu: Kan, kara safra, sarı safra ve balgam. Bu kuramı, genellikle bozuk davranışların ilk tıbbi modeli olarak kabul edildi, *ruhsal hastalık* kavramı için ilk yolu açtı ve bu hastalıkların tedavisinde tıp mesleğinin katılımını meşrulaştırdı. Hipokrat'tan M.S. 476 yılında Roma'nın çöküşüne kadar, hekimler davranış bozukluğu modelinde, fiziksel ya da tıbbi yaklaşımı desteklediler.

Buna karşın Orta Çağ'da tıbbi model terk edildi. Kilise Avrupa'daki birincil sosyal ve yasal bir kurum haline geldi, bozukluklara sahip kişilerin davranışlarında şeytani açıklamalar önem kazandı ve dini personel tekrar bu vakalarda sorumluluğu devraldı. Şimdiye kadar becerikli, birçok hekim rahip oldu. Kilise "deli" olarak nitelendirilen kişilere sahip olduğu sanılan ruhları dua ile defetmeye çalıştı.

Yavaş yavaş, sapkın kişilerin tedavisi, Londra'nın St Mary'nin Bethlehem'i (1547'de kurulmuş ve "bedlam" olarak yerli halk tarafından anılmış hastane) gibi, yeni kurulan hastanelerde ve huzurevlerinde yapılmaya başlandı. Hastane hareketi çok sayıda hayat kurtardı, ama esasen hastaların yaşamına değer vermedi. Birçok 18. yüzyıl bilim insanı, delilerin akıl hastalığından (sahip olunma değil sadece bulundurma) muzdarip olduğunu kabul etse de, tıp mesleğinin şimdi problem olarak nitelendirdiği sorunlarda, sunduğu tedavinin şekli oldukça sınırlıydı. Toplum tarafından korkulan ve yanlış anlaşılan ise –hâlâ bir çoğu aynı fikre inanmaktadır- delilerin iğrenç koşullar altında yaşayan mahkumlardan çok az düzeyde daha iyi bakım aldıklarına inanılmasıdır.

Daha az ilerici doktorlar ruhsal hastalıkların hâlâ karakter kusurlarını yansıttığını görürken ilerici doktorlar, Hipokrat'ın yazdıklarına geri dönerek, beyin hasarı sonucu, kan fazlalığından akıl hastalığının oluşabileceğini düşünmekteydi.

Ruhsal hastalıkta bu değişen kavramlar, Avrupa ve Kuzey Amerika'da 18. yüzyılın ve 19. yüzyılın başlangıcında reformcular liderliğinde (Philippe Pinel, Benjamin Rush, William Tuke ve Dorothea Dix) ele alındı ve bu liderler akıl hastanelerinde daha insani yaşam koşulları ve tedavileri getirecek önlemler aldılar. Fransa'da, Pinel aşağıdaki açıklama ile daha insancıl bir tedavide bu dönemi başlattı: "Bu taze hava ve özgürlüklerinden yoksun olduğu için bu akıl hastasının inatçı olduğu benim inancım"(Ullmann ve Krasner,1975, s. 135).

Amerika'da ve Büyük Britanya'da, şiddetli bozuklukları olan kişilerin tedavisini geliştirmek için yapılan girişimler Fransa'dakiyle paralellik göstermektedir. Amerikan psikiyatrisinin babası olarak nitelendirilen Benjamin Rush (Schneck, 1975), Amerika'da kurumlarda yıllarca kalmış akıl hastalarının tedavisinin değişmesinde aracı oldu. Büyük Britanya'da, William Tuke benzer bir rolü üstlendi. Her ikisi de bir ayaklarıyla geçmişte bir ayaklarıyla gelecekte önderlik eden insanlardı. Rush, örneğin kan alma ve hareketi önlemek için sakinleştirici sandalye yöntemlerini uygulayan kişi oldu. Tuke dönen sandalye ve banyoya batırma yöntemlerini tercih etti. Yine de her ikisi de engellere sınırlamalar getirdi (Pinel'in Fransa'da yaptığı gibi), her ikisi de ruhsal hastalıkların bilimsel olarak çalışılmasını istedi ve rahatsızlıkla mücadele eden bireylerin saygı, nezaket ve tedaviye layık olduğunu savundu.

Böylece ruhsal rahatsızlıkları olan hastalara yardım etmek için onların sadece gizlenmesini sağlamak yerine yeni bir farkındalık başladı ve doktorlar hastalara yardım için sorumluluk üstlendi. 19. yüzyıl sonlarında ruhsal hastalıklarının tedavisinde hekimlerin rolü daha da belirginleşti. Frengi, bir zamanlar delilik biçimi olarak kabul edilmiş olan bir tür bozulan beyin sendromu genel felcin nedeni olarak keşfedildi.

Bu ruhsal bozukluk için organik bir neden bulma tüm davranış bozukluk-

larında organik temel arama eğilimini destekledi. "Çarpık bir molekül olmadan bükülmüş bir düşüncenin" (Abood, 1960) var olamayacağı iddiası fiziksel tedaviler için zihinsel hastalıkların tümünde organik nedenleri yoğun bir şekilde arayan doktorlarda psikiyatrik bir devrim yarattı (Zilboorg ve Henry,1941).

Ruhsal hastalıkları olan mahkumlar hastalığa maruzken bu hastaların özel ruh sağlığı hastanelerinde tedavi edilmesi için gelişmeler yaşanmıştır. Dorothea Lynde Dix, bir yeni İngiliz öğretmeni, bu hastaların gelişiminde önemli bir figür oldu. Düşkünler evleri ile cezaevlerini ziyaret ettikten sonra, ruhsal hastalıkları olanların koşullarını iyileştirmek için bir kampanya başlattı, lobi çalışması yürüttü ve sonunda ruhsal hastalıklar için 30'dan fazla devlet kurumunun oluşmasında kurucu bir rol oynadı (Schneck, 1975). Eski bir hasta, Clifford Beers, sonuçta şu an Ruh Sağlığı Ulusal Birliği olarak bilinen bir organizasyon kurdu. Bu kurumda ruhsal hastalıkların tedavisini iyileştirmek ve psikolojik bozuklukları önlemek için çalıştı.

Çeşitli yeni açılmış ruh hastalıkları hastanelerinin denetmenleri –tipik olarak psikiyatristler- Ruhsal Hastalıklar için Açılmış Kurumların Tıp Denetçileri Birliği Amerikan Enstitüsü'nü oluşturdu. Görüşmelerde, ruhsal hastalıkların nedenlerini ve tedavilerini tartıştılar. 1892'de, bu grup Amerikan Mediko-Psikoloji Birliği olarak bilinmeye başladı ve 1921'de, bugün bilinen ismiyle, Amerikan Psikiyatri Birliği (The American Psychiatric Association) oldu (Schneck, 1975). Psikiyatrideki gelişmeler bu örgütün gelişmesi ile örtüştü.

Bu gelişmeler arasında ruhsal bozuklukları sınıflandırmak için girişimler vardı. Burada öncü bir Alman psikiyatrist Emil Kraepelin, 40 yıllık bir dönemde, psikolojik hastalıkların ilk resmi sınıflandırmalarını yazdı ve revize etti. Kraepelin'in kariyeri de, Amerika Birleşik Devletleri'nde ilk devlet ruhsal hijyen komitesinin oluşumuna katılmakla, 1877 yılında Wundt'un yaz kursuna katılmakla (Wunt'un laboratuvarını açmasından iki yıl önce), cinayet davalarında bilirkişilik yapmasıyla, I. Dünya Savaşı'nda askerleri taramasıyla, şiir yazmasıyla ve Budizm eğitimi almasıyla başladı (Carlson, 1981). Ancak, Kraepelin'in asıl ilgisi, ruhsal hastalıkların çeşitli şekillerde dikkatli bir tanımı ve sınıflandırılması oldu. Kraepelin'in sınıflandırma sistemi artık kullanılmamaktadır ama onun yaklaşımı - gözlemlenebilir belirtiler açısından ruhsal hastalık sınıflandırılması yapmıştır - mevcut sistemdeki, *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM)* hâlâ belirgindir.

İronik bir şekilde, ruhsal hastalıklarla ilgili bu devrim, hastalıkların *psikolojik* nedenlerinin de olabileceği fikrini ortaya koydu. 1800'lü yılların ortasında, Fransız hekim Jean-Martin Charcot hipnozu buldu, bu yöntemde özellikle histeri gibi (bugün konversiyon bozukluğu olarak bilinir) bazı davranış bozukluklarında semptomların hafifleyebildiğini gördü. Charcot derslerini Pinel'in çalıştığı aynı hastanede vermekteydi. Pinel de bu derslere katıldı. Düzenli olarak katılanlardan bazıları da Alfred Binet, William James, Sigmund Freud ve Fransız nörolog Pier-

re Janet'dir. Charcot nörolojik dejenerasyona dayalı histeri açıklamalarını tercih ederken, Janet psikolojik açıklamalarını tercih etti. O kişiliğin bazı bölümlerinin ayrıştığını veya bilinçli kendilikten *ayrıştığına (disosiye olduğuna)* ve felç gibi belirtiler ürettiğine inanıyordu. Ayrışmış yönlerin genelde travmatik anılarla ilgili olduğunu fark etti. Hekimin işinin kendiliğin ayrışmış yönlerini farkına vardırmak olduğu ve farkındalığın da semptomları azalttığını düşündü.

Janet görüşlerini Viyana'lı genç nörolog Sigmund Freud'un görüşleri takip etti. 1896'da kendi kuramının ilk aşamasında, davranış bozuklukların organik sorunların sonucu olarak değil, dış dünyadaki kurallar ve kısıtlamalarla baş ederken dürtüsel (özellikle cinsel) isteklerin tatmin edilmesi sürecinde bu bozuklukların insanın dinamik mücadelesinin bir sonucu olarak gördü. Janet ya da Freud'un çalışmaları arasında uyuşmazlık ortaya çıktı fakat hiç kuşkusuz kuramını geliştirerek bu uyuşmazlıktan galip geldi (Watson, 1978) ve bu nedenle Janet'den daha fazla bilinen bir kişi oldu.

Freud'un kuramı daha az- coşkulu bir yankı uyandırdı. Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde klinik psikoloji üzerindeki etkisi oldukça gösterişsizdi. Bir doktor Freud'un fikirlerinin "bilimsel bir peri masalı" olduğunu söyler (Krafft-Ebing, akt. Reisman, 1976, s. 41). Bununla birlikte, bu fikirler davranış ve davranış bozukluğunun dinamik yapısı kuramında kapsamlı bir şekilde büyüdü ve sonuçta klinik psikoloji de dahil olmak üzere tüm ruh sağlığı mesleklerini yönlendirdi. Dahası, Freud'un fikirlerinin ortaya konduğu ve klinik uygulamalarda baskın olduğu bir süreç şeklinde ilerledi (bknz., Tablo 2.3).

TABLO 2.3

Klinik Psikolojideki Klinik Geleneğin İşaretleri

Tarihler	Anahtar Kişiler	Katkıları
1880–1890	Kraepelin, Charcot, Janet, Hall	Psikolojik rahatsızlıkları sınıflandırdı; hastalarla çalıştı ve tedavi etti. Atipik nörolojik semptomlarla ("disosiyasyon") vaka çalışmaları kullanarak sağlıklı ve sağlıksız çalışan beynin genel ilkelerini belirtti.
1890	James	Görgül ve klinik gelenekle katılan psikolog/hekim psikolojinin Avrupa'daki gelişmelerini Amerikalı izleyicilerle buluşturdu *Psikolojinin İlkeleri (The Principles of Psychology)* adlı bugün de etkileyici bir dille yazılmış olarak görülen kitabı yazdı.
1895–1939	Freud	Kişiliğin ve psikoterapinin ileri psikanalitik görüşü. Çeşitli yazılarıyla 20. yüzyılın ilk yarısında yaklaşımı psikiyatride ve klinik psikolojide baskın oldu.

Bu Kısmın Özeti: Klinik psikolojinin tohumlarının filozoflar ve fizik bilimlerindeki öncüler tarafından yüzyıllar önce atılmış olmasına rağmen, klinik psikolojinin kökleri 1800'lerin ortasına ve sonuna kadar görünmedi. En önemli kökleri arasında özellikle Almanya'da geliştirilen görgül araştırma geleneği, özellikle İngiltere'de geliştirilmiş psikometrik gelenek ve özellikle Fransa'da gelişmiş terapötik / klinik gelenek bulunmaktadır. Bu geleneklerin her biri Amerika Birleşik Devletleri'nde ifade buldu ve yeni bir uzmanlık oluşturmak için ABD potasında bir araya getirildi. Üç gelenek, klinik psikoloji için kararlı bir temel sağlamak üzere bir taburenin üç güçlü bacağı olarak nitelendirilebilir. Bir tanesi olmadan, alan çöker. Üçüyle birlikte, alan genişleyecek ve gelecekteki gelişimleri (ki bu gelişimler olmaktadır) desteklenecektir.

KLİNİK PSİKOLOJİ BÜYÜMEYE BAŞLIYOR

Bu Kısma Bakış: İyi atılmış kökleriyle, klinik psikoloji 20. yüzyılın ilk dört yılında büyümeye başladı. Başlangıçta psikolojik testler ve daha sonra psikoterapi olmak üzere uygulama için fırsatlar genişledi. Psikologlar uygulayıcılarını desteklemek ve alanın kurallarını belirlemek için meslek örgütleri oluşturdu. Klinik psikolojinin hızlanan büyümesinin altında çoğunlukla I. ve II. Dünya Savaşları ve sonrasında toplumsal ihtiyaçların izlenebilmesi rol oynamıştır.

1900'lerin başlangıcında, psikoloji bölümleri birçok ABD ve Avrupa üniversitelerinde kuruldu. Bu bölümler ile bağlantılı kişiler kendi disiplinlerini uygulamaya başladı. 1914'te üniversite kampüslerinde 20 psikoloji kliniği bulunmaktaydı (Watson, 1953a). Birçoğu Witmer kliniğinin benzeriydi, ancak vurgu yavaş yavaş akademik yetersizlikleri olan çocukların değerlendirilmesi ve tedavisinden ergen ve yetişkinlerin tedavisi ve değerlendirmesine kaymıştır.

Psikolojik Testler Genişliyor

Psikolojik değerlendirme görgül çalışmalar yapan ilk psikologların saygısını kazandı çünkü dikkatli değerlendirme ve standart uygulama üzerinde önemle duruyorlardı. Psikoterapi ile karşılaştırıldığında, değerlendirme, psikolojinin daha titiz ve klinik psikolojinin "başlı başına sert" uygulaması olarak kabul edildi. Psikologlar ruh sağlığı hastaneleri, klinikler ve fiziksel ve zihinsel engelliler için özelleşmiş ortamlarda istihdam edildi ve değerlendirmeye katkıları ve hastanedeki diğer çalışma arkadaşları (genellikle psikiyatristler) tarafından kabul edildi. Bu katkıları genelde bireysel vakaları konuşmak üzere yapılan personel toplantılarında geldi (Benjamin, 2005).

I. Dünya Savaşı sırasında, "ruhsal değerlendirme" ihtiyacı akut oldu. Amerika Birleşik Devletleri bu savaşa girdiğinde, asker adaylarının çoğunun entelektüel cesaret ve psikolojik istikrar açısından sınıflandırılmış olması gerekiyordu. Bu değerlendirme için hiçbir teknik yoktu. Bu nedenle ordu uygun önlemleri

geliştirmek üzere değerlendirme odaklı deneysel psikologların komite başkanı Robert Yerkes'e (Amerikan Psikologlar Birliği Başkanı) danıştı. Zihinsel yeteneklerini ölçmek için, komite Ordu Alfa ve Ordu Beta zekâ testleri (sırasıyla grup uygulamalarına okur yazar ve okur yazar olmayan yetişkinlere uygun) geliştirdi. Bu testler davranış bozukluklarının tespit edilmesine yardımcı olacaktı ve Robert Woodworth Psikonörotik Envanteri ("kişisel bilgi formu" olarak da yeniden isimlendirilir; Yerkes, 1921, akt. Dennis, 1948) tavsiye edildi;

1918 yılına gelindiğinde, psikologlar yaklaşık 2 milyon erkeğin değerlendirmelerini yapmıştı.

20. yüzyılın ilk yirmi yılında, zekâ testi ve psikolojik test eş anlamlıydı. Psikologlar, çocuk rehberliği klinikleri, ruh sağlığı hastaneleri ve diğer yetişkin tesislerde daha fazla iş imkânı bulduğunda, zekâ testlerinin yeterli olmadığı netleşti. Raymond Catell'in 1936'da Zihinsel Değerlendirme Kılavuzu Önsözü'nde de bu durum belirtilir.

> Bir süre pratik işlemler için zihinsel testlerin ilerlemesinde bir sessizlik dönemi olmuştur. Zekâ testlerinin gelişigüzel ve genellikle akılsız uygulanması coşkusunun ilk dalgasından sonra, bu durgunluk oluşmuştur. Bu testlerin sonuçları zekâ dışında diğer faktörlerden etkileniyordu; dikkatle değerlendirmeye alındığında bu faktörlerden kurtulmak gerekli görünüyordu. Psikoterapistler zekâdansa doğuştan olan güçlere daha bağımlı olan davranış problemleri ile karşılaşıyordu. Sadece doğuştan gelen yeteneği elde etmeye çalışıyordu, çünkü özellikle zihinsel kapasitedeki değişim kişilik bozukluklarında her zaman daha karmaşık oluyordu (Moodie, 1936, s. vii).

Kişilik, ilgiler, özel yetenekleri, duygu ve özellikleri değerlendirmek için ihtiyaç 1920'lerde ve 1930'larda birçok yeni testin gelişmesine yol açmıştır. Klinisyenler bu değerlendirmeleri kendi geliştirdi. Aynı zamanda Avrupa'da psikanalitik yönelimli psikiyatrist değerlendirmelerini de uyarladı. Bu dönem geliştirilen en bilinen araçlardan bazıları Jung'un Kelime Çağrışım Testi (1919), Rorschach Mürekkep Lekesi Testi (1921), Miller Benzerlikler Testi (1926), Goodenough Bir İnsan Çiz Testi (1926), Güçlü Mesleki İlgi Testi (1927), Tematik Algı Testi (TAT) (1935), Bender-Gestalt Testi (1938) ve Wechsler-Bellevue Zekâ Ölçeği'dir (1939). Değerlendirme, 1900'lü yılların birkaç on yılı boyunca oldukça popülerdi, mesleki toplantılarda yeni geliştirilen zihinsel testlerin özelliklerinin fazlasıyla konuşulması nedeniyle psikologların yakınmaları bulunuyordu. Aslında, pek çok psikolojik test (1940'ta 500'ün üzerinde) Zihinsel Ölçümler Yıllığı'nda (Mental Measurement Yearbook) yayınlandı ve bunların kataloglanması ihtiyacı doğdu (Buros, 1938). Değerlendirme rolü genişledikçe, entelektüel yetenekleri ve ruhsal hastalık değerlendirilmesi arasındaki ayrımı korumak giderek zorlaştı (Reisman, 1976). Rorschach ve TAT gibi bazı yeni kişilik testleri, danışanların çarpık algıları, bilinçsiz süreçleri, psikolojik savunmalarını barındıran karmaşık bir yorumu gerekli kılıyordu. Bu psikolojik terimlerin tartışılması psikologlar ve te-

rapistlerin (psikiyatr) klinik dili paylaşmasına olanak sağladı ve klinik psikologları tedavi rolüne çok daha yakınlaştırdı. Günümüzdeki birçok klinisyen için, tedavi teşhis ve iyileştirici hizmetlerin doğal bir uzantısı olarak ortaya çıktı. Klinisyenler tedavi rolüne girmek için motive edildiler çünkü değerlendirmenin ötesinde klinisyenlerin kendi mesleki kimliklerini genişletmeleri onlara "bir bütün olarak hasta" ile ilgilenme ve daha sorumluluk gerektiren işler yapma ve daha fazla maddi kazanç elde etme kapısını aralamaktaydı.

Klinisyenlerin Psikoterapist Olarak Rollerini Sürdürmeleri

Klinik psikologlar, hiç muhalefetle karşılaşmadan, değerlendirme rolüne psikoterapiyi eklediler çünkü, psikoloji, akademik, laboratuvar tabanlı bir disiplin olmaya başladı.

Görece az sayıdaki ilk psikologlar yetişkinlerle psikoterapi yapmak için aranıyordu ve Witmer dahil olmak üzere, pek çoğu bu tür faaliyetler hakkında oldukça şüpheliydi (Benjamin, 2005; Taylor, 2000). Değişim en az üç faktörün bir doğal sonucu olarak yavaş yavaş oluştu: (a) önceden belirtildiği gibi, psikolojik testler, kişilik ve psikopatolojiyi değerlendirmek üzere genişletildi; (b) çocuk rehberliği kliniklerinde, Witmer zamanından beri klinik psikologlar çalışmaktaydı, danışan profili sosyal ve eğitim uyumsuzluğunu kapsayacak şekilde genişletildi; (c) 20. yüzyılın başlarında psikologlar, psikiyatristler arasında baskın bir yaklaşım olan psikanalizi öğrenmeye istekli oldu.

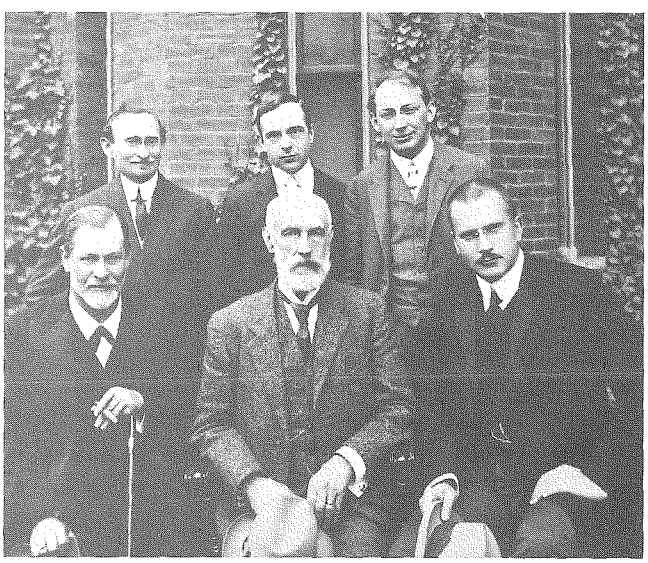
İngiliz doğumlu bir psikiyatr olan William Healy, 1909 yılında Chicago'da Amerika Birleşik Devletleri'nde ilk çocuk rehberliği kliniğini kuran kişi oldu. Witmer gibi, Healy, çocuklarla çalıştı, ekip yaklaşımını uyguladı ve önleme çalışmalarını önemsedi, ancak onun yönlendirmesi oldukça farklıydı. Bir kere, öğrenme engelli veya diğer eğitim güçlüğü olan çocuklarla çoğunlukla uğraşmak yerine, Healy okul yetkilileri, polis ya da mahkemelerin dikkat çektiği çocuklardaki yanlış davranışlara odaklanmıştır. Healy kliniği çocuk suçluların ruhsal problemleri olduğuna ve daha ciddi sorunlara yol açmadan önce ele alınması gerektiği varsayımı üzerine çalışmaktadır. İkincisi, Healy'in Chicago kliniğinde (ilk olarak Çocuk Psikopatisi Enstitüsü olarak isimlendirilmiş ve daha sonra Çocuk Suçluluğu Araştırma Enstitüsü olarak adlandırılmıştır) personelin yaklaşımı ağırlıklı olarak Freud'un psikanalitik kuramından etkilenmiştir.

G. Stanley Hall isimli psikolog, Massachusetts Clark Üniversitesi Worcester'da üniversitenin 20. yılını kutlama konferansı çerçevesinde Sigmund Freud ve iki öğrencisi Carl Jung ve Sandor Ferenczi'nin geldiği bir konuşma düzenlemişti. Aynı yıl Healy, klinik psikoloji psikanalitik yaklaşım popülaritesi büyük bir destek aldığı için, kliniğini açtı. Freud'un kuramları 1890'larda ilk kez Amerikalı psikologlara tanıtıldı. Kendilikle, ego ve trans, hipnoz ve açıklanamayan hafıza kaybı gibi bilincin "disosiyasyonu" ile güçlü şekilde ilgilenen psikologlar William

James ve James Baldwin çoğunlukla dergi değerlendirmelerinde yazılar yazdı (Korchin, 1976, Taylor, 2000). Amerika Birleşik Devletleri, Freud'un fikirleri için verimli bir ortam sağladı ve dersler Amerikan psikologlarına bir anlamda psikanaliz "satmaya" yardımcı oldu.

Bununla birlikte etki, yavaş yavaş olmuştur. Bazı ABD'li psikologlar (örneğin, Witmer konferansa katılmadı; Routh, 1994) şüpheci olmuştur. Bununla birlikte, 1911'de, ilk ABD Psikanalitik Derneği (New York'ta) kurulmuştu ve bunu izleyen 20 yıl içinde, sayıları artan psikiyatristler ve psikologlar Freud'un kuramı ile kendilerini tanımladılar (Watson, 1953a). Birçoğu için, klinik psikolojideki büyümenin psikoterapi olacağı netleşti ve psikoterapideki bulguların temelleri psikanaliz olacaktı. Clark Üniversitesi toplantısında, William James Freud'a "psikolojinin geleceği sizin çalışmalarınıza bağlıdır" dedi (Jones, 1955, s.27).

Psikanalitik tedavinin etkisi yavaş yavaş görüldü çünkü günümüzde çok az psikolog herhangi bir tedavi ile meşguldür. Nitekim, eğer ilk klinik psikologlar psikanaliz uygulamaları ile ilgilenseydi, eğitim alması zor olurdu. Wundt'un görgül geleneğinde eğitilmiş üniversite psikoloji bölümleri yüksek lisans programlarını geliştirmek için isteksizdi çünkü kendi fakülteleri "uygulamalı" psikoloji ve klinik eğitimin uygunluğu ve maliyeti hakkında endişe ve soru işaretlerine sahipti. Ayrıca birçoğu Freud'un kavramlarının özensiz doğasını eleştirdi. Birkaç istisna dışında, psikanaliz resmi eğitimi sadece psikanalitik enstitü ve tıp fakültelerinde mevcuttu ve bu genellikle psikolog kabul etmeye isteksiz psikiyatristler tarafından işletilen programlardı (Abt, 1992; Schneck, 1975).



1909 yılında, Clark Üniversitesi, Worcester, Massachusetts'de düzenlenen psikologların bir konferansında, solda oturmuş görülen Sigmund Freud, Amerikalı izleyicilere tanıtıldı.

Psikanalitik tedavi bu nedenle psikologların değil, psikiyatristlerin uzmanlığı oldu ve uzun yıllar boyunca psikiyatri topluluğu bunu elinde tutmak için çalıştı. 1917 yılında, örneğin, bir New York psikiyatrik örgütü ruhsal bozuklukları olan kişilerin tanı ve tedavisinde klinik psikologların katılımının sona ermesi için çağrıda bulunan bir rapor yayınladı (Benjamin, 2005). Hatta 1930'larda, psikanalitik psikoterapi yapmak isteyen klinik psikologlar için mevcut sadece birkaç staj olanağı vardı. II. Dünya Savaşı, bazı psikiyatristlerin itirazlarına rağmen, klinik psikologların faaliyetlerinin bir dayanak noktası haline gelmesinde psikanalitik ve diğer psikoterapi formları için ortam yaratmıştır.

I. Dünya Savaşı'nda olduğu gibi, İkinci Dünya Savaşı'nda askerlerin psikolojik değerlendirmesi için büyük bir ihtiyaç vardı; birçok travma yaşamış ve tedavi gereken askerlerde; ailelerinde ve topluluklarında bozukluklar olmuştu ve müdahale gerekiyordu. Savaş sırasında, klinik eğitim almış psikologlar çok sayıda işe yerleştirildi ve psikiyatristler ve sosyal çalışmacılarla omuz omuza çalıştı (Korchin, 1976) . Çünkü bu büyük ihtiyaçta, psikologların, kimi zaman en az eğitim ile tedavi işlevlerine entegre olabilmeleri önemli bir avantajdı. Bu "işbaşında" eğitim hükümet tarafından desteklendi. Psikiyatristler, sosyal hizmet uzmanları ve diğer uzmanlarla işbirliği yoluyla elde edildi. Bu işbirliği de psikologların çoğu psikanalitik modele dayanan psikoterapi becerisini geliştirdi.

Bu savaştan sonra, birçok psikolog psikoterapi çalışmalarına devam etmek istedi. Maalesef onlar için, bir dizi dramatik girişim psikologların bunu yapabilmesini etkiledi. Bunlardan biri 1946 yılında ruh sağlığı disiplinleri eğitimi desteklemek için Gaziler İdaresi'nin eğitim başlatması oldu. Gaziler İdaresi, hastane ve zihinsel hijyen kliniklerinde klinik stajı hazırladı. Bu program öncesi, klinik psikologların -tipik olarak tam bir yıl süren-- staj deneyimi, asıl olarak çocuk rehberliği klinikleri ve ruh sağlığı hastalıkları hastanesinde bulunuyordu (Routh, 2000).

Bununla beraber, Gaziler İdaresi'nin korumasıyla, örgün ve yasal staj eğitimi yetişkin danışanların psikoterapisti olmak isteyen klinisyenler için kullanılabilir hale geldi.

İkinci girişim Amerika Birleşik Devletleri'nde toplum ruh sağlığı klinikleri oluşturmak için ulusal çaba gösterilmesi oldu. ABD Kamu Sağlığı Hizmetleri ve yeni kurulan Ruh Sağlığı Ulusal Enstitüsü tarafından desteklenen girişim ruh sağlığı ile ilgili kaygıları gidermek için yapıldı. Bu çaba devlet önderliğinde ruh sağlığı çabalarının önemli biri olarak kalır. Bu Toplum Ruh Sağlığı merkezlerinden bazıları da klinisyenlerin eğitim olanaklarını genişletmek, psikologlara staj olanağı sunmak için kurulmuştur. Şimdiye kadar, eğer küçük sayılarda olsaydı, psikiyatristler için uzun eğitim zemini olan ruh hastalıkları hastaneleri ve psikiyatrik tesisler, klinik psikologlara kapılarını açmaya başlamıştı.

Klinik psikologların artık eğitim, staj ve iş olanakları vardı. Bazı üniversiteler ve birkaç psikanalitik kurum klinisyenler için eğitim programları yaratmıştı. Ama klinik psikologlukla ne tanımladığımız eğitim ve alan deneyimlerine ulaşan bir dizi standart yoktu. Bu kurumlar meslek örgütlerinden oluşmaktaydı.

Klinisyenlerin Kurduğu Profesyonel Organizasyonlar

İş ortamı, danışanlar ve işlevleri 1930'lar boyunca ve 1940'larda genişlemiş olsa bile, klinik psikoloji henüz tanınan bir meslek değildi. Dünya Savaşı'nın başında, klinisyenler için hiçbir resmi üniversite eğitim programı yoktu. Çok az doktora (PhD), biraz master (MA) ve çoğunlukla lisans (BA) programı vardı. Bir klinik psikolog olarak bir iş elde etmek için, "insanlara ilgi duymak" ile birlikte değerlendirme, anormal psikoloji ve çocuk gelişimi hakkında birkaç derse ihtiyaç vardı.

Çoğu meslekte, eğitim ve yeterlilik konularında ulusal ve profesyonel meslek kuruluşları ilk çalışmaları yaptı. Bu tür kuruluşlar, eğitim ve lisanslama için yönergeler sağlamaya, uygulama için davranış kodları oluşturmaya, mesleki sınırlarını tanımlamaya ve diğer yollarla uygulayıcılara destek olmaya yardımcı olurlar. Profesyoneller, meslek kuruluşlarına ihtiyaç duyarlar.

Klinik psikologların bir örgütü bulunmaktaydı. Bu örgüt 1892 yılında kurulan Amerikan Psikologlar Birliği idi. Ancak, bu örgütün, klinik psikoloji mesleğinin bilim hakkında kuşku bulunmayan araştırmacılar tarafından yönetildiğine ilişkin kuşkular vardı. Psikologlar laboratuvar dışında kendi bilgilerini uygulamakla daha çok ilgili olmaya başladığında, APA üyeleri arasında disiplinin saf bilim disiplini olmasını isteyen ya da uygulamalı bir disiplin olmasını isteyen üyeler arasında çatışmalar çıktı (Benjamin, 1997).

Psikolojinin bilimsel yönleri ile meşgul iken, APA 1920 ve 1930'larda çeşitli zamanlarda klinik eğitim kurulları ile görüşmeler yaptı (ve hatta kısa süreli bir klinik sertifika programı kurmuştu), ama bu katılım gönülsüz oldu. Örneğin, 1935 yılında Klinik Psikoloji Eğitimi Standartları APA Komitesi klinik psikolog olmak için doktora derecesi yanında 1 yıllık süpervizyon eğitiminin gerekli olduğunu öne sürdü, ancak bu raporu verdikten sonra hemen hemen dağıldı ve komitenin daha sonra çok az çabası oldu.

Uygulamalı yaklaşımı psikolojide isteyenler - genellikle zihinsel değerlendirme ve psikoterapi yapanlar- endişelerine daha duyarlı bir organizasyon kurmaya karar verdiler.



Leta Hollingworth klinik psikolojinin ilk yıllarında etkili biriydi; daha sonraki yıllarda çıkacak olan eğitim modellerinin farklılaşmasına katkı yaptı.

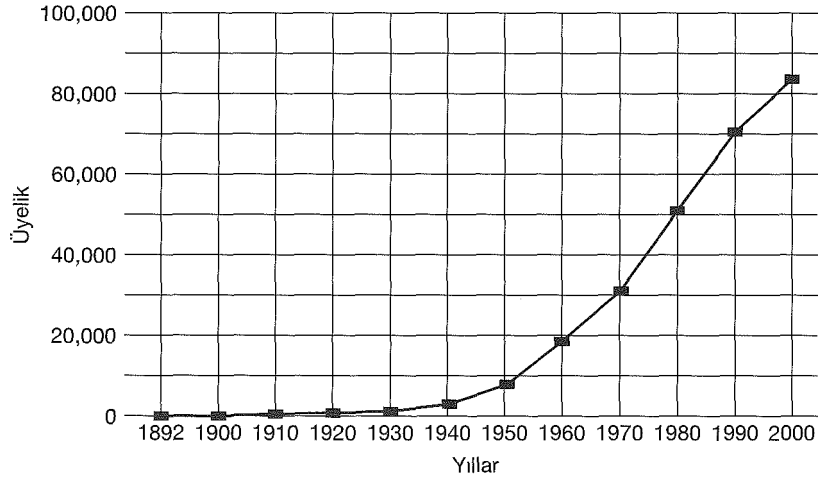
Bu tip ilk örgüt, *Amerikan Klinik Psikologlar Derneği* (American Association of Clinical Psychologists, AACP), 1917 yılında Columbia Üniversitesi Psikoloji Fakültesi üyesi Leta Hollingworth tarafından ortaklaşa kuruldu. Hollingworth de araştırmaya dayalı doktora eğitimine (PhD) bir alternatif olarak klinik psikologlara daha pratik/uygulama odaklı bir eğitim formu (PsyD) öneren ilk kişiydi; ulusal bir *inceleme* kuruluna nitelikli klinisyenleri tanımlamak ve onlara burs vermek için hibe lisans programı önerdi (Benjamin, 2005, Donn, Routh ve Lunt, 2000). AACP sonradan varlığını korumasa da, gelecek şeylerin habercisi olduğu kuşku götürmez.

1920'lerde ülke çapında birçok uygulamalı psikoloji örgütü kuruldu, en önemlileri Danışmanlık Psikologları Derneği (Association of Consulting Psychologists ACP) ve New York Danışmanlık Psikologları Derneği (New York Association of Consulting Psychologist) oldu. 1933 yılında, ACP psikologlara uygulama için etik kodları oluşturdu ve birkaç yıl sonra profesyonel uygulayıcılar için ilk dergisi olan *the Journal of Consulting Psychology* yayımlandı.

Daha fazla uygulamalı psikoloğu bünyesine dahil etmek için başarı elde ettikten sonra, bu organizasyon *Amerikan Uygulamalı Psikoloji Derneği'ne* (American Association for Applied Psychology AAAP) dönüştü. Bu dernek, danışmanlık, klinik eğitim ve endüstriyel psikoloji bölümlerini içerir ve uygulama endişelerine az ilgi gösterirken açıkça araştırma-egemen APA'ya bir alternatif olarak kalmaktadır.

Bununla beraber, Dünya Savaşı yaklaşırken, uzun zamandır akademik araştırma çıkarları baskın olan Amerikan Psikoloji Derneği, psikolojinin uygu-

lamalı bir disiplin içinde gelişmekte olduğunu tanımaya başlamıştı. Ayrıca artık alternatif eyalet ve ulusal profesyonel psikoloji birliklerinden birçok APA üyesi, uygulamalı psikologların uygulama endişelerine bir yer açmaya karar verdi (Benjamin, 1997). 1946'da, AAAP eridi ve artık üyeleri APA'ya dönmüştü.



ŞEKİL 2.2 Toplam APA Üyeliği, 1892-2000

(Kaynak: Amerikan Psikoloji Derneği Arşivi (2006).Yıllık Üyelik, Amerikan Psikoloji Derneği. Http://www 14 Haziran 2006 tarihinde erişildi. apa.org / arşiv / yearlymembership.html.)

Üyeler APA bölümlerinde yeniden organize olurken, ikinci en popüler bölünmesi yaklaşık iki katı sayıda üyenin klinik psikoloji (Bölüm 12) bölümünde olmayı seçmesiyle yaşandı (Benjamin, 1997). Şekil 2.2 APA üyelik geçmişi görülebilir.

20. yüzyılın ortalarında köklü ve profesyonel bir disiplin olarak düzenlenen klinik psikoloji, güçlü büyüme için hazırdı. 1940'ların ve 1950'lerin ortalarında, APA ve üyeleri tarafından eylemler serisinde daha önce hiç bilinmeyen bir açıklıkla klinik psikoloji tanımlanır. Bu eylemlerin en önemlileri şunlar: 1945 yılında Connecticut ile başlayan şekilde eyaletler psikologlar için sertifikasyon yasaları geçirmeye başladı. Bir yıl sonra, Amerikan Profesyonel Psikoloji Değerlendirme Kurulu (ABPP) klinisyenlere PhD niteliğinde olmaları koşuluyla sertifika verdi. APA'nın amiral gemisi niteliğindeki dergisi, *American Psychologist,* ilk kez 1946 yılında yayımlandı. Üç yıl sonra, klinik psikologlar için çeşitli eğitim modellerini tartışmak üzere, Boulder, Colorado'da bir konferans düzenlendi. Klinik psikologlar için temel eğitim modelinin prensiplerinin temeli bu Boulder Konferansı'nda atıldı. Bu prensipler bugün de geçerlidir. 1953 yılında, APA klinik psikologlar için ilk etik kuralları yayınladı. Bunlar ve diğer olaylar klinik psikolojide hızlı bir

genişleme dönemi başlattı. Biz sonraki bölümlerde bunları ve bunların etkilerini daha ayrıntılı olarak tartışacağız.

Bu Kısmın Özeti: 1900'lerin başında, birçok ABD ve Avrupa üniversitesinde psikoloji bölümü kurulmuştur. Bu bölümler ile ilişkili kişiler, kendi disiplinlerini uygulamaya başlamıştı. Psikolojik değerlendirme uygulamanın en çok kabul gören alanı oldu, ancak klinik psikologlar yetişkin danışanlarında psikolojik sorunları tedavi etmenin giderek değerli olduğunu gördü. Ne yazık ki, klinisyenler bu amaçları uygulamak için eğitim bulma konusunda güçlük yaşadı. Üniversite programlarında genelde psikoterapi ve psikiyatristlere şüpheci yaklaşan öğretim üyeleri baskındı. Psikiyatristler ise en popüler tedavi yaklaşımlarını deneyimliyor ve kontrollü eğitim alabiliyordu. Ayrıca, psikiyatristler klinik psikologlara psikoterapi uzmanlığı vermekte isteksizdi. Ama değerlendirme konusunda iki dünya savaşı sonrası çıkan ihtiyaç, değerlendirmede uzmanlaşmayı ve güçlü mesleki örgütler kurmayı beraberinde getirdi. Bu gelişmeler sonunda klinik psikologlara psikoterapi alanında kapılar açıldı.

ANA YAKLAŞIMLARIN GELİŞİMİ

Bu Kısma Bakış: II. Dünya Savaşı'ndan sonra, klinik psikoloji hızla büyüdü. Bu bölüm, modern klinik psikolojide daha etkili tedavi yaklaşımlarının öykülerini anlatmaktadır. Kuramlar nasıl oluştu, temel varsayımları neler ve klinik uygulamaya nasıl uyarlanabilir konuları anlatılmaktadır. Psikodinamik, hümanistik, davranışsal, bilişsel, sistemik ve biyolojik yaklaşım gibi yaklaşımlar modern psikolojinin merkezinde yer aldıkları için bu yaklaşımların çoğuna öğrenciler bir parça aşinadır. Bu yaklaşımların her biri tek bir kuramdansa daha geniş bir ekol olarak düşünüldüğünde en iyi olarak değerlendirilir. Burada amacımız bu geniş yaklaşımların kökeni ve varsayımlarını tanımlamak ve psikolojik sorunlara temel uygulama önermektir. Bundan sonraki bölümlerde, her yaklaşımın içindeki düşünce ve tekniğin varyasyonlarını ayrıntılı olarak açıklayacağız ve bu varyasyonları uyarlayan klinisyenlerin vakalara nasıl uyguladıklarını göstereceğiz.

Psikodinamik Yaklaşım

Psikodinamik yaklaşım, ilgili yaklaşımların bir toplamıdır. Tarihsel özünde Freud'un psikanalitik kuramı vardır. Diğer uygulamacılar psikanalizi değiştirmiş, bir kenara atmış ya da kuramı genişletmiş olmasına rağmen, Freud'un temel varsayımları ve psikoterapi tekniklerinin birçoğu psikodinamik yaklaşımın merkezinde yer almaya devam etmektedir.

Kökeni. Psikodinamik modelin kökleri, Fransız klinik geleneğini benimsemiş nörologlar ve psikiyatristlerin çalışmalarına dayanır (örneğin, Charcot, Breuer) ve Sigmund Freud'un yazılarında bu durum tamamen belirgindir. Bu modelin tarihi Freud'un üzerinde çalışmaları ile başlar ki bu çalışma Breuer ile birlikte yayınlanır (1895). Freud 40 yıllık dönem içerisinde birçok kitap ve makale yazmıştır ki bu dönemde yazdıkları klinik psikolojinin manzarasını değiştirmiştir.

Breuer gibi, Freud da sıklıkla hastalarında nörolojik belirtilerde organik bir neden bulamadı. Bazı vakalar, örneğin, kolunu etkilemeyen ama tüm elini etkileyen felçten şikayetçiydi. Diğerleri gün boyunca bacaklarında felç yaşıyor ama uykularında yürüyorlardı. Bu hastalar nevrotikler olarak adlandırılır. Freud en yaygın türü ile ilgilenir; bu kişiler histerik felç (yani organik olmayan) sergilerler, amnezi yaşarlar, anestezi, körlük, konuşma kaybı gösterirler. Freud'un zamanında, histerinin tedavisinde nemli pansumanlar ve banyolar veya elektrikle üretilen ısı kullanılıyordu. Freud bu teknikler ne kadar başarılı olursa olsun, bu tekniklerin etkisinin telkinden kaynaklandığına inandı, o yüzden hipnoz gibi tekniklerle telkin etkisini en yüksek düzeye çıkarmak için denemeler yapmaya başladı. Freud'un hipnotik telkin kullanımı geçici sonuçlar üretti ve 1890'lı yıllarda hipnozu katarsis olarak bilinen yeni bir teknikle birleştirmeye başladı.

Freud bu yöntemi, Anna O olarak bilinen vakasının histerik semptomlarını gidermeye çalışırken tekniği uygulamada hatalar yapan Breuer'den öğrendi. Anna O'nun semptomları babasının hastalığı sırasında başlamış ve babasının ölümü sonrası şiddetlenmiştir. Bu sorunlar; baş ağrısı, şiddetli öksürük, boyun ve kollarda felç ve diğer sorunlardı. Vaka akşamları, gün boyunca ajitasyon ve halüsinasyonlar gibi duygudurum gelgitleri yaşarken akşamları transa benzer bir durum içinde oluyordu. Breuer bu "trans" ın hipnoza benzediği gerçeğine adeta vurulmuştu.

Breuer, Anna izin verirse hipnotik durumda gün boyunca yaşadığı tüm halüsinasyonların içeriğini açığa çıkardığını sonra aniden transtan çıktığını keşfetmişti. Bu sürecin ardından, gecenin ilerleyen saatlerinde vakanın normal huzur ve berraklık yaşadığı bir periyottan keyif aldığı görülüyordu. Anna bu halüsinasyonlarını açığa çıkardığı seansları daha sonra "konuşma kürü (talking cure)" ya da "baca temizleme (chimney sweeping)" olarak adlandırmıştı (Fancher, 1973, s.48).

Bu konuşma kürü Anna'nın gündüz bozukluklarını ortadan kaldırmadı, onda yeni belirtiler görünmeye başladı. Bunlardan birini (sıvı içmede yetersizlik) tedavi etmeye çalışırken Breuer bir şey keşfetti ki Freud daha sonra bu keşifle psikanaliz yolunda başlangıç yapacaktı. Anna'nın hipnotik durumlarından biri sırasında, Anna O özellikle daha önce sevmediği ama bildiği bir İngiliz kadını Breuer'e tanımlamaya başladı. Bu kadının Anna'nın özellikle küçümsediği bir köpeği vardı. Anna bir vesileyle o kadının odasına girdiğini ve bir cam bardaktan köpeğin nasıl su içtiğini gözlemlediğini tasvir ediyordu. Olayın meydana geldiği zaman, Anna tiksinti ve nefret gibi güçlü duygular ile dolmuştu ama nezaketen bu duyguları ifade edemiyordu. Bunları Breuer'e sayıp dökerken, ilk defa kendini tam ve canlı bir biçimde köpeğin su içmesi hakkında olumsuz duygularını ifade etme lüksünü kendine verdi. Transtan çıktığında bir bardak su istedi ve en hafif bir zorluk yaşamadan suyu içti (Fancher, 1973, s.49)

Transtayken, canlı bir biçimde unuttuğu olayı tekrar hatırlamak yoluyla An-

na'nın içmekten korkması belirgin bir biçimde giderildi. Breuer'de diğer histerik belirtilere unutulmuş anıların sebep olduğu ve geri çağırmanın bu belirtileri tedavi edebilir olabileceği fikri oluşmuştu. Anna'yı hipnotize etmeye ve belirtileri ile ilgili her şeyi hatırlaması için ona sorular sormaya başladı. Breuer her belirtinin bellekte uyanıkken yok olduğunu, travmatik ya da istenmeyen durumların semptomlarda takip edilebilir olduğunu keşfetti. Breuer ne zaman Anna'dan istenmedik durumları hatırlamasını istese ve onda hissettirdikleri duyguları anlatmasını istese semptomlar ortadan kalktı (Fancher, 1973, ss 49-50).

Freud da katarsis yöntemini başarılı buldu, fakat tüm hastaları hipnotize olamadı. Duygusal anıların bilinçli olarak tanınmasını kolaylaştırmak için, Freud hastalarının gözleri kapalı bir şekilde rahatlayarak aklına gelen ne gibi düşünceler, duygular ve anılar geldiğini anlatmasını istemeye başladı. Hatırlamaya hastanın genellikle kanepede uzanması yardım etti. Bu prosedür daha sonra serbest çağrışım olarak bilinir ve daha sonra tarif edilecek psikanalitik teknikler arasında bir dayanak noktası olarak tanınır.

İlk önce, nevrotik hastalara Freud'un uyguladığı hipnotik olmayan tedavi esas olarak onların önemli, genellikle istenmeyen anıları ve bilinç tarafından engellenmiş duyguları hatırlamalarına yardımcı olmaya odaklanmıştır. Örneğin, Freud hastaların çoğunun bir ebeveyn ya da diğer akrabası tarafından erken yaşta cinsel travmaya maruz kaldığını, genellikle onların hastaya sarkıntılık ettiğine ilişkin kanıtlar buldu. Freud histerik belirtilerin temelinde bu gibi olayların temel olduğunu kabul etti. Ancak, yüzyılın başında, "baştan çıkarma kuramının" yanlış olduğuna ikna oldu.

Dikkate alınması gereken daha önemli faktörlerin olduğunu düşündü. Yalnızca bir şeyde, vakalarının bahsettiği gibi, çocukların cinsel istismara maruz kalmasının yaygın olduğuna inanmakta zorlanıyordu.

Freud aynı zamanda rüyalara da (kendi ve hastalarının) dikkat etmeye başladı. Rüyaların sosyal olarak kabul edilmeyen fantezi ve isteklerin yerine getirilmesini temsil ettiğine, bu nedenle savunmaların uyku boyunca rahatladığında -örtülü formda- ortaya çıktığı sonucuna varıyordu. Rüyalar gibi, histerik belirtilerin bilinçsiz istek ve fantezilere dayalı olabileceğini, sadece gerçek olaylara ilişkin anılara dayalı olmayacağına inanıyordu. Böylece, hastanın bir ebeveyn tarafından çocukluk çağında baştan çıkarılmakla ilgili "anısı" aslında böyle bir şeyle karşılaşmaya ilişkin bir fantezi ya da istekle ilgili olabilirdi. Bu yeni kuramın bulguları Freud'un terapiye yaklaşımını da değiştirmişti. Nevrozlarda psikanalitik tedavi hastanın bilinçaltının kapsamlı aydınlatılmasıyla anılarını geri getirmeye kaymıştır.

Freud'un psikodinamik kuramı, insan davranışında, bireyin doğuştan getirdiği cinsel ve saldırgan içgüdülerini tatmin etmek isteği ve dış dünyada empoze edilmiş gerçekler ve kurallara saygı duyma ihtiyacı olması fikri üzerine kurulmuştur (Funder, 2001). Freud'a göre, daha sonra, insan zihninin; kişinin yap-

mak istediği şeylerin (dürtü ve içgüdüler) neler olduğunu ve gereksinimleri nasıl kontrol edebilirim (nedenler, sosyal normlar, ahlak) diye düşünerek uzlaşma bulduğu bir arenadır. Bu çatışma, genellikle kişinin savunmasını oluşturmak için çalışmasına karşı kaygıya (anksiyeteye) yol açar. Kaygı çok güçlü olursa ya da savunmalar etkisiz hale gelirse, bir çeşit psikolojik belirti görülebilir.

Freud'un sisteminde, özel zihinsel yapılar, zihinsel güçlerle uyumu sergilemekte kullanıldı (Freud bu yapıların hipotetik yapılar olduğunu düşündü ama nörolojinin bir zaman bu yapıların beyin fonksiyonlarıyla uyumlu olacağını onaylayabileceğine inandı). Doğuştan mevcut ve psişik enerjiyi içeren -ya da libido- ve davranışı motive eden bilinçdışı içgüdüler ve ilkel dürtüler idi oluşturur. İd gecikmeden kendi arzularını tatmin etmek ister ve bu nedenle haz ilkesiyle (örn., "bunu yapmak iyi hissettirir!") hareket eder. Yenidoğan büyüdükçe dış dünya idin doğrudan doyurulmasına kısıtlamalar getirir, ego 1 yaş civarında idin gelişimini daha da düzenlemeye çalışır ve içgüdülerini ifade etmenin daha güvenli yollarını bulmaya başlar. Ego dışardan gelen taleplere uyum gösterdiği için, gerçeklik ilkesine göre çalışır (örn."bunu yapmaya gidiyorsak en azından sessizce yap"). Üçüncü zihinsel yapı, süperego, gerçekliğin sosyalleşme etkisinin bir başka sonucudur. Bu yapı, etik, ahlâk ve değerler konusunda aile ve kültürün bütün öğretilerini içerir ve Freud'a göre, bu öğretiler içselleştirilerek "ego ideal" ya da bir birinin nasıl davranmayı istediğini belirler (örn."İyi bir insan bunu yapmazdı!"). Süperego ayrıca mükemmeli ve rahatı yakalama ile id karşıtı sosyal olarak kabul edilebilir davranışların peşinde koşan vicdanı içerir.

Freud'un üç bölümlü zihin yapısı kaygı yaratan iç çatışmalarda sürekli karmakarışıktır. Egonun birincil işlevi toplumsal olarak kabul edilemez id dürtülerinin farkında olduğumuzda veya biz süperego kurallarını çiğnemeyi düşündüğümüzde ortaya çıkan kaygıdan bizi korumaktır (Funder, 2001). Ego, genellikle bilinçsiz bir düzeyde başvurduğumuz savunma mekanizmalarını (inkâr, bilinçaltına bastırma, karşıt tepkide bulunma, yansıtma vb.) kullanarak bilince ulaştığımızdaki rahatsızlığı ve çatışmaları kontrolde tutmaya çalışır. Bastırmada sürekli çabalamaya rağmen, dürtüler-su altında tutulan şişirilmiş bir balon gibi- bazen yüzeyi/bilinci tehdit eder ve başarısız olabilir. Bu olduğunda da, psikolojik belirtiler (örn. anksiyete, felç, gerçekçi olmayan korkular) geliştirmek muhtemeldir.

Psikanalitik yaklaşımda tedavide danışanın belirtilerin kaynağının ortaya çıkarılması hedeflenir. Freud yöntemini arkeolojik yöntemle karşılaştırır: terapistler açık belirtilerin altında yatan unutulmuş ya da bastırılmış anılar ve açıklanmamış duyguların ortaya çıkarılması, bunların derin anlamını araştırır. Terapistin yardımıyla, danışan yavaş yavaş nasıl tarihsel köklü çatışmaları olduğunu, bilinçaltına (çok da başarılı olamadan) nasıl ittiğini ve bugünkü deneyiminde nasıl bir ifade bulduğunu kavrar. Bu amaçlar psikanalitik terapinin merkezi amaçlarıdır. İçgörü olarak adlandırılan bu farkındalık, psikanalitik tedavinin merkezi bir hedefidir.

Psikanalitik yaklaşım geliştikçe, diğer kuramcılar Freud'un orijinal kavramlarının bazılarına meydan okudu, kuramı genişletti ve değiştirdi. Klasik psikanalizdeki bu çeşitliliği Bölüm 7'de "Psikodinamik ve İnsancıl Psikoterapiler"de ayrıntılı olarak açıklayacağız. Şimdilik, kısaca değinmek gerekirse, daha sonraki kuramcıların ego rolünü genişlettiği (yani, id ve süperego arasında bir "hakem" olmanın ötesinde), sosyal ve kültürel değişkenler üzerinde daha fazla vurgu yaptıkları (yani, daha az cinsel ve saldırgan dürtüler üzerinde durarak) ve klasik psikanalizden (yani süresi daha kısa, terapistlerin rolü daha fazla esneklik içinde) daha az kısıtlayıcı olduklarını söylemek yeterlidir. Bununla beraber, bu değişikliklere rağmen, tüm psikodinamik psikoterapiler bazı temel varsayımları paylaşır (Tablo 2.4).

İnsancıl Yaklaşım

20. yüzyılda kişilik kuramlarına ve klinik uygulamalara hakim psikodinamik yaklaşıma alternatif olarak geliştirilen psikoterapi insancıl (hümanistik) yaklaşımdır. Hümanistik yaklaşım, her şeyin iyi olması durumunda insanı, eşsiz bireyler olarak, tam potansiyelini gerçekleştirmede davranışlarını bilinçli olarak yönlendiren, kendi davranışlarında yaratıcı ve gelişen varlıklar olarak görür. Davranış bozuklukları ortaya çıktığında, bu bozukluklar genellikle farkındalıkla ilgili bozukluklardan ya da çeşitli tedavi deneyimleriyle varlığı üzerinde kısıtlamalardan kaynaklı olarak görülür (Greenberg, Elliott ve Lietaer 1994; Fischer, 1989). Bu sorunlara işaret eden ve düzeltmeye yönelik tedavi yaklaşımları da fenomenolojik ya da deneyimsel (experiential) tedaviler olarak bilinir.

TABLO 2.4

Psikoanalitik Yaklaşımda Temel Kavramlar

1. İnsan davranışına intrapsişik (zihnin içinde) dürtüler, istekler, güdüler ve çatışmalar neden olur ve sıklıkla böylece bu davranışların farkına varılır.
2. Eğer danışanlar başarısızca savunuyorsa, bilinçdışı yeniden oynanıyorsa, aile, arkadaş ya da otorite figürleriyle ilişkilerde çocuklukta deneyimlendiyse psikolojik problemler tipik olarak oluşur.
3. Davranış problemlerinin anlaşılması ve yatışması isteniyorsa, klinik değerlendirme, tedavi ve araştırmada intrapsişik aktivite önemsenmelidir.
4. Terapinin amaçları ego işlevini arttırmak, danışanların geçmişte uygunsuzca tekrar ettiği yolları fark etmesine ve değiştirmesine yardım etmektir.

Kökeni. Hümanist tedavilerin kökleri klinik geleneğinden gelmektedir, ama ayrıca kişinin davranışlarının bireyin algılarından ve deneyimlerinden belirlendiğini bildiren fenomenolojinin felsefedeki konumundan da gelişir. Bu tema, yaşamın anlamının içsel değil ama algılayan tarafından inşa edildiğini vurgulayan Soren Kierkegaard ve Jean-Paul Sartre gibi varoluşçu filozoflar tarafından paylaşılmaktadır. Ayrı ayrı incelenen gerçeklik fikri de Gestalt okulu olarak bi-

linen Koffka, Köhler ve Werthheimer dahil bir grup Alman psikolog tarafından vurgulandı. Fenomenoloji, terapinin merkezine danışanın algılarını ve deneyimlerini koyar ve burada-ve-şimdiyi merkezi yere alarak danışanın ne algıladığını, nasıl hissettiğini ve düşündüğünü inceler. Bilinçsiz gömülü çocukluk geçmişi danışanın yaşamını biçimlendirici bir rol oynamış olabilir, ama (kendisiyle ilgili deneyimleri de dahil) danışanın gerçeklik deneyimlerinin ne olduğu en önemli konudur (bknz. Şekil 2.3).

Belki de hümanistik psikolojinin en önemli savunucusu başlangıçta psikanaliz eğitimli bir psikolog olan Carl Rogers oldu. Rogers büyük üniversitelerde bir dizi göreve gelmeden önce bir çocuk danışmanlığı kliniğinde çalışmış, daha sonra 1931 yılında Columbia Üniversitesi'nden klinik psikoloji doktorası almıştır. İlk kitabı, Problem Çocuğun Klinik Tedavisi (1939), tedavideki erken formülasyonunu ortaya koyar fakat üretken yazıları daha sonra onun yaklaşımında ete kemiğe bürünür. Rogers başlangıçta yaklaşımını yönlendirmesiz (nondirective) olarak adlandırır ve daha sonra danışanın yaşam kurgusunun önemini yansıtmak için danışan odaklı terapi olarak değiştirir (Rogers, 1951).

Rogers insanların doğuştan gelişme ve büyüme eğilimi olduğunu kabul eder. Bu eğilimi kendini gerçekleştirme; "tüm organizma ve insan yaşamında genişlemek, büyümek, geliştirmek, olgunlaşmak için organizmanın bütün kapasitesini aktive edip ifade etme eğilimi" olarak tanımlar (Rogers, 1961, s. 351). Rogers temel yiyecek arayandan sanatsal yaratıcılık peşinden koşana, normal konuşandan garip sanrıları olan bütün insan davranışının benzersiz algılanan dünyada, kendini gerçekleştirme çabasının bir yansıması olduğunu gördü.



ŞEKİL 2.3 "Gerçek" Nedir? Bu sabit uyaranda değişen algınız tüylü şapkalı bir genç kadını ya da şal giymiş yaşlı bir kadını görmenize yol açar.

Rogers'ın görüşüne göre, bu çabalar doğumda başlar. Gelişmekte olan çocuk benlik ve dünyanın geri kalanı arasında farklılaşmaları ayırt etmeye başladığında, "ben" veya 'bana" ile ilgili artan bir farkındalığı vardır. Rogers'a göre, "kendilik" deneyimleri de dahil olmak üzere bir kişinin deneyimleri, çocuğun kendini gerçekleştirme eğilimi ile tutarlı ya da tutarsız olup olmadığına bağlı olarak, pozitif veya negatif olarak değerlendirilir. Ancak, bu değerlendirmeler bir çocuk şekerin tadını olumlu olarak değerlendirdiğinde olduğu gibi, tek başına doğrudan veya organizmik duygulara dayalı olarak yapılmaz. Bu değerlendirmeler de diğer insanların yargılarından etkilenmektedir. Bu durumda, genç bir çocuk cinsel organını okşama deneyimini olumsuz değerlendirebilir (doğrudan duygular pozitif olsa bile) çünkü anne ve babası bunu yaptığı için kötü bir çocuk olduğunu söylemektedir.

Bununla birlikte, Rogers, çoğu insanın düşünceleri ve organizmik deneyimi ve kendini gerçekleştirme güdüsü ile uyuşmayan şekilde hareket etmesinde, diğer insanların başkalarının olumlu olmasına oldukça fazla değer verdiğini kaydetti. Bu eğilim Rogers'ın değer koşulları ile belirttiği kavramda açıklandı. Değer koşulları bir kişinin sadece belirli onaylanan davranışlar, tutumlar ve inançlar için (sonuçta kendine gelen) diğerlerinden olumlu dikkat aldığı değerlendirme koşullarıdır. Değer koşulları ilk olarak genellikle ebeveynler, aile ve diğer toplumsal kurumlar tarafından oluşturulur ancak daha sonra (Freud'un süperego kavramına benzerliğine dikkat edin) birey tarafından içselleştirilerek korunur. Değerinde aşırı veya fazla şartlar bulunan insanların rahatsız olması muhtemeldir. Öncelikle başkalarını memnun etmek için davranır ise, (tam zamanlı ev kadını olmak için gerçek arzuları olmasına rağmen çalışan annenin kültürel olarak teşvik edildiği örnekteki gibi) bu, kişisel gelişimin yokluğu pahasına olabilir. Öte yandan, otantik duygu ve davranışları sergileyen insanların değer koşulları kendiliği ve diğerlerinin olumlu bakışının kaybı riski ile karşı karşıya olduğu için uyumsuzdur.

Belki Rogers'ın en önemli katkıları, terapist tarafında empatik dinlemeye ve terapist-danışan ilişkisinin kalitesine yaptığı vurgu olmuştur (Cain, 1990). Rogers terapistin rolünü şöyle anlatır:

> Terapistin tanı ve teşhis kurnazlığı ile ilgili meşguliyetini bir kenara koyması gerekir, profesyonel değerlendirmeler yapma eğilimini bir kenara ayırması gerekir, doğru bir gidiş süreci formüle etme çabalarına son vermesi gerekir, bireysel rehberlik kurnazlığı günahından vazgeçmiş olmalıdır ve sadece tek bir amaca konsantre olmalıdır: bu amaç bilinç tarafından inkâr edilmiş tehlikeli alanları adım adım araştırarak danışan tarafından şu anda derin bir anlayış ve bilinçle düzenlenen tutumları kabul etmek ve anlamaktır (Rogers, 1946, ss. 420-421).

Bu alıntı psikodinamik ve insancıl yaklaşımlar arasındaki benzerlikleri ve farklılıkları göstermektedir. Her ikisi de psikolojik problemlerin izini acı verici

deneyimlerin tam olarak bilince girmesini önlemesinden bulur. Psikanalistlerin aksine, hümanistik terapistler bu sorunların derin tarihsel köklerini görmez. Aksine, onlar algıları, duyguları ve düşünceleri ortaya koymada danışanlarının olağanüstü (burada-ve-şimdi) kaçınma deneyimini tanımlamada onlara yardım etmeye çalışırlar. Terapistin tutku ve empati ile yaklaşması fikri, danışanın daha doğru bir şekilde anlaşılmasını ve kendisini kabul etmesini sağlar.

TABLO 2.5

Hümanistik Yaklaşımın Temel Kavramları

1. Hümanist psikologlar aslında insan doğasını temel olarak olumlu görür ve sadece bu danışanların bakış açısından bakıldığında danışanlarının hayatlarının anlaşılabileceğine inanır.
2. Hümanist psikologlar bir kişi karmaşık ya da acı veren duyguları deneyimlemeden kaçınmaya çalıştığında problemlerin gelişeceğine inanır örneğin bu kaçınma kişinin kendine ya da gerçek benine yabancılaşmasına ve kendini kabullenmemesine neden olur.
3. Terapistler kendi deneyimlerinin uzmanı ve kendi yaşamlarında kararlar almada eninde sonunda tek yetkili kişiler olan danışanlarına kendi deneyimlerinden sorumlu olduğu şekilde muamele eder.
4. Hümanist terapistler terapötik ilişkinin terapide başarı elde etmede birincil araç olduğunu düşünürler: Şimdiye odaklanarak ve dürüstlük ve kabul atmosferi içinde an-ve-an deneyimleri ele almanın danışanların kendilerini daha olumlu algılamalarına yardım ettiğini kabul ederler.

Bu alıntı terapistin rolü konusunda belirgin zıt görüşlere de bir kanıttır. Psikanaliz tıp/psikiyatri mesleğinin dışında gelişmiştir, terapistin değerlendirmeler yürütmesi, tanı formüle etmesi ve fiziksel hastalıkları tedavi eden doktorlardan farklı bir şekilde psikoterapi etkileşimlerine rehber olması bu yüzden doğaldır. Rogers, diğer taraftan, nesnel "doktor" rolünü terapistlerin terk etmesini teşvik eder. Terapistlerin danışanlar nereye yol gösteriyorsa onu izlemelerini, danışanlarının bakış açısını anlamalarını ve anladıklarını danışanlara iletmelerini önerir (bknz. Tablo 2.5)

Davranışçı Yaklaşım

Psikoterapide davranışçı yaklaşım, klinik veya psikometrik geleneğinden daha fazla görgül gelenekten büyüdü. Bu yönelim psikodinamik veya hümanistik terapistlerin yaptıklarından farklı şekilde bozukluklarının nedenleri ve tedavisini görmeye eğimli kıldı. Genel olarak, davranışçılar özgül, öğrenilen davranışlar ve bu davranışlarla ilişkili çevresel koşullara odaklanmak için daha fazla eğimlidir. Ayrıca objektif olarak ölçülebilir tedavi sonuçlarına kanıt aramaya eğimlidirler. Klinik gözlemlerin uygun olmasına rağmen, deneysel bulgular kuram ve davranış terapisi uygulamasının temelini oluşturur.

Kökenleri. Psikologlar, kaygının gelişiminde koşullama ve öğrenmenin rolü konusundaki araştırmalarla ilgilenmeye başladığında, 1920'li yıllarda

davranış terapisinin ortaya çıkması için bir zemin oluştu. Örneğin, Ivan Pavlov kendi köpeklerinde duyusal ayrımları zorlaştırmak ya da elektrik şokuna maruz bırakmak sonrası nevrozun deneysel olarak geliştiğini gözlemledi. Bu köpeklerin belirtileri, ajitasyon, havlama, ekipmanı ısırma ve daha önce öğrendiği şeyleri unutmayı içerir. 1940 yılında Northwestern Üniversitesi'nde Jules Masserman kedilerde deneysel nevrozların koşullanması ve karşıt koşullanması çalışmaları yaptı.

Hayvanlarda deneysel nevrozun keşfi insanlarda benzer problemlerle ilgili araştırmalara yöneltti. Bu çalışmaların en ünlüsü, John B. Watson ve onun yüksek lisans öğrencisi Rosalie Rayner tarafından 1920 yılında yapılan klasik bir deney oldu. Dokuz aylık bebek olan Albert B'ye örneğin beyaz bir sıçan, bir köpek, bir tavşan, bir maymun, maske ve yanan bir gazete gibi çeşitli uyaranlar sunuldu. O, bu nesnelerden herhangi birine karşı hiçbir korku göstermedi, ama bir çekiç ile çelik çubuğa vurulduğunda yüksek derecede gürültü geldiği zaman altüst oldu.

Albert'in korkusunun zararsız bir nesneye koşullanabilir olup olmadığını görmek için, Watson ve Rayner bir uysal beyaz fare ile gürültüyü ilişkilendirir. Albert'e fare gösterildi ve bu fareye ulaşmaya çalışırken kısa süre gürültü yapıldı. Birkaç eşleştirmeden sonra, fare tek başına çocukta güçlü bir duygusal tepki ortaya çıkardı. Bu şartlı korku aynı zamanda bir tavşan, bir kürk, Watson'ın kendi saçı ve hatta bir Noel Baba maskesi dahil olmak üzere daha önce nötr diğer kürklü nesnelere bir ölçüde genellendi. Albert'in korkusu 1 aylık süre boyunca yapılan değerlendirmeler sırasında daha az aşırı biçimde sürmüştür.

Birkaç yıl sonra, Watson'ın başka bir öğrencisi, Mary Cover Jones, çocukların korkularını azaltmak için çeşitli teknikler incelemiştir (Jones, 1924a, b). Örneğin, Peter adında 3 yaşındaki bir çocukta tavşan korkusunu azaltmaya yardımcı olmak için sosyal taklit kullanmıştır. "Her gün Peter ve diğer üç çocuk, bir oyun süreci için laboratuvara getirildi. Tavşana karşı tamamen korkusuz tutumda oldukları için diğer çocuklar dikkatlice seçildi" (Jones, 1924b, s.310). Diğer çocuklar tarafından verilen korkusuz örnekler Peter'in tavşan ile daha rahat olmasına yardımcı oldu, ama onun tedavisi kızıl hastalığı geçirmesi nedeniyle kesildi ve ilerlemesi büyük bir köpek ile bir korkutucu bir karşılaşma yaşaması nedeniyle tehlikeye girdi. Tedaviye devam ettiği zaman, doğrudan koşullama kullanıldı, Peter bir odada kafesteki bir tavşanı onun en sevdiği yemekleri beslediği bir sürece sokuldu. Her oturuma, Peter'in korkusuz bazı arkadaşları katıldı, tavşan biraz daha yakın bir ortama yerleştirildi. Bu prosedür Peter'in korkusunu ortadan kaldırdı, Peter, "Ben tavşanı seviyorum" diyerek sanki tedavinin sonuçlarını özetliyordu.

Albert ve Peter vakalarında korku ve diğer pek çok rahatsızlığın tedavisinde koşullama ilkelerinin uygulanması teşvik edildi, 1920'ler ve 1930'larda cinsel bozukluklar, madde kötüye kullanımı ve çeşitli anksiyete ile ilgili durumlar için öğrenme-temelli tedaviler görüldü.



Mary Cover Jones çocuklarda psikolojik bozuklukların davranışsal tedavilerinde öncü oldu.

TABLO 2.6

Davranışçı Yaklaşımın Temel Kavramları

1. Davranışçı psikologlar insan davranışının koşullanma ve gözlemle öğrenildiğini savunur.
2. Psikolojik sorunların duruma özgü ya da bir grup duruma özgü olarak öğrenildiğini varsayar.
3. Davranışçı terapi duruma-özgü öğrenilmiş uyumsal olmayan tepkilere asıl olarak odaklanır.
4. Davranışçı terapi görgül çalışmalardan ortaya çıkar ve tedavi etkililiğini değerlendirmede veri toplanmasını önemser.

Davranış terapisi terimi ilk olarak kronik şizofrenlerin işlevselliğini geliştirmek için edimsel koşullanmanın kullanımını tanımlayan 1953 tarihli makalede çıktı (Lindsley, Skinner ve Solomon, 1953). Ancak, davranış terapisi önemli bir tedavi yaklaşımı olarak statüsünü elde etmek için 1950'lerin sonlarını ve 1960'ları bekledi. Güney Afrika, İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri'nde Joseph Wolpe, Stanley Rachman, Arnold Lazarus, Hans Eysenck, Knight Dunlap, Andrew Salter ve diğerleri arasında bu tedavi yaklaşımı yaygın olarak dikkati çekmeye başladı. Daha sonraki bölümlerde kesitler halinde özetlenen davranışsal tedavi yöntemlerinde yukarıdaki araştırmacıların çalışmaları temel oluşturdu. Onların çalışmaları, Psikoterapide Karşılıklı Engellenme (Psychotherapy by Reciprocal Inhibition, Wolpe, 1958), Klinik Uygulama ve Araştırmada Koşullanma Teknikleri (Conditioning Techniques in Clinical Practice and Research, Franks, 1964), Davranış Değiştirmede Vaka Çalışmaları (Case Studies in Behavior Modification, Ullmann

ve Krasner, 1965) ve Davranış Terapi Teknikleri; Nevrozların Tedavisinde bir Rehber (Behavior Therapy Techniques: A Guide to the Treatment of Neuroses, Wolpe ve Lazarus,1966) olmak üzere birçok etkili kitapta tanımlanmıştır.

B.F. Skinner'ın Bilim ve İnsan Davranışı (Science and Human Behavior) (1953) edimsel koşullanmanın tedavi amaçlı kullanımına ilişkin bir plan sunar (Tablo 2.6'ya bknz.,)

Bilişsel Yaklaşım

Bilişsel yönelimli araştırmacılar ve terapistler, gelişimsel bozuklukların oluşmasında benlik hakkında bazı bilişleri özellikle önemli görürler (Salovey ve Singer, 1991). Bu düşünceler genellikle duygulara bağlı olduğundan, kişilerin kendileri ve başkaları ile olan ilişkileri hakkında nasıl hissettiğini etkiler. Bilişsel terapistler danışanın bilişlerini (inanç, şemalar, öz-ifadeler ve problem çözme stratejileri) etkileyerek işlevsel olmayan davranışı değiştirmeye çalışır.

Kökenleri. Klinik psikolojide bilişsel yaklaşım psikolojinin bütününü etkileyen "bilişsel devrim"den büyüdü. Bu devrim, psikolojinin içindeki ve dışındaki gelişmelerle izlenebilmektedir. Dış etkiler arasında matematiğin, biyolojinin, yapay zekânın ve özellikle bilgisayarın gelişimindeki ilerlemeler bulunmaktadır.

1948 yılında, MIT'de matematik profesörü olan Norbert Wiener, Sibernetik (Cybernetics) veya Kontrol ve Hayvanda ve Makine İletişiminde Kontrol (Control and Communication in the Animal and the Machine) kitaplarını yayınladı. Wiener geri bildirim ve kontrol iç mekanizmalarıyla ilgilendi. Girdi, çıktı ve geri bildirim gibi terimler kitabı popüler hale getirmeye yardımcı oldu.

Alan Turing ve Ludwig von Bertalanffy gibi diğerleri, fonksiyonel sistemler, içsel rutinleri anlamak için işlevsel sistemlere ulaşma yolları üzerinde çalışıyorlardı (Boeree, 2006). Bu çabalar bilgisayarda (donanım), insanların geliştirdiği geri bildirim ve kontrol rutinlerinin ("yazılım") kullanımına yol açan gelişmelerle çakıştı.

Psikologlar da, iç rutinlerin normal ve anormal davranışları açıklamada nasıl etkili olduğu üzerinde spekülasyonlara başladı. Tabii ki, ruhsal olaylar hakkında spekülasyon yeni bir şey değildi, ama o zihinsel deneyimlerin özellikle Kuzey Amerika'da, görgül psikolojinin içinde davranışçılığın doruk noktasına çıktığı zamanlarda bastırılmış olduğu hatırlanmalıdır. Ancak 1960'lardan bu yana, zihinsel yapılar fikri George Miller (hafıza, insan faktörleri), Noam Chomsky (dil gelişimi), Jean Piaget (çocuklarda bilişsel gelişim) ve diğerlerinin eserlerinde akademik psikolojinin ana çalışmaları içine sızdı. Bilgisayar analojileri ve bilgi işleme dili, psikanaliz ya da hümanistik psikoloji tarafından önerilen kavramların daha az spekülatif görünmesine, görgül odaklı psikologların zihinsel yaşam hakkında konuşmasına fırsat verdi.

Uygulamacı klinisyenler de zihinsel olayların düşünülmesinde bakış açılarını genişlettiler. Davranışçı klinisyenler psikanaliz kavramlarını kullanmadılar, daha çok laboratuvar araştırmaları ve görgül psikolojinin gözlenebilir olaylarına yakın kalmayı tercih ettiler. Davranışsal klinisyenlerde danışanların kendi koşulları ile ilişkili kaçınmalarını önlemek henüz rahatsız ediciydi. Danışanların atıfları veya değerlendirmeleri olarak bilinen olayların nedenleri ve sonuçları sorunlarında önemli bir rol oynar gibiydi.

Bir klinik psikolog olan, George Kelly, belki ilk bilişsel klinik psikologtur (Reinecke ve Freeman, 2003). İnsan davranışının kişisel yapılar ya da dünyayı sezme yolları tarafından belirlenebileceği temel varsayımına dayalı bir kuram geliştirdi (Kelly, 1955). Kelly'e göre, bireylerin davranışlarının sonuçları hakkında beklentileri kendi benzersiz çalışmasıyla uyum içinde hareket eder. Kısacası, yaşam hakkında insanların yapıları kendi gerçekliğini oluşturur ve davranışlarını yönlendirir. Örneğin, bıçağı eline alan kişiyi tehlikeli olarak gören biri bıçağı eline aldığında dikkatli olacaktır. "Keskin bıçaklar tehlikelidir" yapısı doğrulanmıştır çünkü dikkat dikkatsizliğin sonuçlarının sezilmesi ile ilgili doğru bir beklentiye yansır ve kazaları önlemeye yardımcı olur. Kelly'nin bakış açısında, insanların temel amacı kendi içgüdülerini tatmin ya da ödülleri maksimize etmektir ama kendi kişisel yapılarını doğrulamak ve böylece onları algıladıkları gibi dünyanın mantıklı olması değildir. Bilim insanlarının bir fenomeni keşfetme sürecindeki gibi, insanlar hayatlarındaki olguları anlamak ve onları tahmin etmek isterler.

Kelly'in kuramına göre, bozuk davranışlar, kişi sosyal deneyimleri hakkında, yanlış basitleştirilmiş veya başka hatalı yapılar geliştirdiğinde oluşur. Bir bilim insanı hatalı yapılardan yanlış tahminler yapacaktır, kendi kişisel yapıları onları günlük olayları tahmin etmek ve anlamak için izin vermiyorsa kişinin uygunsuz davranması muhtemeldir. Tüm olaylar ve insanlar bunları bozmadan bu şekilde sınıflandırılabilir, çünkü böylece "iyi" veya "kötü" olarak hayatta her şeyi sınıflayan bir insan sorunlara sahip oluyor. Böyle biri, tüm üniversite öğrencileri, siyasal aktivistler ve yabancıların kötü olduğunu ve tüm çocukların, doktorların ve din adamlarının iyi olduğunu, ancak hayatlarının en azından bir parçasında yanlış olacaklarına karar verir. Ayrıca, diğerleri tarafından, dar görüşlü, önyargılı ve zayıf bir karakter yargıcı olarak görülecektir. Onun kişilerarası ilişkileri muhtemelen fırtınalı olacaktır.

Bilişsel yaklaşımda başka etkili bir kişi Albert Ellis oldu (1962, 1973, 1993). Akılcı-duygusal terapinin temel ilkesinde bunun kanıtı açıktır:

> Birçok yüklü duygusal Sonuç (S, Consequence-C) önemli bir Aktive Edici Olayı (A, Activating Event-A) izlediğinde, A görünebilir ama aslında S'ye neden olmaz. Aslında, duygusal sonuçları büyük ölçüde B-Bireyin İnanç Sistemi (B, Belief System-B) tarafından oluşturulur. Bu nedenle, şiddetli anksiyete gibi istenmeyen sonuçlar oluştuğunda bu, genellikle kişinin mantık dışı (irrasyonel) inançlarından izlenebilmektedir ve ne zaman

bu inançlar akılcı (rasyonel) olanlarla meydan okunarak etkin bir şekilde reddedilirse (D Noktasında, Dispute), Sonuçları kaybolur ve sona erer (Ellis, 1973, s. 167).

Ellis'e göre terapistin görevi, bu mantık dışı, gerçekçi olmayan, kendi ile çatışan inançlarını etkilemek ve kişiyi üzmeyen daha akılcı ya da mantıksal düşünce kalıplarını danışanlarına öğretmektir (Ellis, 1962; Ellis ve Dryden, 1987; Ellis ve Grieger, 1977). Psikanalizin aksine, burada üzücü olaylar örtük bir biçimde bilinçten gelir, kaygı ve işlev yitimine yol açan anahtar düşünceler danışanın cümlelerinde oldukça açık gözlenir (örn, "kimse beni sevmiyor" cümlesi danışanın kimse tarafından sevilmeye değer olmadığı inancını gösterir; "Onlara hayır demeye asla tahammül edemem" cümlesi reddedilme toleransının olmadığı inancını ortaya koyar). Ellis ızdırap içinde kendilerini telkin eden irrasyonel fikirlerini bırakmaya danışanlarını ikna etmek için güçlü ve doğrudan iletişimin kullanımını savundu. Bilişsel terapist aktif, zorlu, sergileyici ve hatta bazen yıpratıcıdır.

Aaron Beck'in kuramları (1976) gibi, diğer bilişsel terapi çeşitleri, depresyon gibi belirgin rahatsızlıklarda ne tip belirgin düşüncelerin hastalığa özgü olduğunu ayrıntılı olarak dikkate aldı. Bilişsel aktivite ve sosyal davranışlar arası ilişkiyi tanımlayan Albert Bandura (1986) ve Walter Mischel'in (1993) kuramları gibi kuramlar da dahil bütün bu kuramlar ilişkilidir. 8. Bölüm "Davranışsal ve Bilişsel-Davranışçı Psikoterapiler"de (Tablo 2.7'ye bknz.), bu psikologların katkılarını ele alacağız.

Bilişsel kuramlar, psikodinamik, hümanistik ve davranışçı yaklaşımların özelliklerini paylaşır. Örneğin, bazı bilişler, sanki psikodinamik kuramdaki gibi anksiyete ve kaçınmaya yol açabilir, ancak bilişsel kuramcılar bilinçsiz olanlardansa bilinçli düşünceler ve duygulara bakar (Bandura, 2001).

TABLO 2.7

Bilişsel Yaklaşımın Temel Kavramları

1. Davranış sadece uyaran ve tepki arasındaki öğrenilen bağlantılardan değil, aynı zamanda bireylerin olaylar hakkında nasıl düşündüğünü incelemekten gelişir.
2. Bireyler kendilerini etkileyen olayları anlayarak kendine özgü yöntemler geliştirir ve bu açıklamalar nasıl hissettiğimizi ve nasıl davrandığımızı etkiler.
3. İnsanların inançları (varsayımlar, açıklamalar, atıflar) en çok korktuğumuz şeylere katkı yaparsa psikolojik sorunlar gelişebilir. Örneğin, depresif bir kişinin sevilmediğine dair inancı onu ketumluğa itebilir bu da nihayetinde onun diğerleri tarafından ulaşılmaz görünmesine sebep olur (hatalı geri besleme döngüsü).
4. Terapistler, danışanlarının rasyonel davranışlarını değerlendirmek, hipotezlerini sınamaya teşvik etmek, alternatif inançlarını keşfetmek ve alternatif inançlarını uygulamak ile meşguldür.

Hümanistik psikolojide olduğu gibi, olaylar hakkında insanların algıları ve inançları onların nasıl davrandığını belirler, ancak bilişsel psikologlar belirli inanç türleri (kendine yönelmiş inançlar, negatif olaylar için açıklamalar) üzerinde özellikle odaklanmıştır. Bilişsel terapistler ve davranışçı terapistlerde ortak çok şey vardır. Bilişsel yönelimli terapistler davranış terapistleri gibi, dış olaylar (uyaranlar) ve davranış (yanıtları) arasındaki öğrenilen bağlantılara odaklanırlar, ama bilişsel terapistler buna bilişin aracı rolünü ekler. Her ikisi de danışanları değiştirmeye yardımcı olmak için öğrenme ilkelerini kullanır: davranış terapistleri uyumsuz davranışları değiştirmek için, bilişsel terapistler de bilişleri değiştirmek için çabalar. Aslında, bilişsel ve davranışçı yaklaşımlar ortak birçok yöne sahiptir ve bu, bunların birleşmesi şeklindeki bir sonraki kısımda tartıştığımız gelişmeyi sağlar.

Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım

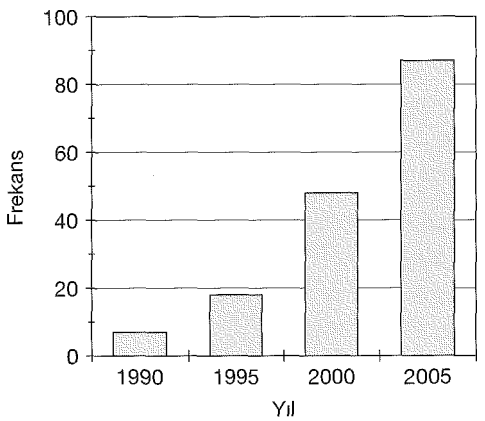
Başlangıçta, davranışsal ve bilişsel yaklaşımların kavramsal karşıtlığı vardı: sıkı davranışçılar "zihincilikten (mentalizmden)" nefret ediyordu ve bilişsel psikologlar da davranışçıların çok sıkı olduğuna ilişkin katı bir görüşe sahipti. Ama 1960 ve 1970'lerin başlarında olduğu gibi, davranışsal ve bilişsel kamplar arasında bir ateşkesin belirtileri vardı (Mahoney, 1977). Davranışsal yönelimli terapistler çeşitli bozuklukların bilişsel önemini fark etti ve bilişsel yönelimli terapistler bilişsel değişimin davranış değişikliğine de çevrilmesinin önemini tanıdı. Albert Ellis, örneğin, (irrasyonel inançlara ek olarak) belirli davranışların önemine odaklanmayı kavradı; sonunda akılcı-duygusal terapi yaklaşımının adını akılcı-duygusal-davranış terapisi olarak değiştirdi (Ellis, 1993).

Davranışçı ve bilişsel yaklaşımların birleştirilmesinin başka nedenleri vardı. Her ikisi de işleyişte belirli yönlerin tedavisine odaklanmış, klinik psikoloji alanında görgül gelenekten gelmiş ve hem de altta yatan kuramlarını, değerlendirme teknikleri ve psikoterapi sonuçlarını test etmek için iyi kontrollü araştırmayı vurguluyorlardı.

Sonuçta terapinin iki formu aslında farklıydı ama şimdi genellikle bilişsel-davranışçı terapi ya da BDT birlikte uygulanmaktadır. Bilişsel-davranışçı terapi, bir terapi teknikleri ailesi anlamına gelir ve aslında davranışsal veya bilişsel olarak geliştirilen yaklaşımlardır. Şimdi de hem davranışsal ve hem de bilişsel ilkeleri kullanılarak geliştirilen iyileştirmeler ve bütünleştirmeler içerir (Reinecke ve Freeman, 2003). Dünyada davranış terapisi dernekleri şimdi genellikle isimlerine bilişsel terimini eklemiştir (Reinecke ve Freeman, 2003) ve psikoloji kitaplarında iki sistemin mevcut popülerliğine tanıklık edercesine bu yaklaşım bir arada sergilenir (bknz. Şekil 2.4).

Grup, Aile, Evlilik ve Sistem Yaklaşımları

20. yüzyılın ikinci yarısında, psikodinamik, insancıl ve bilişsel-davranışçı yaklaşımlara birçok alternatif geliştirildi. Bu alternatiflerin çoğu insanların davranışlarını geliştirenin yaşadıkları ilişki sistemlerinin bir yansıması olduğu görüşünü paylaştı.



ŞEKİL 2.4 1990-2005 yılları arasında Bilişsel Davranışçı Teriminin APA-PsychINFO Dergilerinde Geçme Sıklığı

Bu alternatif yaklaşımlara biz grup veya sistemler diyoruz, yaklaşımlar kuramsal temelleri ve uygulama açısından oldukça çeşitlidir ama hepsi bir bireye doğru olmaktansa daha çok bir grup ya da çiftin etkileşimine yönelik müdahaleleri vurgular.

Grup terapisi, sosyal odaklı terapilerin birincisiydi ve ilk olarak Joseph Pratt tarafından Boston'da 20. yüzyılın başında uygulanmaktaydı (Dies, 2003). Daha sonra, İkinci Dünya Savaşı zamanında profesyonel personel sıkıntısı ile kuramda gelişmeler olmaya başladı ve grup terapisi danışanların fazlalığına (genellikle asker ve gazileri) ve klinisyenlerin eksikliğine pratik bir cevap oldu. Grup terapisinin, özellikle 1960 ve 1970'li yıllarda popülaritesi büyüdü ve artık kendi başına bir değerli müdahale olarak kabul edildiği noktaya ilerledi.

Klinik psikolojideki her ana yaklaşım grup terapileri geliştirdi; analitik gruplar, danışan odaklı gruplar, Gestalt grupları ve bilişsel-davranışçı gruplar. Tahmin edebileceğiniz gibi gruplar, yöneten kişinin benimsediği yaklaşıma bağlı olarak biraz farklı yapılır. Örneğin, bazı psikodinamik kuramcılar terapistlerin bireysel üyelerdense kolektif, grup düzeyinde çatışmalar ve savunmaları yorumlaması gerektiğini düşünmektedir (örneğin, Bion, 1959). Davranışcı ve bireysel yönelimli klinisyenler uyguladıkları tekniklerin çok sayıda danışana müdahaleye kolayca adapte olduğunu bulmuşlardır. Örneğin, davranışçılar gözlemlenebilir davranışların, sosyal ödülün, model almanın ve açık öğrenmenin diğer formlarının bir grup bağlamında artabilmesini önemsemiştir. Hümanistik yönelimli

terapistler bilinçli deneyim ve burada-ve-şimdi iletişim tarzına dikkat etmenin altını çizmiştir. Bu teknikler grup terapisinin birçok formunda ve diğer çok kişiye yapılan müdahalelerde merkezi olmuştur. Gruplar ayrıca birçok profesyonel olmayan kendi kendine yardım örgütlerinde de popüler olmuştur (Gottlieb ve Peters, 1991). Kilo-kontrol grupları, atılganlık grupları, bilinçlendirme grupları ve Adsız Alkolikler yaygın örnekleridir.

Son yüzyılın ortalarında, çocuk klinik psikologları tarafından geliştirilen aile terapisi ebeveynlerin dahil olması durumunda davranış problemlerinin tedavisinde daha etkili olduklarını fark etti. Bazı terapistler çocuk sorunlarına bireysel olarak çocuğun sorunu olmaktansa aile işlev bozuklukları olarak bakmaya başladı. Okul Öncesi Çocuğun Aile Tanısı'nda Ackerman ve Sobel (1950) çocuğun tanı ve tedavisi yerine ailenin tanı ve tedavisi olmalıdır görüşünü benimsedi.

Ayrıca, aile terapisinin yükselişinde, aile iletişim şekillerinin şizofreninin gelişmesini etkilemesine yönelik çalışmalar (Bateson, Jackson, Haley ve Weakland, 1956) ve aile etkileşimlerinin suça nasıl katkıda bulunduğuna yönelik çalışmalar (Minuchin, Montalvo, Guerney ve Shumer 1967) etkili oldu. Odak, bir sistem olarak aile oldu.

Aile terapisi ile birlikte hareket eden evlilik terapisi hareketi oldu. İlk evlilik terapistleri genellikle kadın doğum uzmanları, jinekologlar, din adamları, sosyal hizmet uzmanları ve eğitimcileri oldu. Klinik psikologlar tarafından verilen birleşik evlilik terapileri (aynı anda her iki çifti de tedavi eden) 1970'lere kadar olağan değildi. Başlangıçta, klinik çalışma, çoğunlukla çiftlerin kültürel olarak kabul edilen evlilik rollerine uyuma yardımcı olmak ve cinsellik ve ebeveynlik gibi evlilikteki pratik konularda tavsiyelerde bulunmak üzerinde duruldu (Gurman, 2003).

Psikologlar evlilik çatışmalarına dahil olduğunda, evlilik terapisini destekleyen kuramlar genişledi. Jay Haley ve Kaliforniya Ruhsal Araştırma Enstitüsü'nden Don Jackson gibi terapistler aile terapisinde "aile sistemi" fikirlerini çok benimsediler ve bunları evlilik terapisine uyguladılar (Gurman, 2003). Tahmin edilebileceği gibi davranışçılar (örneğin, Stuart, 1969) ve bilişsel davranışcılar (örneğin, Baucom ve Epstein, 1990), insancıl yönelimli terapistler, evlilik terapisi yaklaşımları geliştirdiler (örn., Satir, 1967).

Evlilik ve aile terapilerinin ilerlemesini etkilemiş faktörler birçok rehabilitasyon ve önleyici müdahalelerin gelişimine de katkıda bulunmuştur. Birçok rehabilitasyon çabalarına geniş toplum içinde danışanların yardımı dahil edildi. Önleyici müdahaleler toplumsal müdahaleye vurgu yapmayı bir adım daha ileriye götürdü. Örneğin, madde kullanımını önleme çabaları birçok kişinin uyuşturucudan kaçmasını arttırmak ve kullananlarda etkisine karşı "bağışıklık geliştirmek" için tasarlanmıştır. Biz 9. Bölümde bu alternatif grup, aile, evlilik ve sistemle ilgili terapileri "Klinik Müdahalelerin Alternatif Biçimleri" bölümünde keşfedeceğiz (Tablo 2.8'e bknz.,).

Klinik Psikolojideki Biyolojik Etkiler

Klinik psikolojideki çeşitli yaklaşımlar geleneksel olarak, bilinçdışı çatışmalar, öğrenilmiş bağlantılar, kendiliğin algısı gibi psikolojik değişkenleri vurgular, fakat çok azı bozuk davranışların tamamen anlaşılmasında biyolojik etkenleri ele almaya karşı çıkacaktır. Klinik geleneğinde ilk zamanlardaki psikiyatristler psikopatolojiyle ilgili biyolojik faktörleri temel aldı, nörobilim, deneysel psikopatoloji, davranış genetiği ve ilgili alanlarda daha yeni araştırmalar yaparak klinisyenleri davranışlar ve zihinsel süreçlerde biyolojik bir arka plan olduğu konusunda bilinçlendirdiler.

TABLO 2.8

Grup, Aile, Evlilik ve İlgili Sistem Yaklaşımlarında Temel Kavramlar

1. İnsan davranışı sosyal bağlamlarda gelişir ve devam eder.
2. Roller, inançlar, davranışlar arası kilitleme sistemi ve geri bildirim mekanizmaları iyi veya kötü çalıştırılabilir.
3. Grup, aile ve evlilik terapistleri etkileşimdeki belirgin örüntülerle ilişkili girişimlerde bulunur ve sistemdeki insanlar için belirli değişim elde etmeye odaklanırlar.

Bu genetik arka plan, genetik olarak miras gelen özellikler, hem de beyin ve diğer organlar ve hem normal hem de anormal davranışlar gibi her türlü davranışın altında yatar (Bernstein, Penner, Roy ve Clarke-Stewart, 2008).

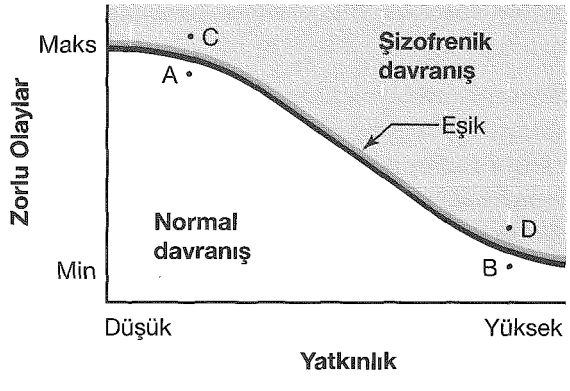
Biyolojik faktörler çeşitli şekillerde ruhsal bozuklukları etkileyebilir. Bazen, etkisi, alkol veya diğer maddeler zehirlenmeye neden olduğunda, beynin bazı bölgelerinde nöronların dejenerasyonu Alzheimer hastalığına neden olduğunda, genetik anormalliklerin zihinsel geriliğin belirli türlerine neden olduğunda olduğu gibi doğrudandır. Diğer hastalıklar, birden fazla nedenden olabilir, ancak bazıları biyolojik faktörler içerir. Bazı hastalığa yol açan çoklu yollarda depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, şizofreni ve kişilik bozukluklarının çeşitli alt tiplerinde görünüm olarak şüphe edilmektedir.

Klinisyenler de bozukluklara biyolojik katkılar bulmanın, otomatik olarak psikolojik tedavilerin değerini azaltmadığını fark ederler. Bu yüzden, çocuğun hiperaktivitesi nörolojik kusurundan takip edilirse, bilişsel-davranış terapisi yerine ya da ek olarak, ilaç tedavisi bir çözüm olabilir. Klinisyenler ruhsal rahatsızlıklarda biyolojik nedenlerle de ilgilenmeye başlamıştır çünkü bu faktörler genellikle psikolojik müdahale ile değişikliğe uğratılabilir görünmektedir. Sağlık psikolojisi ve nörobilim araştırmalarının zihin ve bedenin birbirini etkilediğine ilişkin bizim daha yeni anlamaya başladığımız bulguların örneğini, 12. Bölüm "Sağlık Psikolojisi" ve 13. Bölüm, "Klinik Nöropsikoloji," de göreceksiniz. Kısacası, psikopatolojide biyolojik değişkenlerin öneminin farkına varmak klinik psikolojideki

geleneksel yaklaşımları alâkasız hale getirmez, aslında soruşturma yelpazesini derinleştirir ve genişletir.

Klinik araştırmacılar, bugün, üç nedensel bileşenin biri olarak görülen biyolojik faktörleri içeren psikopatolojideki yatkınlık-stres bakış açısına özel dikkatle eğilmektedir. İlk bileşen, *yatkınlık*tır (diyatez); *biyolojik* bir kusurun varlığı, genellikle beyinde, otonom sinir sisteminde veya endokrin sistemde biyokimyasal ya da anatomik problemin varlığıdır. Bu kusur ya da bir dizi kusur genellikle kalıtsaldır ama aynı zamanda fiziksel travma, enfeksiyon veya diğer hastalık süreçleri sonucunda da olabilir. İkinci bileşen *psikolojik bozukluk geliştirmeye hassas (vulnerable) bir yapı*da olmaktır. Bazı yatkınlıkları taşıyan insanların riskli olduğu veya bu yatkınlıklarla ilişkili olan bozuklukların gelişmesine eğilimli oldukları söylenir. Üçüncü bileşen ise *patojenik (hastalığa neden olan) bir stresin varlığı*dır. Risk altındaki kişiler belli bir strese maruz kaldığında, hastalığa olan yatkınlıkları bir bozukluğa dönüşebilir. Buna karşın, aynı riskteki bireyler daha az stresli çevresel deneyimlerle karşı karşıya kaldığında, onların yatkınlıkları klinik olarak önemli bir rahatsızlık olarak kendini asla ifade etmez.

Yatkınlık - stres bakış açısı biyolojik, psikolojik ve çevresel nedenleri entegre eden ve içeren şizofreninin yatkınlık modelinin oluşumunda kullanılmıştır (Cornblatt ve Erlenmeyer-Kimling, 1985; Zubin ve Bahar, 1977). Bu model şunu önerir (a) şizofrenide yatkınlık aslında temelde biyolojiktir; (b) farklı insanların yatkınlığı farklı derecelerdedir; (c) yatkınlık genetik yoluyla ve kısmen de doğum öncesi risk faktörleri, doğum komplikasyonları ve diğer problemler gibi nörogelişimsel anormallikle ilerler (Barr, Mednick ve Munk-Jorgensen, 1990; DiLalla ve Gottesman, 1995; Tyrka ve diğerleri, 1995); ve (d) bir tür kötü ebeveynlik ya da yetersiz başa çıkma becerilerine maruz kalma gibi psikolojik bileşenler, şizofreninin oluşup oluşmamasında ve ne kadar ciddi olacağında rol oynar (Wearden, Tarrier, Barrowclough, Zastowny ve Rahill, 2000).



ŞEKİL 2.5 Şizofreninin yatkınlık modeli Bu modele göre, şizofrenide güçlü bir yatkınlık ve çok az bir çevresel stres (D noktası), veya zayıf bir yatkınlık ve birçok stress (C noktası) ya da herhangi bir olası kombinasyon şizofreni eşiğini kişinin geçmesine yol açar.

Şekil 2.5 'de gösterildiği üzere, hassasiyet ve stresin çok farklı şekilde karışımı şizofreniye yol açabilir. Yatkınlık - stres perspektifi doğrultusunda, eğer çevresel talepler, aile çatışmaları ve diğer stres kaynaklarına maruz kalırlarsa, şizofreniye yatkın insanlar büyük olasılıkla gerçekten şizofren olacaktır. Aynı stres altında daha az yatkın olan kişilerde bu durumun şizofreniye yol açması beklenmez.

Anormal psikoloji üzerine çok sayıda ders kitabı ruhsal bozukluklarda biyolojik faktörleri ayrıntılı olarak açıklar ve açıklayıcı olarak yatkınlık -stres bakış açısını kullanır. Biz kalan bölümler boyunca çeşitli noktalarda biyolojik etkileri ele alacağız.

Yaklaşımların Karşılaştırılması: Bir Örnek Vaka

Çeşitli tedavi yaklaşımları klinik psikologlar tarafından nasıl uygulanabilir? Tam da bu noktada, bir vakayı ele alalım:

> Anna B, 17 yaşında liseye giden bir genç, bir yeme bozukluğu ve olası depresyon şüphesiyle psikoloji kliniğine doktoru tarafından sevk edilmiştir. Düşük kiloludur ve bu yüzden adet görmesi durmuştur, diğer fiziksel rahatsızlıkları ile birlikte bir boğaz ağrısından yakınıyordur. Uyumakta zorlandığını da ayrıca belirtiyordur. Annesi Anna'nın zengin, üst-orta sınıf bir ailenin sevgi dolu ve destekleyici bir ortamında olduğunu belirtmektedir ve Anna son birkaç ay içinde karamsar ve depresiftir. İlk görüşme sırasında Anna intihar etmeyi düşündüğünü itiraf etmiştir. Gıda almayı kısıtlamıştır, kilo almaktan kaçmak için bazen kusmayı kullanıyordur. Anna'nın bileklerinde kesik izleri vardır ve bunu iki kez yaptığını belirtmiştir. Yakın görüştüğü iki arkadaşı olduğunu söylemiştir. 4 ay önce bir erkek arkadaşı ile ilişkiyi bitirdikten beri flört etmediğini, ama okul korosunda aktif olduğunu ve üniversitede şan eğitimi ile bunu sürdürmeyi umduğunu ifade etmiştir. Normalde okulda notu A iken, B ve C olmaya başlamış ve bu konuda derin kaygıları başlamıştır. Anna yeme bozukluğu olduğunu kabul etmeye isteksizdir, ama depresif olduğunu kabullenmiştir; başarılı olmak için sürekli baskı hissettiğini belirtmektedir, bunu yapmak için yeteneği hakkında şüpheleri vardır ve hayatın bu şekilde yaşamaya değer olup olmadığını merak etmeye başlamıştır.

Tüm kuramsal yaklaşımları temsil eden klinisyenler, emin olmak için Anna'nın hekime danışmasını isteyecektir ve o belirtilen ilaçlar da dahil olmak üzere gerekli tüm tıbbi tedaviyi alacaktır. İzin verilen eyaletlerde, özel eğitim almış bazı psikologlar kendileri ilaç reçetesi yazıyor olsa da hâlâ Anna'nın doktoru ile işbirliği içinde olabilir. Aile katılımının derecesi klinisyenin Anna'nın sorunları ve tedavisini anlamasına bağlı olarak çok değişse de çoğu psikolog, Anna'nın aile katılımını isteyecektir ve bu konuda girişimde bulunacaktır. Kısacası, farklı yaklaşımlardan klinisyenler olasılıkla farklı nedensel bir açıklamaya odaklanır, tanı ve değerlendirme prosedürleri ve tedavi teknikleri farklılaşır. Tablo 2.9'u inceleyerek farklı yaklaşımlarda uygulamalar hakkında bazı fikirler alabilirsiniz.

Psikanalitik terapistler olasılıkla Anna'nın davranışını motive eden bilinçdışı çatışmalar hakkında spekülasyonlarda bulunurlar. Anna'nın karşı durmaya çalıştığı, kendini aç bırakmasıyla birlikte sembolik, kaygı yaratan çatışmalarının farkına varmasına yardım etmek için tasarlanmış teknikleri kullanmayı isteyeceklerdir. Onun geçmiş ve şimdiki ilişkilerinin savunmalarına nasıl katkıda bulunduğunu anlamasına yardımcı olabilirler.

Hümanistik psikologlar olasılıkla Anna'nın benlik kavramı, semptomların ona ne ifade ettiği, semptomları nasıl anladığı ve yaşadığı üzerinde duracaklardır. Bu yaklaşımdaki psikologlar onun kontrol altında, büyük olasılıkla bir mükemmel olmak arzusu içinde eleştirel hale gelmiş yönlerini daha fazla kabul etmesi için yardımcı olacaklardır.

Davranışçı bir psikolog en depresif hissettiği zamanı ve gıda alımını sınırlandırdığı zamanı tanımak için Anna'nın öğrenmesine yardımcı olabilir. Bu yaklaşımda psikologlar, ona bu durumlarda davranışlarını incelemek ve bunun yanı sıra bu davranışları sırasında alabileceği potansiyel ödülleri bulmasına yardımcı olacaklardır. Muhtemelen Anna'nın kendini rahat hissedeceği (ve makul) bir kiloyu korumakta adım adım gıda alımı planı geliştirmeye ve ona kazanımlarını korumak için kendini ödüllendirmekte uygun yollar bulmasına yardımcı olacaklardır. Anna'nın depresyon duyguları ile ilgili davranışlar için de benzer programlar kurmasına yardımcı olabilirler. Aile üyelerinin davranışın hangi durumda oluştuğuna ilişkin kritik bir bileşeni olarak, bu terapistler büyük olasılıkla, bu tedavi planlarında aileyi de içereceklerdir.

Bilişsel klinisyenler Anna'yla konuşurken doğrudan ya da dolaylı olarak çıkan inanç ve varsayımları (örn., "Ben şimdiye kadar kendime başarısız olmaya izin vermedim" ,"Benim sosyal değerim benim görünümüme bağlıdır" ,"Hiç kimse beni sevmiyor") keşfetmesi ve varsayımlarla yüzleşmesi yoluyla davranışçı yaklaşımları ekleyeceklerdir. Uygulama sayesinde, Anna kendisi için bu ifadeleri mümkün kılan durumları tanıyabilir, onlara karşı gelebilmek için daha makul ve uyumsal kendilik sözcükleri geliştirebilir.

Aile terapistleri olasılıkla Anna'nın yeme bozukluğu ve depresyonda nasıl etkileyici dinamikleri olduğu üzerine odaklanacaktır. Açık ya da örtük açıklanmamış, yeraltında bırakılan aile içinde çatışmaları var mıdır ve eğer öyleyse, Anna'nın belirtileri onun anlamadığı ya da çözemediği bu daha geniş sorunlara bir reaksiyon mudur? Diğer aile üyeleri Anna ile nasıl bir etkileşimde ve Anna onlarla nasıl bir etkileşimdedir? Roller, beklentiler veya iletişim kalıpları Anna'yı veya başkalarını rahatlatmak veya daha fazla destekleyici ilişkiler yaratmak için değiştirilebilir mi? Sistem kuramcıları ve diğer yönelimlerdeki muhtemel terapistler, aynı zamanda varlıklı ailelerin bazı başarı odaklı genç kadınları üzerinde bu tür bir cinsiyete ya da kültüre dayalı baskı hissedip hissetmediğini anlamasında Anna'ya yardımcı olacaktır.

Her yaklaşımın tanı ve tedavi aşamalarında tam bir tedavisi de bu bölümün kapsamı dışındadır, ancak sonraki bölümlerde çok daha ayrıntılı olarak tedavi yaklaşımları anlatılacaktır.

TABLO 2.9

Psikoterapide Ana Yaklaşımların Temel Kavramları

	Psikodinamik	**Hümanistik**	**Davranışçı**	**Bilişsel**	**Sistemik**
İnsan Doğasına Bakışı	Zihinsel yaşamın çoğu farkındalıktan saklanmıştır ve çatışmalar karmakarışıktır	İnsan doğası genellikle gelişim odaklıdır; algı gerçektir	İnsan davranışı asıl olarak koşullama, pekiştirme, ve benzer süreçler yoluyla öğrenilir	Bilişler öğrenilmiştir ve olaylar (uyaran) ve hareketlerde (tepki) aracıdır	İnsan davranışı yayılmıştır ve sosyal bağlamda anlaşılır
Patolojiyle ilgili Temel Varsayımı	Bilinçdışı çatışmalar geçmişten gelir ve bugünde bilinçdışı rol oynar	Gerçek benliğe yabancılaşma duygulardan kaçınmaya yol açar	Durumlarda uyumsal olmayan tepkiler öğrenilir	Özellikle kendilikle ilgili uyumsal olmayan bilişler öğrenilir	Fonksiyonel olmayan sistemler
Terapötik Müdehale Odağı	Bilinçdışı çatışmalar ve tarihsel geçmişteki uyumsal olmayan örüntüler	Acil deneyimler	Belirgin gözlenebilir davranışlar, bunları tetikleyen öncüller, ve pekiştiren sonuçlar	Öncüller ve sonuçlar arasındaki uyumsal olmayan bilişler (atıflar, inançlar vb)	Grup, aile rolleri, ve etkileşim örüntüleri
Terapistin Rolü	"Arkeolog" gibi danışanın intrapsişik çatışmalarını yöneten yakın olaylar ve geçmişini anlamaya yardımcı	"Ayna" gibi danışanın anlaşıldığı kabul edildiği ve değer verildiği bir ortam yaratma	"Koç" gibi: danışana belirleme, plan yapma. Belirgin davranış değişimleri yapması ve bunları devam ettirmesine yardım etme	"Bilim insanının": alıştığı düşüncelerini, değiştirmesi, yüzleştirmesine yardım etme	"Sosyal planlayıcı": grup üyelerinin rollerinde değişim yapması ve gruplararası ilişkiler ve iletişim örüntülerini değiştirmeye yardım etme

Bu Kısmın Özeti: Klinik psikoloji için psikodinamik ve davranışsal yaklaşımların temelleri II. Dünya Savaşı'ndan önce gelişmişti ancak tedavi klinisyenler için merkezi bir etkinlik olduğunda, bu yaklaşımlar savaştan sonra artmıştır. Tedaviyle ilgili daha sonra gelişen diğer yaklaşımlar: hümanistik, bilişsel, grup / sistemik ve bilişsel-davranışçı gibi melez yaklaşımlardır. Bu "okullar" kinik psikolojide baskındır, alanın en hızlı döneminde kuram ve uygulamayı şekillendirir. Bugün güçlü konumları devam etmektedir.

BELİRLİ BİR YAKLAŞIM BENİMSEMENİN ARTILARI ve EKSİLERİ

Bu Kısma Bakış: Klinik psikolojideki tek bir kuramsal yaklaşım, insan davranışları hakkında kafa karıştırıcı büyük miktarda bilgileri düzenlemede yardımcı olabilir. Aynı zamanda değerlendirme ve tedavi faaliyetlerinde klinisyenlere doğrudan yardımcı olabilir. Ancak, tek bir yaklaşımı benimsemek miyopi yaratır ve klinisyenler bir yaklaşımın savunuculuğunda katı ya da dogmatikse, bu disiplinin gelişimini engelleyebilir.

Klinik psikolojiye bir yaklaşım, düşünce ve uygulamaya rehberlik etmek üzere klinisyenlere bir çerçeve sağlar. Değişkenlerin geniş aralığını birkaç biçimde yönetilebilir olanla daraltmakta fayda vardır. Böyle yaparak, klinisyenler daha sonra kolayca bu değişkenler arasındaki ilişkileri not alabilir. Davranışın nasıl geliştiği ve sorunlu hale geldiği açıklamaları yapabilirler ve test edebilirler. Açıklamalara dayanarak, klinisyenler daha sonra ilgilendikleri alanlarda etkili şekilde veri elde etmeyi sağlayan değerlendirme yöntemleri geliştirebilir, belirli problemler ya da kişilerde kullanılabilecek tedavi yöntemleri geliştirebilirler ve bu müdahale yöntemlerinin etkililik derecesini keşfedecek araştırmalar yapabilirler. Klinisyenin yaklaşımı tüm bu faaliyetleri yönlendirir.

İronik bir şekilde, klinik psikolojide belirli bir yaklaşımı benimsemek yalnızca bir pusula ve rehber olarak değil, aynı zamanda bir göz maskesi olarak da işleyebilir. Yeni klinik yaklaşımlar geliştikçe, genellikle diğer yaklaşımların varsayımlarını reddederek kendini tanımlar (örn. davranışçı yaklaşımlar gözlemlenebilir davranışları benimsemiş ve bilinçsiz ve gözlenemeyen zihinsel olayları reddetmiştir; hümanistik yaklaşımlar psikanalizin ve davranışcılığın deterministik varsayımlarını reddetmiş, şimdi ve burada kendilik farkındalığını benimsemiştir). Klinik eğitim genellikle yaklaşımlar arasında algılanan farklılıkları birleştirir. Bir kuramsal yönelim lehine lisansüstü eğitim programlarını tamamlayan bazı terapistler ve araştırmacılar, daha az ya da çok otomatik olarak, diğerlerindense kendi yaklaşımlarını savunurlar.

Her özel bir yaklaşıma olan bu bağlılık sağlıklı bir şüphecilikten fanatik takipçilik aralığında ilgilenenleri çekmek eğilimindedir. Bazı klinisyenler davranışlara ilişkin düşüncelerinin tamamen kendi benimsedikleri yaklaşım tarafından organize olmasına izin verirken katı olmaya başlarlar, yeniliklere ve diğer yaklaşımların potansiyel olarak değerli fikirlerine kapalı olabilirler. Gold ve Strick-

ler (2006), çeşitli psikoterapi yaklaşımlarına bağlı taraftarların "diğer yaklaşımlara karşı güçlü yabancı korkusu içinde ve isteksiz olduğunu kendi yaklaşımından farklı psikoterapi yaklaşımına sırtını döner" şekilde olduklarını ileri sürmüştür (s.3).

Ama aynı zamanda farklı yaklaşımlar arasında "saha savaşlarının" sağlıklı yönleri olabilir. Bir disiplin temel bilimsel uygulamalar tarafından yönlendirildiği sürece, rekabet eden bakış açıları, araştırmaları teşvik eder ve araştırmalar kuram ve uygulamayı ilerletir, bu da bozukluklarının nedenleri ve tedavilerin etkinliği hakkında sorulara cevap bulmaya yardım eder. Neyse ki, bu gelişmeler klinik psikolojide olmuştur. Bölüm 10'daki, "Klinik Müdahalede Araştırma" da tam olarak tartışacağız.

Yıllar içinde yapılan araştırmalar göstermiştir ki, tedavi etkililiğini pazarında köşeyi dönmüş tek bir yaklaşım yoktur ve her bir yaklaşımın eşit düzeyde etkili olduğunu söylemek de henüz doğru değildir. Şimdiye kadar tartıştığımız yaklaşımların her biri belirli sorunlarda, belirli danışanlarda ya da belirli durumlarda etkilidir.

Bir yaklaşım, kendi lehçesini geliştiren dünyanın bir bölgesi gibidir. Bu lehçe, paylaşmak isteyenler arasında iletişimi kolaylaştırır; terimler iletişimi daha verimli hale getirmenin daha profesyonel bir yolu olur. Ama paylaşmak istemeyenler için, bu lehçe, tartışmaları engelleyebilir. Genellikle, klinik psikolojide farklı yaklaşımları savunan insanlar arasında fikir alışverişi bu tarz bir dil engeli tarafından engellenmektedir. Her iki taraf da açık ve anlaşılır konuştuğunu düşünüyordur, ancak aslında kendi özel terimleri ve anlamları onların birbirlerini anlamasını engelliyordur.

Kısacası, görüşleri sadece organize olmamakla kalmaz, objektif değerlendirmeyi yapma yollarını fosilleştirir ve profesyonel uygulamalarda sonradan değişiklik yapmak mümkün olmaz. Belirli bir yaklaşım üzerinde aşırı bağımlı hale gelen klinisyenler görgül kanıtlar değişiklik yapmasını önerse bile ilkelerine sımsıkı bağlı olarak hareket etmeye devam edebilir. Diğer noktaları göz ardı eden ve böyle dar bir odak üreten bu bakış, diğer bir deyişle, tutarlı bir bakış açısı olarak sorumluluk almadan gelişebilir. Bu olduğunda, sadece danışanlara kötü hizmet vermeye yol açmaz mesleğin yok olmasıyla sonuçlanır.

Neyse ki, klinik psikolojide özel bir yaklaşım benimseme ile ilişkili sorunların çoğu (a) kavramsal katılık, davranışsal değişmezlik ve anlamsal darlığı teşvik eden aşırı isteklilikten kaçınarak ve (b) titiz bilimsel yöntemlere göre bu yaklaşımı değerlendirilerek ve bu verilerle yaklaşımı revize ederek azaltılabilir. Bu özel bir yaklaşımın sistematik kullanımının önemli olmadığını söylemek doğru değildir; tam tersi doğrudur. Ancak, diğerlerinin bakış açılarını anlayış ve takdir etmek kinisyenlere ve danışanlara zararlı olabilecek bu dar görüşlülüğe karşı bir sigorta olacaktır. Biz bu bölümün açık fikirli kalmanıza yardımcı olacağını umuyoruz.

Klinisyenler klinik psikolojide yaklaşımını nasıl seçer? Bu konuyu anlamaya yardım edebilecek, hiçbir evrensel olarak üzerinde anlaşılan kriter yoktur; bilimsel olarak test edilebilir yaklaşımların değeri hakkındaki bu bölümdeki bilgi, maalesef birçok kişi tarafından paylaşılan, kişisel yanlılıklara dayanmaktadır. Freud'cular bilinçdışı motivasyonun klinisyenlerin seçimlerini etkilediğini düşünmektedir. Davranışçılar bizim akıl hocalarımızdan model alarak seçim yaptığımızı tartışır. Hümanist psikologlar belirli bir yaklaşım ve benlik kavramımız arasındaki algılanan uyumdan dolayı seçim yaptığımızı vurgular. Belki seçim "bilişsel tarz" (Kaplan, 1964), duygusal ve kişilik özellikleri (Poznanski ve Mclennan, 2003), dünya görüşü (Murdock, Banta, Stromseth, Viene ve Brown, 1998), ya da sadece düz "kişisel tercih" (Zubin, 1969) temelinde yapılır. Üniversite eğitimi sırasında bir klinik hocasının eğilimi de bir rol oynar, ama kesin bir rol değildir (Poznanski ve Mclennan, 2003).

Gerçek şu ki, özellikle klinisyenlerin ilgilendiği yaklaşımları neden tercih ettiklerini hiç kimse gerçekten tam olarak bilmiyor, ama biz ne seçimi yaptıklarını biliyoruz. Belirli bir seçim yapmış klinik psikologlar arasında, bilişsel ve bilişsel-davranışçı yaklaşımlar en sık seçilen yaklaşımdır (Norcross, Karpiak ve Santoro, 2005). Birkaç on yıl öncesinde olduğu gibi olmasa da psikodinamik yaklaşım da popülerdir.

Ama tüm klinisyenler tek bir seçim yapmaz. Kuramsal yönelimini sorulduğunda, birçok klinisyen tek bir yaklaşımla kendilerini sınırlandırmadıklarını söylüyorlar (Milan, Montgomery ve Rogers, 1994; Norcross, Hedges ve Castle, 2002). Bunun yerine, 1. Bölüm'de eklektizim olarak tanımlandığı gibi, değerli buldukları ya da kişisel olarak tatmin edici iki ya da daha fazla yaklaşımın yönlerini benimsemek eğilimindedirler (Zook ve Walton, 1989).

Eklektizmle birlikte klinik psikoloji gelişti. 1981 yılından başlayarak ve o tarihten bu yana 10 yıllık aralıkta, John Norcross ve arkadaşları Amerikan Psikoloji Derneği Psikoterapi Bölümü'nde (Bölüm 29) anket uyguladı. Bölümü 29'daki 2001 araştırması, "kabaca psikologların üçte birinin kendilerini eklektik / bütünleştirici olarak gördüklerini, dörtte birinin kendilerini psikodinamik / psikanalitik olarak tanımladıklarını, diğer bir çeyreğin kendilerini bilişsel veya davranışçı olarak tanımladıklarını ve kalanların diğer psikoterapi sistemlerini benimsediklerini göstermiştir"(Norcross ve diğ., 2002, s. 98). Diğer üçte bire yakını, kendilerini eklektik olarak görenler (Norcross ve diğ. 2002;. Norcross, Karg ve Prochaska, 1997) diğer çalışmalarda üçte iki veya daha fazla orandadır (Hollanders ve McLeod, 1999; Slife ve Reber, 2001). Yüzdesi ne olursa olsun, eklektisizmin klinisyenler arasında tercih edilen bir yaklaşım olduğu açıktır (Santoro, Kister, Karpiak ve Norcross, 2004).

Bu Kısmın Özeti: Klinik psikolojide çeşitli yaklaşımlar vardır. Bir yaklaşım klinik psikologlar için araştırmaya katmak istedikleri değişkenlerin sayısını sınırlamak ve araş-

tırma yapmak için gereklidir. Klinisyenlerin bağlılıkları içinde bir yaklaşımda çok istekli olması yaklaşıma iyi olduğu gibi çok zarar da getirebilir. Sağduyu ve görgül araştırma her ana yaklaşımın klinik psikolojide katkıda bulunduğunu göstermektedir. Birkaç on yıl perspektifinden bakıldığında, terapistlerin yaklaşımlarının seçiminde en dikkate değer üç belirgin eğilim göze çarpmaktadır. Bunlar (a) son 20 ve 30 yılda yatay bir seyir izleyen psikodinamik yaklaşım 20. yüzyılın ortalarında kendi egemenliğinde ve popülerliğinde düşüş yaşadı, (b) bilişsel ve bilişsel-davranışçı yaklaşımları seçen psikologların yüzdesinde artış oldu, (c) eklektik ve bütünleştirici yaklaşımlar lehine olan klinisyenlerin yüzdesinde artış vardır.

KLİNİK PSİKOLOJİNİN BUGÜNÜ

Bu Kısma Bakış: Klinik psikoloji tarihi birkaç anahtar tema ortaya koyar. En belirgin olanları şöyledir. (a) bilim ve uygulama dengesi hakkında süregiden endişeler vardır, (b) kuramdaki çeşitlilik bir güç kadar potansiyel bir zayıflık olarak görülür, (c) kuram ve uygulamada etkili olan tarihi ve kültürel boyutlar vardır.

Birkaç tema klinik psikoloji tarihini incelememizde açıkça ortaya çıktı. Belki de en belirgini bir meslek içinde bilim ve uygulamanın iki ayaklı olmasına inanılmasını içerir. Bilim ve uygulamanın karışması daima alana bir güç sağlar, ama bu aynı zamanda tartışma ve sorunların kaynağı olmuştur. Sorunlar, klinisyenler bir alandaki aktivitelere yoğunlaşıp diğer alandaki özelliklerle nadiren meşgul olduğunda özellikle gelişir. Örneğin uygulayıcılar araştırmada yeterince yer almıyorsa, sistematik ve dikkatli bir şekilde kontrollü çalışmaların değerini takdir etmekte başarısız olabilirler. Tam tersine, genellikle akademik ortamlarda çalışan araştırmacılar, klinik gerçekleri gözden kaybetme tehlikesiyle karşılaşırlar, ki bu onların günlük uygulamalarını etkileyebilir (Himelein ve Putnam, 2001). İdeal olarak, uygulama ve araştırma birbirlerini bilgilendirmelidir.

İkinci tema klinik psikolojideki kuramsal perspektiflerin çeşitliliğidir. Bu çeşitlilik alanın gücü değil, aynı zamanda zayıflığı olabilir. Yeni psikolojik kuramlar ve tedavilerin ortaya çıkması kadar onlardaki çeşitli modifikasyonların ortaya çıktığını gördükten yıllar sonra, bir parça entegrasyonun gerekli olduğu belirgin hâle gelmiştir. İdeal olarak, görgül kanıtlar bunun nasıl yapılacağına rehberlik etmelidir. Sağlam kanıtlar mevcut olsa ve klinisyenler açık olsa bile, ancak, klinik uygulamadaki yaklaşımları birleştirme veya seçme için mantıksal sorunlar bulunmaktadır. Bu çeşitlilik tabanlı biçimsel sorunlar eğitimin nasıl yapıldığını ve hizmetlerin nasıl verildiğini etkiler.

Üçüncü tema klinik psikoloji alanını şekillendiren sosyokültürel faktörleri içerir. Bu faktörler alanda yer etmesine yardım eder ve alanın nasıl gelişeceğini güçlü bir şekilde etkiler. Alanın başında, görgül araştırmalardaki artışta bu etki gözlenebilir, I. Dünya Savaşı sırasında test ihtiyacı ve II. Dünya Savaşı sırasında

ve sonrasında değerlendirmeye olan ihtiyaçta bu kültürel etki gözlenebilir. Yakın zamanda ABD'de de artan kültürel çeşitlilikteki ve sağlık bakımının doğasındaki değişimde (1. Bölümde tartıştık) olduğu gibi, klinik psikolojik hizmetlerin sunulduğu yolların ve klinisyenlerin nasıl eğitim aldıkları değişmektedir.

Kısacası, klinik psikoloji II. Dünya Savaşı sonrasındaki genişlemesinden bu yana önemli ölçüde değişti. Günümüzün en önemli sorunlarından bazıları alanının başlangıcındaki yollara kadar uzanan köklere sahiptir; diğer konular yeni ve beklenmedik kültürel değişimlerin sonucudur. Sağlıklı bir mesleği korumak amacıyla, klinik psikologların geçmişin derslerini bilmesi ve gelecekteki değişimi tahmin etmesi gerekir.

BÖLÜM ÖZETİ

Klinik psikoloji 19. ve 20. yüzyıllardaki doğumundan itibaren hızla büyüdü. Öncelikle bir laboratuvar tabanlı araştırma disiplini olarak başlamış olsa da, klinik psikoloji önce psikolojik değerlendirmede sonra da psikoterapide, uygulamaya dayalı bir alan haline geldi. Dünya olayları, özellikle iki dünya savaşı, alanın gelişimine katkıda bulunmada önemliydi.

II. Dünya Savaşı öncesi ve özellikle sonrası klinik psikolojideki çeşitli kuramsal yaklaşımların her biri, davranışın nasıl geliştiğine ve problemli olduğuna ilişkin farklı açıklamalar yapar. Psikodinamik yaklaşım Sigmund Freud'un psikanalizi temellidir ki, bu yaklaşımda normal ve anormal davranışlar, intrapsişik süreçler, çocukluğa kadar dayanan id-ego ve süperego arasındaki çatışmalar yoluyla belirlenir. Hümanistik yaklaşımda insanların kendileri sorumludur ve kendilerini değiştirme yeteneğine ve kendileriyle ilgili sorumluluğa sahip insanlar tarafından yaşandığında dünyanın eşsiz algılamalarının davranışları belirlediğini düşünür. Bu yaklaşımı benimseyen klinisyenler danışanlarının gözüyle dünyayı görmek ve onların gerçek duygularını, isteklerini ve amaçlarını teşvik ederek kendini gerçekleştirmesine ulaşmak için çalışır. Davranışsal yaklaşım, olayla ilgili kişilik yapıları üzerinde değil, ölçülebilir davranışlar üzerinde durur ve sorunların nedenleri ve tedavilerini anlamakta edimsel öğrenme, klasik koşullanma ve gözlemsel öğrenme ilkelerinin önemini vurgular. Son yıllarda, olaylar hakkında düşünme alışkanlıkları ve öğrenilmiş düşünce yolları üzerinde duran bilişsel kuramlar ile davranışçı yaklaşım harmanlanmıştır. Bu kombinasyon, bilişsel-davranışçı yaklaşım, klinik psikoloji alanında özellikle daha odaklanmış, kanıta dayalı bir yaklaşımı tercih edenler için en popüler yaklaşımlardan biri haline gelmiştir.

Grup, evlilik, aile ve ilgili sistem yaklaşımları 20. yüzyılın ikinci yarısından sonra geliştirilen yaklaşımlardır. Bu yaklaşımların ortak noktası nedir diye bakıldığında kişilerarası çevresel ortamların davranışta güçlü etkisini tanırlar. Tedavileri bu nedenle tek

bir bireyin değişmesindense sıklıkla belli kişilerarası sistemi değiştirmek etrafında inşa edilir.

Nörobilim ve diğer alanlardaki araştırmalar, tüm yaklaşımlardaki klinisyenlerin genetik, sinir sistemi ve davranış ve davranış bozukluklarında diğer biyolojik faktörlerin oynadığı önemli rolün farkına varmasına yol açtı. Psikolojik ve biyolojik faktörlerin bütünleştirilmiş değeri, çeşitli ruhsal rahatsızlıklardaki yatkınlık-stres açıklamalarında ve sağlık psikolojisi ve nöropsikoloji alanlarındaki gelişmelerde görülebilir.

Klinik psikolojideki bazı yaklaşımlar diğerlerinden daha popüler olmasına rağmen, hiçbiri davranışı açıklayan ve anlatan bir tekel konumunda değildir. Birçok klinisyen bu nedenle günlük işlerinde birden fazla yaklaşımın unsurlarını benimser. Geçmişte klinik psikolojiyi etkileyen kültürel çevre, klinik psikolojinin bugününü etkilemeye devam ediyor. En belirgin son trendleri arasında, terapi şekilleri en etkili olan ve Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık hizmeti sunumunda iklimi değiştiren, görgül kanıtlar yoluyla ihtiyaçları belirleyen, psikoterapi entegrasyonu ve eklektizm bulunur.

ÇALIŞMA SORULARI

1. Klinik psikoloji alanı nasıl ortaya çıkmıştır?
2. Klinik psikolojinin, görgül, psikometrik ve klinik kökenleri nelerdir?
3. Klinik psikolojinin 20. yüzyılın ilk yarısında gelişen uygulamaları nelerdir?
4. Özellikle iki dünya savaşı gibi tarihsel olaylar klinik psikoloji gelişimini nasıl etkiledi?
5. 20. yüzyılın ikinci yarısında klinik psikoloji hangi büyük yaklaşımları geliştirdi?
6. Klinik psikolojinin önemli yaklaşımlarının psikopatoloji nedenleri ve tedavi önerileri hakkında temel varsayımları nasıl farklıdır?
7. Farklı klinik yaklaşımların özgül durumlarda uygulaması nasıl olabilir?
8. Klinik psikolojide özel bir yaklaşımı benimsemenin artıları ve eksileri nelerdir?
9. Bugün klinik psikolojinin karşılaştığı zorluklar ve geçiş sürecini yaşadığı başlıca alanlar nelerdir?

WEB SİTELERİ

- Psikoloji Tarihi için APA Derneği: http://www.apa.org/about/division/div26.html
- APA Bölümü 29, Psikoterapi: http://www.apa.org/about/division/div29.html
- Psikoloji Bilimi Derneği: http://www.psychologicalscience.org
- 1938 yılında Nazilerden Viyana kaçan Freud ve hayatının son yılını geçirdiği Londra'da Freud Müzesi için bir Web sitesi: http://www.freud.org.uk

BÖLÜM 3

Çeviren:
Doç. Dr. Özlem Sertel Berk

Klinik Değerlendirmenin Temel Özellikleri

Bölüme Bakış: Bu bölümde klinik değerlendirme sürecini gözden geçiriyor olacağız. Bu doğrultuda öncelikle klinisyenlerin kullanabileceği bir dizi değerlendirme seçeneğine dair bir çerçeve sunacağız. Ardından değerlendirme sürecinin temel hedefleri içinde yer alan tanılama, tanımlama, tedavinin planlanması ve yordama kavramlarını ayrıntıları ile ele alacağız. Bunlara ek olarak değerlendirmenin amacı, klinisyenin kuramsal bakış açısı, değerlendirme araçlarının psikometrik özellikleri ile diğer bağlamsal faktörler de dahil olmak üzere bir klinisyenin değerlendirme sürecini nasıl yürüteceği ile ilgili seçimlerini etkileyen faktörleri de tanıtacağız. Değerlendirme süreci hem verilerin birleştirilmesini hem de çıkarımlara varmayı içerdiğinden, özellikle klinisyenlerin kaçınması gereken hatalara odaklanarak klinik kararların kullanışlılığını tartışacağız. Şüphesiz değerlendirme sonuçları danışanlara ve üçüncü kişilere bildirilmelidir. Bu bağlamda, son olarak değerlendirme sonuçlarının raporlanması ile ilişkili faktörlerden bahsedeceğiz.

KLİNİK OLGU ÖRNEĞİ

Dr. T.'nin, depresyon belirtileri ve asiliği sebebiyle okuldaki danışmanının kaygı duyduğu 17 yaşındaki Jesse isimli erkek vakayı görmesi istenmişti. Jesse, okul danışmanının pek de inanmadığı sözüm ona hastalıkları sebebiyle okul devamsızlığının yanı sıra, bazı öğretmenlerine karşı da sıklıkla kavgacı tutumlar sergiliyordu. Jesse'i randevuya ailesi getirmişti ancak anne ve babası yalnızca çocuklarının nesi olduğunu öğrenmek istediklerini ve sigortanın karşılayacağı herhangi bir tedaviyi almasını istediklerini söyleyerek terapistle görüşmeyi reddetmişlerdi. Ön görüşme sırasında Jesse okulun bir zaman kaybı olduğunu belirterek okula karşı beslediği güçlü nefret duygusunu dile getirdi. Orada onu kimsenin anlamadığından, özellikle de sınıfta içi geçtiğinde çoğu sınıf arkadaşının kendisini ya görmezden geldikleri ya da kendisiyle dalga geçtiklerinden yakındı. Kendisine "içi geçme"nin ne olduğu sorulduğunda bunu bir ya da iki dakikalığına uykuya dalma olarak tanımladı; bu

iç geçmeler sırasında iki kere de yere düşmüştü. Bu türden nöbetler sebebi ile kendisine ilaç yazıldığını, ancak bunları düzenli kullanmadığını ifade etti. Okulda çoğunlukla sessiz ve asık suratlıydı ve arkadaşları ile konuşmuyordu. Okul dışında ise, zamanının çoğunu yerel bir lokantada bulaşıkçılık yapan 20 yaşındaki bir arkadaşı ile geçiriyordu. Geçen hafta bu iki genç delikanlı alkollü olarak yakalanmıştı. Jesse seans sırasında depresif olduğunu ve en az 3 haftadır "hiçbir şeye ilgi duymadığını" itiraf etti. Bu süre zarfında her zamankinden daha uzun süre, günde yaklaşık 14-16 saat uyuduğunu söyledi. Aynı zamanda "bu hayatı terk etmek ve başka bir boyutta yaşamak gibi bazı oldukça tuhaf düşüncelerin" de aklından geçmiş olduğunu iddia etti. Ebeveynlerinin boşanma sürecinde oldukları konusunda da terapisti bilgilendirdi.

Terapist Jesse'in problemlerini en iyi şekilde nasıl anlayabilir? Hangi problemler daha acildir? Tanısı nedir? Jesse intihara eğilimli midir, yoksa tehlikeli midir? Jesse'nin problemlerinde ailesinin nasıl bir rolü vardır? Etkili bir terapi nasıl tasarlanabilir? Bu soruların cevabını verebilmek için şüphesiz söz konusu psikolog bir değerlendirme yapmalıdır.

Değerlendirme, bilgi toplama ve elde edilen bu bilgilerin karara varma amacı ile sentezlenmesidir. Herkes o veya bu şekilde bir tür değerlendirme yapar. Örneğin, farkında olalım ya da olmayalım, karşılaştığımız insanların öncelikle geçmişleri, tutumları, davranışları ve özelliklerine ilişkin bilgi toplarız, sonra topladığımız bu bilgileri işleriz, ardından da yorumlarız. Sonuç olarak deneyimlerimizin, beklentilerimizin ve referans aldığımız sosyokültürel çerçevenin ışığında bazı insanlara yaklaşma, bazı insanlardan da kaçınmaya dair kararlarımıza rehberlik eden izlenimler oluştururuz.

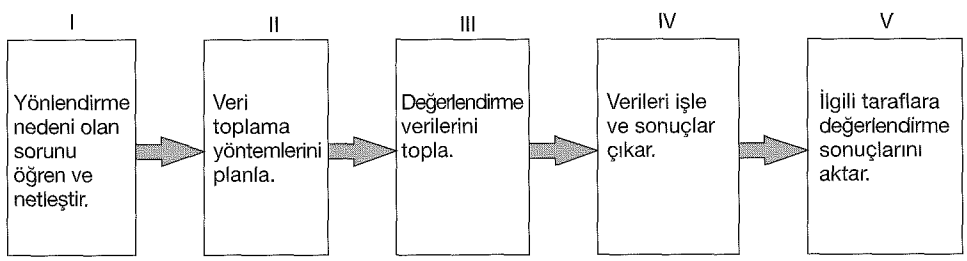
Klinik psikologlar ise profesyonel olmayanlarınkine kıyasla değerlendirme bilgilerini daha kurallı ve sistematik bir şekilde toplar ve işler. "Klinik Psikolojinin Geçmişi ve Geleceği" başlıklı 2. Bölüm'de de ele almış olduğumuz gibi, psikoterapi henüz klinisyenlerin temel rolü olmaya başlamazdan evvel de klinisyenlerin en sık başvurduğu faaliyet değerlendirmeydi.

O zamandan bu yana değerlendirmenin görece popülerliği azalmaya başladı, ancak bu azalmanın önemli nedenlerinden biri bazı değerlendirme türlerinin, özellikle de Rorschach ve ilişkili projektif tekniklerin bir zamanlar olduklarına kıyasla daha seyrek öğretilir ve kullanılır hale gelmesiydi. Diğer değerlendirme alanları ise az ya da çok kullanılmaya devam edildi (Clay, 2006a). Sonuç olarak, her ne kadar klinik psikologların birincil eylemi olmasa da, değerlendirme onlar için hâlâ önemli bir faaliyet alanıdır. Bu bölümde klinik psikologların klinik değerlendirme mücadelesinde neler öğrendiklerini gözden geçireceğiz. Takip eden diğer iki bölümde ise, belli başlı değerlendirme türlerini ele alacağız.

DEĞERLENDİRME SÜRECİNİN ÇERÇEVESİ

Bu Kısma Bakış: Değerlendirme problem ya da yönlendirme ile başlayıp psikoloğun değerlendirme sonuçlarını ilgili taraflara aktarması ile sonlanan bir dizi adımı içerir. Bu süreçte klinisyen hangi araçları kullanacağı ve elde ettiği klinik verileri klinik bir karara varabilmek için en iyi nasıl birleştireceği gibi konularda bir dizi muhakeme yapmak durumundadır. Klinisyen bu adımların hepsinde en uygun verilerin toplandığı ve analiz edildiğini garantileyeceği eylemleri sergilemelidir.

Klinik değerlendirme farklı şekillerde tanımlanmaktadır (Tallent, 1992), ancak bütün tanımların ortak vurgusu değerlendirmenin bir problemi çözmeyi amaçlayan bilgi toplama süreci olduğu yönündedir. Yine tüm tanımlarda, etkililiğin en üst seviyede olabilmesi için, değerlendirme işlemlerinin bir hedeften yola çıkması ve aralarında mantık ilişkisi olan adımlar halinde düzenlenmesi gerektiğinin altı çizilir. Değerlendirme işlemlerinin büyük çoğunluğu Şekil 3.1'de gösterilen genel dizgeyi takip etmektedir.



ŞEKİL 3.1 Klinik Değerlendirme Sürecinin Şematik Görüntüsü

Yönlendirme Nedeni Olan Sorunun Öğrenilmesi ve Netleştirilmesi

Klinik değerlendirmeye başlamadan önce birbiriyle bağlantılı iki sorunun cevaplanması gerekir (McReynolds, 1975): Bilmek istediğimiz nedir ve bu bilgiye en iyi ne şekilde ulaşabiliriz? İlk soru olan "bilmek istediğimiz nedir"in cevabı değerlendirmeyi kimin ne amaçla istediğine bağlıdır. Psikolojik değerlendirmeyi talep eden kişi ya da merciye *"yönlendirme kaynağı"*, değerlendirme sürecinde ele alınacak soru ya da meseleye ise *"yönlendirme sorusu"* denmektedir.

Yönlendirme sorusu klinisyenin hangi ölçüm araçlarını kullanmaya karar vereceğini, sonuçları nasıl yorumlayacağını ve ileteceğini biçimlendirmesi bakımından son derece önemlidir (Shum, O'Gormon ve Myors, 2006). Dolayısıyla klinisyenler yönlendirmenin bağlamsal özelliklerini anlamalı ve çoğu zaman da yönlendirme kaynaklarının değerlendirme taleplerinin amaçlarını netleştirmelerine yardımcı olmalıdırlar (Groth-Marnat, 2003). Bu süreçte klinisyenler psikolojik değerlendirmenin neleri ortaya çıkarabileceği ya da çıkaramayaca-

ğı konusunda başkalarını eğitme ihtiyacı duyabilirler. Bu kişileri aynı zamanda değerlendirmenin yürütülmesi ile ilgili uygulamalı ve etik kısıtlılıklar hakkında da bilgilendirme gereğinde olabilirler.

Yönlendirme sorusu değerlendirmenin nihai hedefinin belirlenmesindeki ilk adımdır. Hedef ne kadar net ise, klinisyenin o hedefe ulaşma olasılığı da o denli yüksektir. Tablo 3.1'de de görebileceğiniz gibi, yönlendirme soruları oldukça farklı olabilir. Örneğin çocuklarda eğitimsel değerlendirmeden (Reynolds ve Kamphaus, 2003), yetişkinlerde belli bozuklukların tanılanması ve tedavi planlamasına (Brand, Armstrong ve Loewenstein, 2006), davalarda psikolojik mağduriyetin incelenmesine (Koch, Douglas, Nicholls ve O'Neil, 2006) ya da intiharın yordanmasına (Nisbet, 2006) uzanan geniş bir yelpazede değişkenlik gösterebilir.

Veri Toplama İşlemlerinin Planlanması

İkinci soru olan "Bilmemiz gerekene en iyi ne şekilde ulaşabiliriz"in ele alınabilmesi ise ancak ve ancak yönlendirme sorusu ve klinisyenin rolü netleştirildikten sonra mümkün olabilir. Klinisyen bir kere net bir amaç belirledi mi veri toplama yöntemlerini planlamaya başlayabilir.

Değerlendirme verilerinin toplanabileceği 4 temel kaynak vardır: mülâkatlar, davranışsal gözlemler, psikolojik testler ve vaka öyküsüne ilişkin veriler. Bu dört temel kaynaktan oluşan listeden elde edilebilecek seçenek aralığı oldukça geniştir. Örneğin, bir kişiye sorulabilecek biyolojik işlevsellikten tutun diğerleri ile ilişkilere kadar uzanan ve birbiriyle ilişki gösteren farklı düzey ve nitelikteki soruların sayısını bir düşünün (bknz., Tablo 3.2). Bu denli muazzam çeşitlilikteki olası değerlendirme verisi bir danışan hakkında her şeyi öğrenmemizin asla mümkün olamayacağı anlamını taşımaktadır.

TABLO 3.1

Farklı Kaynaklardan Gelebilecek Çeşitli Yönlendirme Sorularına İlişkin Örnekler

Kaynak	Yönlendirme Sorusu
Terapist	Bu kişi grup psikoterapisi için uygun bir aday mıdır? Kaygı bozukluğu olan danışanları tedavi etmede ne denli etkili oldum?
Doktor ya da tedavi ekibi	Bu danışan için doğru psikolojik tanı nedir? Geçirdiği kazanın ardından bu kişide ne tür bilişsel ya da duygusal kısıtlılıklar var ve bu kişinin rehabilitasyondan faydalanmasına katkı yapacak güçlü yönleri neler?
Danışan	Bu evliliği, hâlâ mümkünse, kurtarmak için neler yapmamız gerek? Bu türden bir işte iyi olacak mıyım?

TABLO 3.1 devamı

Farklı Kaynaklardan Gelebilecek Çeşitli Yönlendirme Sorularına İlişkin Örnekler

Okul	Bu çocuk için en uygun eğitimsel yerleştirme nedir? Bu çocuğun arkadaşları ve öğretmenleri ile olan ilişkilerindeki saldırgan eğilimlerini ve problemlerini daha iyi yönetebilmesine yardımcı olabilmek için ne tür girişimlerde bulunmamız gerekir?
Ebeveynler	Çocuğum depresyonda mı ve danışmanlığa ihtiyacı var mı? Annesinin kaybı ile baş edebilmesi için çocuğuma nasıl yardım edebiliriz? Çocuğum çok duygusallaşıyor ve okula gitmeyi reddediyor: ne *yapabiliriz*?
Mahkemeler	Bu kişi kendine ve diğerlerine yönelik herhangi bir tehlike tehdidi taşıyor mu? Bu çocuk için en yüksek menfaat sağlayacak tutukluluk düzenlemesi *hangisidir*? Bu danışan kendine yönelik suçlama iddianamelerini anlayabilecek ve kendine bir savunma avukatı tutabilecek zihinsel beceriye sahip midir? Bu kişide dava açmayı gerektirecek uzun süreli psikolojik mağduriyet durumu söz konusu mudur?
İşverenler, hükümet mercileri veya diğer üçüncü kişiler	Bu kişide maluliyet maaşı almasını gerektirecek bir ruhsal hastalık var mıdır? Ne tür bir tedavi bu kişinin verimli bir çalışma hayatı sürdürmesinde en fazla yardım sağlayabilir ve bu kişi hangi işler için daha uygundur?

Değerlendirme araçlarının seçimindeki en önemli faktör her ne kadar yönlendirme sorusu olsa da, başka faktörler de seçim sürecini etkiler. Bunlardan biri değerlendirme aracı ya da işleminin niteliğidir; mülâkatlar, davranışsal gözlemler, psikolojik testler ve yaşam kayıtları, güvenirlik, geçerlik, standardizasyon ve belli hedeflere yönelik işlevsellikleri açısından farklılıklar gösterir. Şüphesiz klinisyenlerin psikometrik özellikleri en iyi olan değerlendirme yöntemlerini seçmeleri en doğrusudur ancak bu her zaman mümkün olmayabilir. Örneğin, herhangi bir test diğerine kıyasla biraz daha düşük (ama kabul edilebilir) düzeyde bir güvenirlik katsayısına sahip olsa da ortalama bir yönlendirme sorusu için daha uygun bir bilgi sağlıyorsa, klinisyen bu aracı sırf daha uygun bir bilgi içermesi sebebi ile güvenirliği biraz daha yüksek olan bir araca tercih edebilir.

TABLO 3.2

Vaka Çalışması Kılavuzu

1. İsim, cinsiyet, meslek, kendisinin veya ailesinin gelir düzeyi, medeni durum, adres, doğum yeri ve tarihi, din, eğitim düzeyi, kültürel kimlik gibi verilerin belirlenmesi.
2. İlgili birime gelme sebebi ve sağlanacak hizmet konusundaki beklentiler.
3. Şu an ve yakın zamandaki durum; örneğin oturduğu yer, başlıca ortamlar, günlük aktiviteler, son aylarda meydana gelen yaşam değişimlerinin sayısı ve türü, yakın gelecekte karşılaşılabilecek değişimler.
4. Ebeveyn aile özellikleri; örneğin büyüme çağında ebeveynlerin, kardeşlerin, diğer önemli aile figürlerinin ve danışanın rollerine dair tanımlamalar.
5. Erken dönem anılar, ilk belirgin olaylara ve onları çevreleyen ortamsal özelliklere dair açıklamalar.
6. Yürüme, konuşma yaşı, diğer çocuklara kıyasla gözlenen problemler, eski yaşantıların etkilerine dair görüşleri de içeren doğum öyküsü ve gelişimsel öykü.
7. Sağlık ve fiziksel durum; örneğin çocukluk çağı ve sonrasındaki hastalıklar ve yaralanmalar, şu anki reçeteli ilaçlar, reçetesiz kullanılan ilaçlar, sigara ve alkol tüketimi; kendi bedeninin diğerleriyle karşılaştırılması, yeme ve egzersiz alışkanlıkları.
8. Eğitim ve öğretim hayatı; örneğin ilgi alanına giren konular ve elde edilen başarılar, okul dışı öğrenme deneyimleri, zorlanılan ya da iftihar edilen alanlar, kültürel problemler.
9. Çalışma öyküsü; iş değiştirme nedenleri, işe yönelik tutumlar.
10. Boş zaman aktiviteleri, ilgileri, zevkleri; örneğin gönüllü işler, okuma, danışanın kendini ifade ettiği ve zevk aldığı aktivitelerin yeterliliğine dair görüşleri.
11. İlk farkındalık ve cinsel aktivite deneyimlerini de içeren cinsel gelişim öyküsü ile beraber bireyin şu anki cinsel yaşantısının yeterliliğine dair değerlendirmeleri.
12. Temel olayları ve nelerin bu olaylara yol açtığını, aynı zamanda şimdiki ailesi ile ebeveyn ailesinin etnik ve kültürel özellikler açısından karşılaştırılmasını da kapsayan evlilik ve şu anki aile yaşantısı.
13. Sosyal destek kaynakları, iletişim ağı, en sık görüştüğü kişiler, farklı türde yardım sağlayan bireyler, sosyal etkileşimlerin sayı ve niteliği, başkalarına katkı sunduğu hissi ve toplumsal ilgi.
14. Güçlü ve zayıf yanlar, imgelem kullanma becerisi, yaratıcılık, değerler ve fikirler gibi özellikleri içeren kendilik tanımlamaları.
15. Hayattaki fırsatlar ve dönüm noktaları, danışanın hayatında en büyük önem taşıyan olayı da kapsayacak şekilde en önemli kararları ve yaşantıladığı değişimlerin gözden geçirilmesi.
16. Kişisel hedefler ve geleceğe dair değerlendirmeler; örneğin danışan gelecek yıl, 5 yıl sonra veya 10 yıl sonra nelerin gerçekleşmiş olduğunu görmek isterdi, bu olayların gerçekleşebilmesi için gerekli olan şeyler nelerdir, zaman yönelimindeki gerçeklik, öncelikleri belirleme becerisi.
17. Danışanın eksik kaldığını düşündüğü diğer tüm bilgiler.

KAYNAK: "Assessment of Persons" isimli kitaptan, N.D.Sundberg, 1977 (Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall), ss.97–98. Prentice Hall, Inc.'in izni ile tıpkıbasım.

Klinisyenler, değerlendirme hakkında kararlar verirken danışanların özelliklerini de göz önünde bulundurmalı ve değerlendirme araçlarını uzunluğu, danışanın okuma düzeyi gibi faktörlere göre danışanlara uygun olacak şekilde seçmelidir. Benzer şekilde, danışanlara, onların anlayabileceği bir dille, değerlendirme yöntemlerini ve amaçlarını açıklamalıdır.

Özetle, klinisyen değerlendirme sürecini tasarlarken geniş kapsamlı düşünebilmeli, değerlendirme araçlarını zaman, bağlam, danışanlara ve yönlendirme kaynaklarına uygunluğu gibi uygulamaya yönelik kriterlere göre tartabilmelidir (Groth-Marnat, 2003; Matarazzo, 1990). Aynı zamanda değerlendirmenin sonuçlarını belirli klinik amaçlara hizmet edecek bir metin şeklinde nasıl birleştirip bütünleştirebileceğini de planlamalıdır.

Değerlendirme Verilerinin Toplanması

Yönlendirme sorusu netleştirildikten, uygun değerlendirme yöntemleri seçildikten ve danışanın işbirliği garantilendikten sonra, değerlendirmenin veri toplama aşamasına geçilebilir. Daha önce de belirtildiği gibi klinik psikologlar değerlendirme verilerini dört temel kaynaktan toplar: görüşmeler, gözlemler, testler ve geçmiş kayıtlar (vaka öyküsü verileri). Bu temel kaynaklar klinik değerlendirmenin odak noktasında yer aldığı için izleyen iki bölümde bunların detaylarından kapsamlı bir şekilde bahsedilecektir.

Çoklu Değerlendirme Kaynaklarının Değeri. Klinik psikologlar danışanlar hakkında işleyen bir imge oluşturmaya çalışırken nadiren tek bir kaynağa bağlı kalırlar. Aksine, elde edilen kapsamı geniş bilgileri doğrulayabilmek adına birden fazla değerlendirme kanalından faydalanırlar. Böylelikle, bir hasta yaklaşık iki gündür hastanede kaldığını bildirmiş olsa dahi, hastane kayıtları aynı vakanın aslında yaklaşık 30 gündür orada bulunduğunu ortaya koyarak hastanın özbildiriminden elde edilen bu yanlış tahminin aslını ortaya çıkarabilir. Aslında birden fazla değerlendirme kaynağına başvurmaksızın bir danışanın problemini tüm boyutları ile netleştirmek nadiren mümkündür. Örneğin, üniversite öğrencileri ile yürütülen bir araştırmada, kendilerini sosyal atılganlık açısından yetersiz görenlerin, uygun koşullar sağlandığında atılgan olabildikleri gözlenmiştir (Nietzel ve Bernstein, 1976). Buradan da anlaşılmaktadır ki, belli davranışları sergileyenlerle sergilemeyenleri birbirinden ayırabilmek için farklı değerlendirme kaynaklarını dikkate almak gerekmektedir.

Birden fazla değerlendirme kaynağına başvurmanın bir diğer avantajı da klinisyenin tedavi etkinliğini değerlendirme sürecinde kendini gösterir. Boşanma aşamasındaki bir çiftin terapiye başladıklarını ve terapiye başladıktan 3 ay sonra da boşandıklarını varsayalım. Eğer yalnızca görüşmeler sırasında ifade edilen "evlilik doyumu" sonuç değişkeni olarak değerlendirilmiş olsaydı, tedavinin evlilik stresini artırdığı sonucuna varılabilirdi. Ancak, gözlemler, üçüncü

kişilerin bildirimleri ve yaşam kayıtları çiftlerden birinin ya da her ikisinin yeni boşanmışlık durumlarını özgürleşme olarak değerlendirdiklerini ve yeni ilgi ve beceriler geliştirdiklerini ortaya koyabilir. Danışanlar hakkında klinisyen açısından önem taşıyabilecek farklı türde bilgi kategorilerini içeren genel bir vaka çalışma kılavuzu Tablo 3.2'de görülebilir. Klinisyenler çoğunlukla danışanları hakkındaki bilgiyi, değerlendirme amaçlarına en fazla uyan kategorilerden elde etmeye çalışırlar.

Verilerin İşlenmesi ve Sonuçlara Varılması

Değerlendirme verileri toplandıktan sonra, klinisyen bu verilerin ne anlama geldiğini tespit etmelidir. Eğer elde edilen bilgilerin klinisyenin değerlendirme amaçlarına fayda sağlaması isteniyorsa, bu bilgilerin yönlendirme sorusuna hitap edecek şekilde ham halinden yorum ve sonuçlara dönüştürülmesi gerekir. Bu açıdan bilgi işleme süreci oldukça zorludur çünkü bu süreç bildik verilerden yine bu verilere dayanarak doğru olduğu varsayılan bir sonuca doğru zihinsel bir sıçramayı gerektirir. Genelde, verilerden varsayımlara atlama süreci uzadıkça, çıkarımlar hatalara daha açık bir hâle gelir.

Örneğin, çimlerin üstünde oturmuş küçük bir erkek çocuğun bir solucanı ortadan ikiye bölmeye çalıştığını farz edelim. Bu gözlemsel veriye dayanarak bu çocuğun zalim ve saldırgan olduğu ve hatta yaşamının ilerleyen dönemlerinde tehlikeli biri olabileceği çıkarımına varmak oldukça kolay olurdu. Ancak "bu çocuğun çok az arkadaşı olduğu için solucanı ikiye bölerken 'İşte! Şimdi oynayabileceğin biri var' şeklindeki düşüncesini duyma şansı olmayan bir gözlemci için" (Goldfried ve Sprafkin, 1974, p.305) bu çıkarımlar çok yanıltıcı olabilir. Özetle, ayrıntılı çıkarımlar, özellikle de az sayıda veriye dayandırıldığında, tehlikeli olabilir.

Değerlendirme verilerinin işlenmesi, farklı kaynaklardan elde edilen bilgilerin bütünleştirilmesini gerektirdiği için de oldukça zordur. Ne yazık ki bütünleştirilmiş kararlara varabilmek için görüşmeler, testler, gözlemler ve diğer kaynaklardan toplanan verilerin en iyi hangi şekilde birleştirilebileceğini gösteren görgül kılavuzların sayısı azdır. Öyleyse klinisyenler sonuçlara varırken ağırlıklı olarak, bu bölümün ilerleyen kısımlarında daha detaylı ele alacağımız klinik yargılara yaslanmak durumunda kalırlar.

Değerlendirme Sonuçlarının İletilmesi

Değerlendirmenin son aşaması sonuçların, değerlendirme raporu olarak adlandırılan düzenli bir sunum haline getirilmesidir. Daha işlevsel olabilmesi için, değerlendirme raporu açık bir dille yazılmalı ve başlangıçta değerlendirmeyi gerektiren amaçla ilişkili olmalıdır. Eğer söz konusu amaç danışanın davranışlarını belli bir tanısal kategori içinde sınıflandırmak ise, raporda ilgili tanısal sınıf-

landırmaya ilişkin bilgi vurgulanmalıdır. Eğer değerlendirme danışanın terapiye yönelik işbirliği ve terapiye yanıt verme olasılığını belirlemeyi hedeflemiş ise, rapor bununla ilgili konulara odaklanmalıdır. Bazen raporların içeriğinde bu basit, açık tavsiyeler, özellikle değerlendirme amaçlarının açıkça ifade edilmediği ya da klinisyenin kullanmış olduğu değerlendirme araçlarının danışanı hakkında neleri ortaya koyup koyamayacağını tam olarak anlayamadığı durumlarda ihmâl edilmektedir.

Bu Kısmın Özeti: Değerlendirme yönlendirme sorusu ile başlayan bir dizi adımda ilerler. Yönlendirme sorusu danışandan, üçüncü kişilerden veya terapistten gelebilir ancak klinisyen bu sorunun net olduğundan ve var olan değerlendirme araçları ile incelenebileceğinden emin olmalıdır. Yönlendirme sorusu netleştirildikten sonra, değerlendirme için planlar yapmaya geçilebilir. Planlama süreci uygun olan araçların seçimini -ki klinisyenin tercihlerini belirleyen birden fazla faktörün varlığı düşünüldüğünde bu hiç de kolay bir iş değildir- ve danışanın hazırlanmasını içerir. Veri toplama aşaması ise geçmiş kayıtlara, görüşmelere, gözlemlere ve testlere dayalı kanıtların biriktirilmesini kapsar. Bu kaynakların her birinin belli avantajları ve aynı zamanda sınırlılıkları söz konusudur. Veri işleme aşamasında ise biriktirilmiş veriler analiz edilir ve tutarlı bir değerlendirme şeklinde bütünleştirilir. Son aşamada klinisyen vardığı sonuçları ileterek yönlendirme kaynağına fayda sağlayacak nitelikte ve netlikte öneriler sunmaya çalışır.

KLİNİK DEĞERLENDİRMENİN AMAÇLARI

Bu Kısma Bakış: Yönlendirme sorularının çoğu tanılama, tanımlama, tedavi planlama veya yordamaya yönelik amaçlar taşımaktadır. Bu kısımda öncelikle psikolojik problemlerin etiketlenmesi, yani tanısal sınıflandırmaya değineceğiz. Psikolojik tanılama birincil olarak Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'ndaki (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM) kriterlere dayanmaktadır. Ancak tek başına tanılama klinisyene danışan hakkında bilmek istediği her şey konusunda nadiren fikir verir. Bu sebeple, danışanın güçlü ve zayıf yönleri ve sosyal bağlantılarını değerlendirmek amacıyla daha kapsamlı tanımlamalara başvurulur. Tanılar, tanımlamalar ve diğer bilgiler her danışan için danışana özgü tedavilerin tasarlanmasında kullanılabilir. Değerlendirme aynı zamanda içinde bulunduğumuz hesap verebilirlik ve kanıta dayalı uygulama çağında önemi giderek artan tedavi sonuçlarının ölçümünü de içerir. Son olarak, klinisyenler bazı durumlarda tedavi gidişatı ve yordama amacıyla da değerlendirme yürütebilirler. Tedavi gidişatı veya yordamaya ilişkin yargılara varmak oldukça zordur ve ilgili alanda yıllarca süren görgül araştırmalardan gelen bilgilere dayandırılarak geliştirilebilir.

Tanısal Sınıflandırma

Bölüm 2'de de tartışıldığı gibi Birinci Dünya Savaşından sonra klinik psikolog-

lar, yetişkin danışanlarla çalışmaya başlamalarının sonucunda, tıbbi personelin, özellikle de psikiyatrların hakimiyetine girmişlerdir. Bunun sonucunda da, kendilerinden sıklıkla tanısal sınıflandırma, psikolojik tanılama, ayırıcı tanılama ya da tanısal etiketleme gibi kavramlarla da ifade edilen bir süreç olan, psikiyatrik hastalarda ruhsal bozuklukların tanılanması amacıyla klinik değerlendirmeler yürütmeleri istenmiştir. Günümüzde tanısal sınıflandırma özellikle psikiyatrik veya diğer tıbbi yönelimli ortamlarda çalışan klinisyenler için klinik araştırmalar ve uygulamaların hala önemli bir bölümünü teşkil etmeye devam etmektedir.

Titiz ve doğru bir psikolojik tanılamanın önemli olmasının birkaç sebebi vardır. Öncelikle uygun tedavi kararları danışanda nelerin yolunda gitmediğinin anlaşılmasına bağlıdır (Vermande, van den Bercken,ve De Bruyn, 1996). İkinci olarak, psikolojik bozuklukların nedenlerine ilişkin araştırmalar öncelikle bozuklukların geçerli ve güvenilir bir şekilde saptanmasını ve aynı zamanda bir bozukluğun diğerinden doğru bir şekilde ayırt edilebilmesini gerektirir. Son olarak, sınıflandırma klinisyenlerin bozukluklar hakkında "profesyonel kısaltmalar" kullanmak sureti ile birbirleri ile etkin bir biçimde iletişim kurmalarına olanak sağlar (Sartorius ve diğ., 1996). Beta-hemolitik streptokok isimli bir bakteri sebebi ile faranjit (boğaz ağrısı) geliştirmiş olan tıbbi bir hastanın yaşadığı ülkeye göre farklı bir tanı almasının yaratacağı karışıklığı bir düşünün. Neyse ki, boğaz ağrınız varsa ve doğru şekilde değerlendirildiyseniz, ister New York'ta, ister Peru'da, ister Hong Kong'ta veya ister Helsinki'de olun, bir başka deyişle, dünyanın neresinde yaşarsanız yaşayın, aynı tanıyı (yani streptokoklu boğaz ağrısı) alacaksınızdır. Bunun sebebi Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) *"Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması" (International Classification of Diseases-ICD)* olarak bilinen tanılama sisteminin her hastalık için o hastalığa özgü ortak kodlar sunuyor olmasıdır. Klinik psikoloji ve psikiyatride kullanılan eş değer sistem ise *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*, kısaltılmış adıyla *DSM*'dir.

DSM'nin Kısa Tarihçesi. Ruhsal bozuklukları sınıflandırmak amacıyla 1900'lerin başından beri farklı sistemler kullanılagelmiştir. Ancak, 1952 tarihinde Amerikan Psikiyatri Derneği'nin *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*'nın ilk baskısını yayımlaması ile birlikte ruhsal bozuklukların sınıflandırılması formalize, yani standart bir hâl almaya başlamıştır. DSM-I olarak bilinen bu ilk sistem 1968'e kadar kullanımda kalmış olup, DSM'nin bu ilk baskısı DSÖ'nün ICD sistemi ile benzer hâle getirilmesi amacı ile yerini DSM-II'ye bırakmıştır.

Hem DSM-I hem de DSM-II anormal davranışların tanımlanması ve tanılanmasına yönelik tek biçimli bir terminoloji sağlamasına rağmen ruhsal sağlık profesyonellerinin tanısal kararlarına rehberlik edecek açık ve net kurallar sunamamıştır. Bu versiyonlarda bazı bozukluklar gözlenen davranışlara, bazıları ise altta yatan nedenlere dair çıkarımlara dayanarak tanılanmıştır. Sonuç olarak, konulan

tanılar kimi zaman bir klinisyenden diğerine kayda değer faklılıklar göstermiş ve bu durum da bu tanıların güvenirlik düzeyini azaltmıştır. Bu nedenle, DSM-III 1980'de yayınlandığında, her bir tanısal etiketin ayırt edilebilmesi için bir dizi kriterden oluşmuştur. Çıkarımsal nedenler yerine temel olarak belli başlı belirti ve belirti sürelerine atıfta bulunan bu kriterler, 1987 yılında basılan DSM-III-R ile birlikte hem sayıca hem de özgüllük açısından artırılmıştır. Danışanlar belli bir bozukluk tanısını ancak ve ancak o bozuklukla ilişkilendirilmiş tüm kriterlerin yer aldığı bir listede yer alan ve daha önceden belirlenmiş sayıdaki kriteri karşıladığı takdirde alabilmektedir.

DSM-III ve DSM-III-R aynı zamanda *çok eksenli* bir tanılamayı da kullanıma açarak klinisyenlerin danışanları farklı boyut veya eksenler yelpazesinde değerlendirmelerine imkân tanımış, bu sayede danışanların problemlerine ve onları etkileyen faktörlere dair daha kapsamlı bir çerçeve elde edilmesini olanaklı kılmıştır. DSM'de yer alan 16 temel ruhsal bozukluk Eksen I'de listelenirken, çeşitli gelişimsel problemler ve kişilik bozuklukları ise Eksen II'de yer almıştır. Ayrı bir eksen kullanımı, Eksen I bozuklukları gibi başlangıç ve seyri daha bariz olan bozuklukların doğuştan beri var olanlardan veya değişimi görece daha zor olanlardan ayırt edilebilmesine yardımcı olmuştur. Eksen II bozukluklarının DSM'ye eklenmiş olmalarının bir diğer nedeninin Eksen I bozukluklarının varlığında Eksen II bozukluklarının gözden kaçırılmamasını garantilemek olduğu söylenebilir.

Eksen III'te ise bireyin ruhsal bozukluğu ile bağlantılı olması muhtemel fiziksel bozukluk ya da durumların bir listesi bulunmaktadır. Örneğin, bir psikoterapist için depresif bir kişinin aynı zamanda kanser tedavisi gördüğünü kaydetmek faydalı olacaktır. Eksen IV de Eksen I ve II'deki bozukluklara etki edebilecek psikososyal stresörlerin şiddetinin derecelendirildiği 6'lı bir skalayı içermektedir. Eksen V'te klinisyenin ilgili kişinin son bir yıl içindeki psikolojik, sosyal ve mesleki işlevselliğine dair derecelendirmesi kaydedilmektedir.

Önceki baskılarına kıyasla pek çok düzeltme içeriyor olmasına rağmen, DSM-III ve DSM-III-R (a) bazı tanı kriterleri hâlâ oldukça belirsiz ve yanlılığa açık olduğu için; (b) Eksen II, IV ve V'te ölçüm noksanlıkları bulunduğu için; ve (c) tanıların yapı geçerliğine yeterli önem verilmediği için eleştiriler almıştır (Bellack ve Hersen, 1988; Kaplan, 1983; Millon ve Klerman, 1986; Nathan, 1987; Vaillant, 1984). Bu sebeple 1988'de, yani DSM-III-R yayınlandıktan sadece bir yıl sonra, Amerikan Psikiyatri Derneği DSM-IV'ü geliştirmeye başlamaları için bir çalışma grubu kurmuştur. DSM'nin yeni bir baskısının geliştirilmesi konusunda bu denli acele edilmesinin altında DSÖ'nün 1993 tarihinde ICD'nin 10. baskısını yayınlama planlarının teşvik edici gücünün yattığı söylenebilir.

DSM-IV ve DSM-IV-TR. DSM-IV'ü planlayanlar birçok uzmanı toplam 13 çalışma grubuna ayırmışlardır; her grup farklı bozukluklar kümesini ve bunların en iyi nasıl tanılanabileceğini incelemek üzere üç aşamalı bir prosedürü takip

etmiştir (Widiger ve diğ., 1991). Gruplar öncelikle belirli bir bozuklukla ilgili klinik ve görgül literatürü gözden geçirmiştir. Bu gözden geçirme faaliyetinin neticesinde elde edilen bulguları, ilgili bozukluk hakkındaki kriterlerin değişmesine dair ilk önerilere rehberlik etmesi için kullanmışlardır. Literatür derlemelerinin meselelerin çözümünde yetersiz kaldığı durumlarda, çalışma grupları vaka veri setleri üzerinden analizler yürütme yoluna başvurmuştur. Bir diğer aşamada klinisyenlerden bu tanı kriterlerini klinik ortamlarda gerçek danışanlarda uygulamaları istenmiştir. Dünya çapında toplam 70 farklı merkezde yürütülen bu odak saha denemeleri, değişen ifadelerin ya da tanı eşiklerinin (kesme noktalarının) güvenirliğinin, yaygınlık oranlarının ya da ICD-10'da yer alacak eşdeğer bozukluk ile uyuşma düzeyinin gözden geçirilmesine olanak tanımıştır. (Nathan ve Langenbucher, 1999). DSM-IV, gözden geçirilmiş ve yeniden düzenlenmiş tanısal kriterleri ile birlikte 1994 yılında basılmıştır.

DSM-IV'ün basımından bu yana, psikolojik tanılama hakkındaki araştırmalar kayda değer düzeyde artış göstermiştir. Hızla gelişen bilgi birikimini düzene sokabilmek amacı ile DSM-IV'ün metin versiyonu da 2000 yılında yeniden gözden geçirilerek yayınlanmıştır. DSM-IV-Metin Revizyonu'nda (DSM-IV-Text Revision; DSM-IV-TR), DSM-IV'te yer alan tanı kriterlerinde herhangi bir değişikliğe gidilmemiş, ancak bu versiyonda yaygınlık oranları, başlangıç zamanı, seyir, ailevi örüntüler, kültürel, yaş ve başka ilişkili özelliklere dair bilgiler güncellenmiştir (APA, 2000). DSM-IV-TR'de, DSM-III-R ve DSM-IV'te bulunan çok eksenli yapı ise yine korunmuştur (bknz., Tablo 3.3).

TABLO 3.3

DSM-IV-TR'ye göre Ruhsal Bozuklukların Sınıflandırılması

DSM-IV-TR'de, önceki terminolojilere ve farklı eksenlerde kullanılan derecelendirme cetvellerine dair bazı değişiklikler ile birlikte, ilk defa DSM-III'te tanıtılan çok eksenli sınıflandırma ve tanı sistemi hâlâ korunmaktadır.

Eksen I: Temel Ruhsal Bozukluklar

1. Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar (örn., hiperaktivite, ciddi iletişim problemleri).
2. Deliryum, Demans, Amnestik ve Diğer Bilişsel (Kognitif) Bozukluklar (yaşlanma, ilaçlar veya hastalıklara bağlı olarak beyindeki bozulmalardan kaynaklanan problemler).
3. Başka Yerde Sınıflandırılamayan Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı Ruhsal Bozukluklar.
4. Madde Kullanımı ile İlişkili Bozukluklar (alkol, kokain ya da diğer ilaçlardan kaynaklanan problemler).
5. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar (sıklıkla halüsinasyon ya da hezeyanların eşlik ettiği düşünme, algı, duygu, güdü ve hareketlerde gözlenen ciddi anormallikler).
6. Duygudurum Bozuklukları (duygudurumda ağır depresyon, aşırı çoşku veya dönüşümlü olarak her ikisi şeklinde seyreden bozulmalar).
7. Kaygı Bozuklukları (örn., özgül ya da genel korkular, panik ataklar, kaygı kontrolü amaçlı fiziksel ya da zihinsel törenler).

TABLO 3.3 devamı

DSM-IV-TR'ye göre Ruhsal Bozuklukların Sınıflandırılması

8. Somatoform Bozukluklar (örn., körlük, sağırlık ya da fiziksel bir nedeni bulunmayan felç durumları; fiziksel sağlık ya da hastalıkla ilgili aşırı meşguliyet).
9. Yapay Bozukluklar (psikolojik gerekçelerle hastalık numarası yapmak).
10. Disosiyatif Bozukluklar (örn., psikolojik nedenlere bağlı bellek kaybı ya da kimlik çözülmesi).
11. Cinsel Bozukluklar ve Cinsel Kimlik Bozuklukları (tatmin edici olmayan cinsel etkileşimler, sakıncalı uyarıcılar tarafından tetiklenen cinsel uyarılma veya karşı cins ile özdeşleşme).
12. Yeme Bozuklukları (kendini aç bırakma ya da kendini kusturma ile sonuçlanan tıkınırcasına yeme).
13. Uyku Bozuklukları (çok az uyuma ya da çok fazla uyumaya bağlı ciddi problemler).
14. Başka Yerde Sınıflandırılmamış Dürtü Kontrol Bozuklukları (örn., kompulsif kumar oynama, hırsızlık yapma, yangın çıkarma).
15. Uyum Bozuklukları (boşanma ya da diğer stresörlere ayak uydurmada zorluklar).
16. Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar (örn., tedaviye uymama, tıbbi ilaçlara bağlı problemler ya da fiziksel ya da cinsel tacizin etkileri).

Eksen II: Bu eksende tanı koyan kişi zekâ geriliğinin farklı formlarını veya paranoid, antisosyal, narsisistik, çekingen ve bağımlı gibi çeşitli kişilik bozukluklarını listeleyebilir.

DSM-IV ve DSM-IV-TR'yi geliştirenler güçlü bir görgül dayanağı olan bir sınıflandırma sistemi kurma çabası içinde olmuşlardır. Başlangıcı DSM-III-R'ye uzanan tanı kriterlerinin kullanımı sayesinde güvenirlik düzeyini artırmayı ve belli sonuçlarla (yordayıcı güç) ya da altta giden belirli nörolojik bozukluklar veya genetik yatkınlıklarla da (yapı geçerliği) ilişkili olabilecek kategoriler geliştirmeyi hedeflemişlerdir. Psikolojik tanılarda iyileştirmelere yönelik bu çabalar yaygın bir biçimde çeşitli araştırmalara konu olmuştur (Mineka, Watson ve Clark, 1998; Nathan ve Langenbucher, 1999; Widiger ve Sankis, 2000). Bu çabalar ne kadar başarılı olmuştur? Nathan ve Langenbucher (1999) "DSM-IV'ün, güçlü görgül temeli sayesinde, güvenirliğinin iyiden mükemmele yükseldiğini ve geçerliğinin de artmış olduğunu" bildirmişlerdir (s. 79).

Bu bölümün başında sunulan Jesse vakasını ele alalım. Jesse'e konan DSM-IV tanısı aşağıda görülebilir. Bu tanı Jesse'in kısa hikayesinden elde edilen bilgilere dayanmakla birlikte, klinisyen aynı zamanda Jesse'in madde kullanımının ve yine Jesse'in sahip olduğunu iddia ettiği "oldukça tuhaf düşüncelerinin" kapsamını da incelemiştir. DSM'nin klinik ilgi odağı olmaya devam eden, ancak bozuklukların tanısal kategorileri ile uyuşmayan problemler için de kodlar sağladığını unutmayın. Bunların içinde ebeveyn-çocuk ilişki problemleri, eğitimsel problemler, nöbet bozuklukları yer almaktadır. Klinisyenin her eksende karar vermesini sağlayacak yeterli düzeyde değerlendirme bilgisi topladığını varsayarsak, Jesse'in tanısı şu şekilde görünebilir;

Eksen I: 296.22 Majör Depresif Bozukluk, Tek Epizot, Orta Dereceli, V61.20 Ebeveyn-Çocuk İlişki Problemleri

Eksen II: V71.09 Eksen II tanısı yok.

Eksen III: 345.40 Epilepsi, bilinçlilikte bozulmanın eşlik ettiği-kısmi.

Axis IV: Birincil Destek Grubu ile Problemler: Ailevi Çatışma, Ebeveynlerde Boşanma, Eğitimsel Problemler: Öğretmenleri ve Sınıf Arkadaşları ile Geçimsizlik.

Axis V: İşlevselliğe dair genel değerlendirme (güncel): 55

Geliştirilmiş görgül temeline rağmen, DSM-IV tanısal sistemi eleştiri almaya devam etmektedir. Her şeyden önce, her ne kadar Eksen I bozuklukları iyiden mükemmele varan düzeylerde güvenirlik gösterse de, aynı durum şizofreni yelpazesi ve bazı çocukluk ve ergenlik dönemi kapsamında yer alan bozukluklar için geçerli değildir. Eksen II bozuklukları, özellikle de kişilik bozukluklarının derecelendiriciler arası güvenirlik ve test-tekrar test güvenirlikleri ise kabul edilemeyecek seviyede düşük değerlerler göstermeyi sürdürmektedir (Zanarini ve diğ., 2000).

Eleştirmenler özellikle DSM-IV'ün dayattığı "ya o, ya bu" türündeki kategorizasyonların psikopatolojiyi anlamanın en doğru yolu olup olmadığını sorgulamaktadır. Eğer bireyler belli bir sayıda kriteri karşılıyorsa, bir bozukluğa "sahip oldukları" kabul edilirken, kesme noktasına erişmedikleri takdirde ise bir bozukluğa "sahip olmadıkları" söylenmektedir. Ancak psikolojik bozuklukların varlığı değişen derecelerde olabilir; depresyonda olmak ile depresyonda olmamak arasındaki çizgi o kadar da belirgin değildir. Eleştiride bulunanlar, tanının altta yatan bir ya da birkaç boyutun uç noktaları olarak ele alınmasının daha iyi olacağını öne sürmektedir (Widiger ve Trull, 2007).

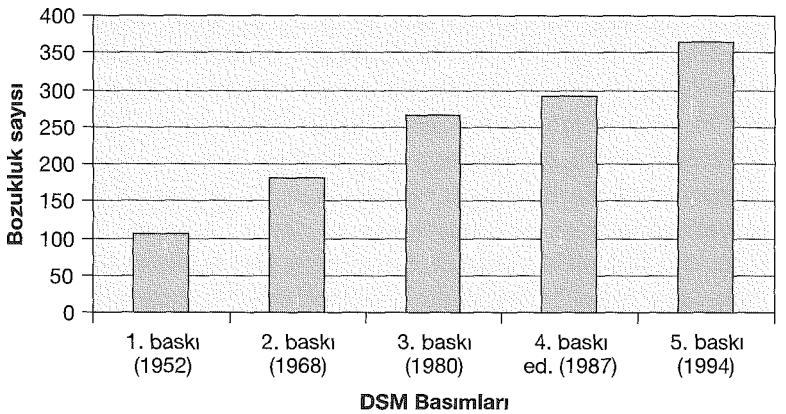
Psikolojik bozukluklar için ayrı kategorilerin geçerliğine karşı tartışma yaratan iki problem daha bulunmaktadır. Bunların ilki psikolojik bozuklukların eş tanılı oluşunun çok yaygın olmasıdır. *Psikolojik bozuklukların eş tanılılığı* aynı kişide aynı anda iki ya da daha fazla sayıda bozukluğun bir arada görülmesidir. Özellikle kaygı bozuklukları, duygudurum bozuklukları, madde kötüye kullanım bozuklukları ve kişilik bozukluklarında eş tanı oldukça sıktır (Watson,2005). Eleştirmenlerin pek çoğuna göre eş tanılı olma tanıların birbirinden farklı durumları temsil ettiği hipotezini geçersiz kılmaktadır (Kupfer, First ve Reiger, 2002; Widiger ve Trull, 2007). İlişkili diğer bir problem ise "başka türlü adlandırılamayan" (BTA) olarak isimlendirilen tanısal etiketin klinisyenler tarafından kullanılma sıklığıdır. BTA tanısına, özellikle Eksen II kişilik bozukluklarında, o kadar sık başvurulmaktadır ki, bu durum kategori listelerinin iddia ettiklerinin aksine semptom kümelerinin ne çok net ne de ayrık olduklarını düşündürmektedir (Verheul ve Widiger, 2004).

DSM-III ve DSM-IV gözlenebilir belirtilere odaklanmak sureti ile tanılamada güvenirliği artırmayı hedeflerken, odağını bozuklukların bağlamı, anlamı ve nedenlerinden uzaklaştırmış olabilir (Bracha, 2006; Follette ve Houts, 1996). Örneğin, davranışsal yönelimli bazı klinisyenler DSM-IV sınıflandırmasının belirtilerin oluştuğu bağlamı göz ardı ettiğini, bu sebeple aynı davranışın farklı sosyal koşullarda anlam ve hedefinin anlaşılmasına temel sağlamadığına dikkat çekmektedirler. Bu klinisyenler, böylesi bir anlayışı desteklemekte yetersiz kaldığı için DSM-IV'ün pek çok davranışsal problemin psikolojik öncül ve sonuçlarının keşfine yönelik ilerlemelerin desteklenmesine de neredeyse hiç katkı sunamadığını öne sürmüşlerdir (Follette, 1996; Wulfert, Greenway ve Dougher, 1996).

Nörolojik yönelimli ve psikodinamik yönelimli klinisyenler de aynı görüşü paylaşmaktadır. Travma sonrası stres bozukluğu gibi belirli bozukluklarla ilişkili nörolojik devreler daha iyi anlaşıldıkça, bu kavrayışın tanısal sistemlere dâhil edilmesi akla uygun görünmektedir (Bracha, 2006). Psikodinamik yönelimli klinisyenler de, benzer şekilde, DSM-IV'ün gözlenebilir belirtiler üzerindeki aşırı vurgusunu eleştirmişlerdir. Tanısal bir etiketin klinisyenleri, danışanlarının bozukluk sürecindeki öznel deneyimlerini anlamayabilecekleri hâlde, sırf gözlenebilir davranışlarını tanımlayarak onları anlayabilecekleri varsayımına sevk edeceğinden endişe duymaktadırlar (Packard, 2007).

DSM'deki tanıların sayısı dahi eleştirilmiştir. İlk baskıda, yani DSM-I'de, 106 tanı bulunmaktadır; DSM-IV'te bu sayı 365'tir (bknz. Şekil 3.2). Kırk yıl gibi bir zaman zarfında tanısal kategorilerdeki bu %300'lük artış şaşırtıcıdır; tanı kategorilerindeki bu denli bir atışın tanıların bilimsel olarak keşfedilip doğrulandığı mı, yoksa bu artışın ruhsal sağlık alanının ciddi oranda yaygınlaşmasının ve uygulamacılarının çok çeşitli durumları belirleyip tedavi etme ihtiyaçlarının bir göstergesi mi olduğu merak konusudur (ilgi çekici bir tartışma için, bknz., Houts, 2004).

Son olarak, eleştiride bulunanlar DSM'nin bazı durumları dışladığını belirtmektedirler. DSM'nin tüm versiyonları Kuzey Amerika popülasyonu üzerinde geliştirilmiştir ve bu popülasyon için geçerlidir; dünya üzerindeki farklı kültürlerde görülen belirti kümelerini kapsamamaktadır (Hall, 2005). İlişkisel bozukluklar olarak sınıflandırılabilecek pek çok türde problem de DSM'de yer almamaktadır. Evlilik çatışmaları, ebeveyn disiplin problemleri, çocukların ihmâli, kardeş çatışması, taciz, yasaksevi (ensest) ve benzerleri bunlardan bazılarıdır. Bu türden durumlar dikkate değer düzeyde psikolojik hasara yol açmasına rağmen, DSM'de bulunmamaktadır (First, 2006). Bulunmalı mıdır?



ŞEKİL 3.2 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın (DSM) Farklı Baskılarında Yer Alan Tanı Sayıları.

(Kaynak: Houts, A. C. (2004). Discovery, invention, and the expansion of the modern Diagnostic and Statistical Manuals of Mental Disorders. In L. E. Beutler ve M. L. Malik (Eds.), Rethinking the DSM: A psychological perspective.Washington, DC: American Psychological Association. ss. 17–68).

Alternatif Tanısal Öneriler ve DSM-V. DSM-IV'teki bu noksanlıklar hakkında endişe taşıyan klinisyenler ve araştırmacılar yenilenmiş bir tanısal sistemin arayışı içine girmeye başlamışlardır (Beutler ve Malik, 2002; First, 2006; Widiger ve Trull, 2007). *Boyutsal yaklaşım* olarak da isimlendirilen alternatif bir sistemle, insanları seçilmiş bazı kişilik boyutları üzerinden ölçmek suretiyle DSM'nin "ya o, ya bu" ikiliği ortadan kaldırılmaktadır. Bu boyutların içinde "büyük beşli" de denen dışadönüklük, deneyime açıklık, sorumluluk sahibi olma, duygusal kararlılık ve geçimlilik gibi kişilik özelliklerinin yanı sıra çağdaş kişilik testleri ile ölçülen başka özellikler de yer almaktadır. Bu tarz bir yaklaşım kişilerin güçlü ve zayıf yönlerine göre tanımlanmasını sağlayarak güncel sistemlerde patoloji üzerindeki aşırı vurgunun da önüne geçilmesine imkân tanıyacaktır. Boyutsal yaklaşımı benimseyen girişimler belirti örtüşmesinin en fazla olduğu kişilik bozukluklarına yoğunlaşmakla birlikte, duygudurum bozuklukları, kaygı bozuklukları ve şizofreni de bu yaklaşımın ilgi alanında yer almıştır (Brown, Chorpita ve Barlow, 1998; Widiger ve Trull, 2007). Boyutsal yaklaşımın bazı bozukluklar için, kategorik yaklaşımların ise diğer başka bozukluklar için kullanışlı olması muhtemeldir. Bu durum nihai olarak görgül bir meseledir ve her bir sistem ile belirli bozukluklara dair var olan veriler arasındaki uyuşmaya dair analizlerin sonuçları bu meselenin çözümünde belirleyici olacaktır (Joiner ve Schmidt, 2004).

Diğer tanısal öneriler psikopatolojinin belli kuramlar ya da bağlamsal prensiplere göre tanımlanmasını talep etmektedir. Mesela, Barron (1998) psikodi-

namik kuramın bakış açısı ile tanıların nasıl daha anlamlı hâle getirilebileceğini araştırmıştır. Bornstein da (2006) benzer şekilde, benlik gücü, savunma tarzı ve kendilik ile diğerlerinin ruhsal temsili gibi psikodinamik kavramların, özellikle kişilik bozukluklarında kullanıldığında, kayda değer tanısal yararları olacağını öne sürmüştür.

Kuram temelli tanı bakış açısından doğan ilgi çekici bir gelişme *Psikodinamik Tanı El Kitabı (Psychodynamic Diagnostic Manual-PDM)* başlıklı alternatif bir tanısal el kitabının yayımlanması olmuştur (PDM, 2006). Bu el kitabı, üyeleri beş temel psikoanalitik gruptan gelmiş olan bir çalışma grubu tarafından geliştirilmiştir. Her ne kadar geliştiricileri PDM'yi, DSM ve ICD'nin tamamlayıcısı olarak tarif etseler de, PDM'nin varoluşu yine de DSM'nin algılanan noksanlıklarına dair bir yorum niteliği taşımaktadır. Tanı kapsamını genişletmek ve klinisyenlere danışanlarını daha bütüncül bir şekilde anlama fırsatı sağlamak amacı ile tasarlanmış olan PDM (Packard, 2007), yetişkinlerde ve çocuklarda sağlıklı ve bozuk işlevselliği betimlemektedir. Bu betimlemeler, kategorik bir yaklaşımdan ziyade, sadece gözlenebilen belirtiler değil, ilişki kurma örüntüleri, kavrama, duyguların ifade edilmesi ve başa çıkma gibi işlevlere odaklanan boyutsal bir yaklaşımla tutarlılık göstermektedir. Tıpkı DSM gibi PDM'de de çok eksenli bir sistem kullanılmaktadır (Eksen P, kişilik örüntüleri ve bozukluklarının profili; Eksen M, ruhsal işlevselliğin profili; Eksen S, belirti örüntülerine dair öznel yaşantıların profili). Psikodinamik kavramların işlemselleştirilmesine yönelik girişimleri içeren bir diğer benzeri tanı el kitabı ise Almanya'da geliştirilmiş olup yine bu ülkede kullanılmaktadır (Schneider ve diğ., 2004).

Pozitif psikoloji temelli alternatif tanısal yaklaşımlar da geliştirilmiştir. *Pozitif Psikoloji Değerlendirme El Kitabı* (Lopez ve Snyder, 2003) pozitif psikolojiye dayanan birkaç değerlendirme yaklaşımını tarif etmektedir. Benzer şekilde, *Karakter Güçleri ve Erdemleri: Bir Sınıflandırma ve El Kitabı* (Peterson ve Seligman, 2004) DSM'yi tamamlamak ve DSM'nin noksanlarını gidermek amacı ile yazılmıştır. Aynı çizgi doğrultusunda, Peterson'un (2006) *Dayanıklılığın Yürürlükteki Değerler Sınıflandırılması: Gayri-DSM ve Gerçek DSM (Values in Action Classification of Strengths: The un-DSM and the Real DSM)* isimli yayını psikolojik dayanıklılığa yönelik bir sınıflandırma metodolojisidir. Peterson ve Seligman (2004) doğal biçimleriyle "gerçek" psikopatolojilerin, DSM'de dile getirilen semptom listelerinden ziyade, kendilerinin tanımladıkları karakter dayanıklılıklarının yokluğu olarak anlaşılması gerektiğini dahi önermişlerdir (Duckworth, Steen,ve Seligman, 2005).

Başka kuramsal çerçevelerden kaynağını alan tanısal öneriler de bulunmaktadır. Örneğin Wulfert, Greenway ve Dougher (1996) davranışsal ilkelerle tutarlılık gösteren bir tanısal yaklaşım önermişlerdir. Sarbin de (1997) bozuklukların bireylerin öz hikayelerinden nasıl etkilendiğini inceleyen bir yaklaşımı savunmaktadır. Bu alternatiflerin çoğu tanı konacak kişilere dair kavrayışın artırılması için geliştirilmiştir.

Şüphesiz tanısal sınıflandırma girişimi tartışmaların odağı olmaya devam etmektedir. Yine de bu girişimler, çoğunlukla ne olduğu bilinmeyen çoklu faktörlerden kaynaklanan çok sayıda karmaşık, sosyokültürel olarak tanımlanmış bozukluğu, klinisyenlerin danışanları hakkında en doğru kararları vermelerine yardımcı olacak şekilde tasarlanmış kısa etiketler kümesi kullanarak birbirinden ayırt etme gayreti içindedir. Hiçbir tanısal sistemin aynı anda bu amaçların tamamını karşılıyor olması çok da mümkün görünmemektedir. Öyleyse her ne kadar alternatif yaklaşımların her biri kendi avantajlarına sahip olsa da, hiçbirinin şu an var olan kategorik sınıflandırma sistemlerinin yerini tutma şansı pek de yok gibidir. Kategorik sistemin kendisi sağlık bakım endüstrisini hâkimiyeti altında tutan tıbbi modelle uyumluluk göstermektedir ve klinisyenlerin birbirleri ile iletişim kurmalarına imkân tanıyan etkin kısaltmalar sunmaktadır. Sonuç olarak, birbiriyle yarışan bu tanısal planlar bir taraftan etkin bir sistemi sürdürürken öte yandan da geçerliğin, güvenirliğin ve kullanışlılığın devamlı surette artışına da katkıda bulunacaktır.

Bu amaçlar doğrultusunda, DSM-V'e yönelik çalışmalar da başlamış bulunmaktadır. Bu konudaki ilk çabalar birkaç yıl öncesine dayanmakla birlikte, resmi girişimler *DSM-V Çalışma Gruplarının* 2006 yılındaki buluşması ile birlikte başlamıştır (First, 2006). DSM-V'in 2011'de basılması beklenmektedir (Çev. Notu: 2013'de yayımlanmıştır), ancak bu baskıda ele alınması gereken meselelerin sayısı ve karmaşıklığı düşünüldüğünde, geliştirilmesinin daha uzun zaman alması şaşırtıcı olmaz.

Tanımlama

Değerlendirmenin tek amacı tanısal sınıflama değildir. Zaten tek başına sadece sınıflandırma sistemlerinin psikolojik bir bozukluktan mağdur olan bir kişi hakkında anlamlı ve gerekli olan tüm bilgiyi vermesi beklenemez. Daha önce de belirtildiği gibi sınıflandırma güvenilir ve geçerli olmalı, aynı zamanda klinisyenler arasında iletişimi sağlayan etkin bir kodlama olanağı da sunmalıdır. Fakat pek çok klinisyen için tanısal etiketler tek başına yeterli değildir; daha fazlasını bilmek isterler ve sonuçta bu klinisyenlerin tanısal sınıflandırmadan daha önemli gördükleri bazı alternatif tanısal öneriler *tanımsal değerlendirmeye* kaynak sunarlar. Şunu tekrar hatırlatmakta fayda vardır ki, DSM'nin çok eksenli sistemi sadece tanının ötesinde tanımsal bilgi sağlamayı da hedeflemiştir, ancak bu sistem bile tanımsal bilginin bütünü açısından yetersiz kalmaktadır. Bu yüzden, farklı yönelimlerden gelen klinisyenler tanımsal değerlendirme sistemleri geliştirebilme arayışına girmiştir.

Örneğin, bilişsel-davranışçı bir terapist açısından tanımsal değerlendirme öncül koşullar, çevresel teşvikler ve caydırıcılar (disincentive), farklı kaynaklardan gelen ödüller, bilişsel karmaşıklıklar ve yükleme tarzları gibi temel faktörlere

odaklanabilir. Psikodinamik yönelimli bir terapist ise tanımsal değerlendirmede ego gücü ve zayıflığı, bilişsel işlevsellik, savunma mekanizmaları, aile ve diğerleri ile olan ilişkilerin niteliği ve kendiliğin özelliklerine başvurabilir (Gabbard, 2005). Elbette, tanısal sınıflandırma ve tanımsal değerlendirme bir arada yürütülebilir. Mesela Bertelsen (1999) klinik değerlendirmenin iki ayrı düzeyde işlemesi gerektiğini savunur: tanısal sınıflandırma düzeyi ve tedavinin gidişatını etkileyen çoklu faktörlerin değerlendirildiği düzey.

Tanımsal yönelimli değerlendirme danışanların yalnızca zayıflıkları ve problemlerine değil, becerileri ve uyumsal işlevlerine de dikkat çekmesi bakımından klinisyenlere kolaylık sağlamaktadır. Bu nedenle, tanımsal değerlendirme verileri danışanın tedavi öncesi davranışlarının ölçümünde, tedavi planına yönlendirmede ve tedavi sonrasındaki davranış değişikliklerinin incelenmesinde kullanılmaktadır. Tanımsal değerlendirme aynı zamanda klinik araştırma sürecindeki ölçümün geliştirilmesine de katkı sunabilir. Örneğin, depresyona yönelik iki farklı tedavinin görece değerlerinin araştırıldığı bir çalışmada, danışanların devamsızlık, kendi bildirdiği üzüntü ve depresyon testi puanları gibi tedavi sonrası davranışlarını tanımlayan değerlendirmeler "depresif" veya "depresif değil" benzeri tanısal etiketlerden daha kıymetlidir.

Ne yazık ki, bireyleri geniş çaplı tanımlamaya yönelik akımlar, özellikle yataklı psikiyatrik ortamlar ve diğer düzenlenmiş bakım hizmetlerinde, klinik değerlendirmeye hiçbir zaman hâkim olamaz. Bunun nedeni zamandır. Havai fişek hızında artan sağlık bakım masrafları hastanede kalış sürelerini sınırlandırma ve kısa süreli tedavilere yönelme konusundaki ekonomik baskıları da artırmıştır; sonuç olarak zaman alan kapsamlı hasta değerlendirmeleri çok pahalıdır. Tanımsal yaklaşımların değerlendirmede ne denli yaygın bir yer tutacağı, kullanışlılıklarına dair görgül kanıtlara, bir başka deyişle klinisyenlerin ne denli etkin değerlendirmeler yürütebildiklerine ve tanımsal yöntemleri daha iyi araştırma ve tedavi yöntemleri tasarlamak için kullanmalarına bağlıdır.

Tedavinin Planlanması

Tanısal ve tanımsal değerlendirme tedaviyi planlamak amacıyla da kullanılabilir. En basit modelde, tıpkı tıbbi bir hastalığın (örn., boğaz ağrısı) tercih edilecek tedaviyi (örn., antibiyotik) belirlemesi gibi, konulacak bir tanı da (örn., depresyon), tercih edilecek tedavi yöntemini (örn., bilişsel-davranışçı psikoterapi) belirler. Tanı ve psikoterapi yöntemleri arasındaki en ideal bağlantının belirlenmesi görgül destekli tedaviler hareketinin ("Klinik Psikoloji Nedir" başlıklı Bölüm 1'deki ve "Klinik Müdahale Üzerine Araştırmalar" başlıklı Bölüm 10'daki tartışmalarımıza bknz.,) temel amacı olmuştur.

Her ne kadar belirli tedaviler ile belirli tanıları eşleştirme çabaları psikoterapinin görgül temelini kuşkusuz geliştirmiş olsa da, bu girişimler uygulama söz

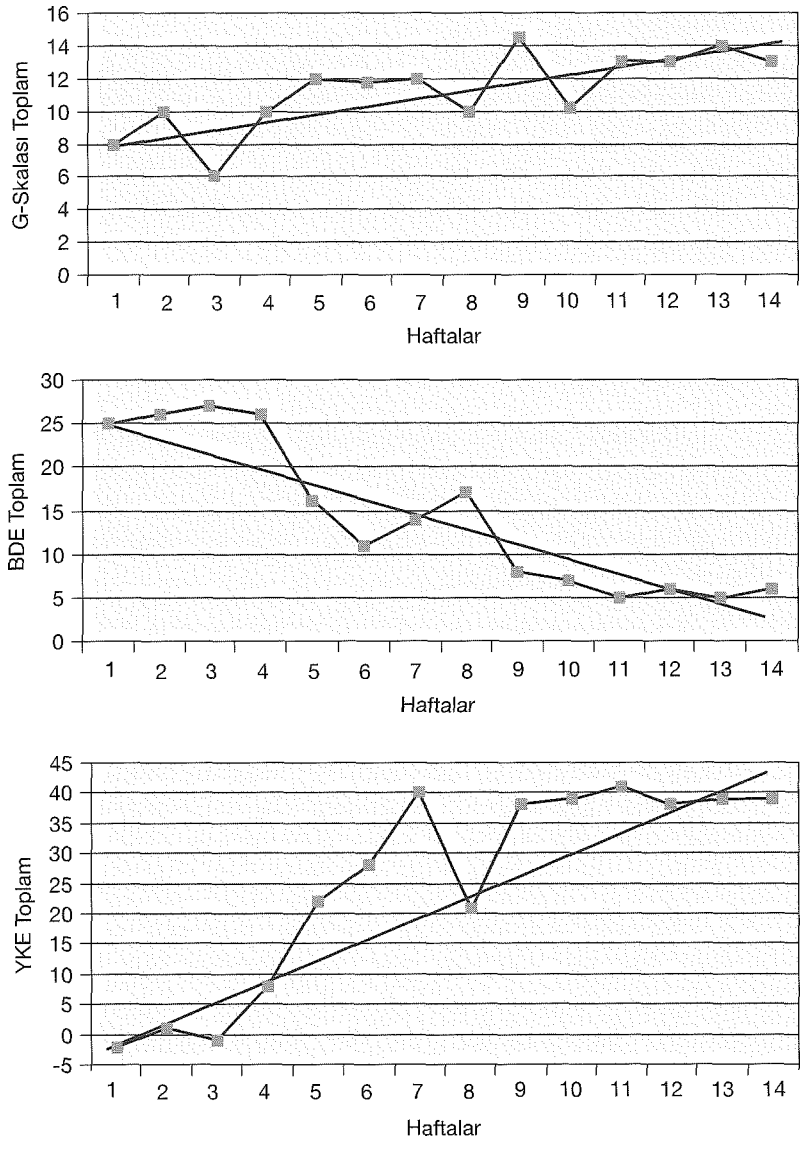
konusu olduğunda umulduğu kadar temiz sonuçlar vermemiştir. Tanı üzerindeki önceki tartışmaların işaret ettiği gibi, bozukluk belirtileri örtüşebilmektedir ve psikolojik bozuklukların eş tanılılığına da oldukça sık rastlanmaktadır. Bu durum da en azından bazı tanısal kategorilerin birbirinden ayrık oluşumlar olmadığını düşündürmektedir. Eğer bizzat tanılar ayrık değilse, belirli tedavilerin belirli tanılar için işe yarayacağını iddia etmek de oldukça güçtür. Ayrıca, psikoterapilerin etkinliği hakkındaki çok sayıda çalışma göstermektedir ki, (Bölüm 10'da tartışılmaktadır) tedavilerin de genel ve örtüşen etkileri vardır. Bu etkilerin bir kısmı tedavilerin uygulandığı bozukluklarla değil salt danışan özellikleri ile ilgilidir (Beutler ve Malik, 2002). Tüm bu problemler sebebi ile klinisyenler başka faktörleri de tedavi bağlantılı değerlendirmenin içine dâhil etme çabası içinde olmuşlardır. Buradaki kilit nokta, tanı ve psikoterapinin "markası" bir tarafa, hangi faktörlerin bir müdahalenin nasıl işleyeceğini daha iyi yordadığının belirlenmesidir.

Özetle, tedavi planlamasına yönelik değerlendirme tıbbi-model temelli "hangi tedaviler hangi tanılar için daha uygundur?" sorusunun ötesine geçmektedir. Bunun yerine bu tür bir değerlendirme, Gordon Paul (1967) tarafından ifade edilen şekli ile daha çok bilinen "Şu spesifik problemi olan bu kişi için, hangi tedavi, kim tarafından ve hangi koşullar altında en etkili olanıdır?" (s. 44) sorusuna cevap arar. "Klinik Müdahalelerin Temel Özellikleri" başlıklı Bölüm 6'da tedavi planlamasını daha kapsamlı ele almaktayız.

Tedavi bağlantılı değerlendirme aynı zamanda tedavinin ne kadar işe yaradığına dair değerlendirmeyi de içerebilir. Aslında, hesap verebilirlik çağı olan günümüzde de, klinisyenlerden etkinliklerine dair süreklilik arz eden kanıtlar sunmaları giderek daha fazla beklenmektedir. Örnek olarak Kazdin (2006) tarafından sunulan aşağıdaki vaka örneğini ele alalım:

Otuz dokuz yaşında bir kadın olan Gloria kliniğe depresyon sebebi ile kendi isteği ile başvurmuştu. Bir ön değerlendirme yapıldı ve buna göre haftada bir seanslık görüşmeler şeklinde yürütülecek bilişsel-davranışçı ve kişilerarası terapi kombinasyonunu içeren bir tedavi planı oluşturuldu. Terapist aynı zamanda Gloria'nın her hafta seansa bir 20 dakika kadar önce gelmesini ve kendisindeki gelişimi izlemesine olanak tanıyacak kısa ölçekler doldurmasını sağladı. Bu ölçüm araçlarından biri de terapist ve Gloria'nın bir arada oluşturdukları ve G-Skalası olarak adlandırdıkları bir dizi ifadeye ilişkin bir derecelendirme idi. Bir diğeri ise Beck Depresyon Envanteri'nin kısaltılmış bir versiyonu iken (BDE; Beck, Steer, & Garbin, 1988), Gloria'nın doldurduğu son ölçek ise Yaşam Kalitesi Envanteri'nin (YKE; Frish, 1998) kısaltılmış bir uyarlaması idi.

Şekil 3.3 ondört haftalık tedavi boyunca her bir seansta Gloria'nın puanlarında görülen değişimleri göstermektedir.



ŞEKİL 3.3 Gloria'nın Üç Ölçüm Aracı Üzerinden Psikoterapide Gösterdiği İlerlemenin Değerlendirme Bulguları (İlk iki hafta taban puanları olarak kabul edilebilir. Her grafikte, veri nokta dağılımlarına uygun doğrusal regresyon eğrileri oluşturulmuştur).

Not: G Skalası terapist ve danışanı Gloria tarafından oluşturulmuştur; BDE Beck Depresyon Envanteri'nin seçilmiş maddeleridir, YKE ise Yaşam Kalitesi Envanteridir.

(Kaynak: Kazdin, A. E. (2006). Assessment and evaluation in clinical practice. In C.D. Goodheart, A. E. Kazdin ve R. J. Sternberg (Eds.), Evidence Based Psychotherapy (ss. 153–177).Washington, DC: American Psychological Association. Orijinal basımı: Kazdin, A. E. (2003). Research design in clinical psychology (4th ed., s. 322). Boston, MA: Allyn ve Bacon.)

Yordama

Değerlendirmenin son amacı ise insan davranışı hakkında yordamalarda bulunmaktır. Bu yordamalar gidişatı (bozukluğun belirtilerinin tedavi varlığında veya yokluğunda nasıl değişim gösterebileceğine dair tanımlamaları), gelecekteki performansı (bireyin herhangi belirli bir iş ya da durumda nasıl performans göstereceğine dair tanımlamaları) ya da tehlike potansiyelini (kişinin kendine veya başkalarına yönelik saldırgan davranışlar sergileme olasılığına dair tanımlamaları) kapsayabilir. Bu tanımlamaların her birinde klinisyen ortaya konan özellikler ve yordanacak davranışlar arasındaki ilişkiler hakkında görgül kanıtlara dayalı geçerli bilgilere sahip olmalıdır. Bunlar olmazsa, yordama tahmin yürütmekten öteye geçemez.

Gidişat. Gidişat çoğu zaman tedavinin sonuçlarına ilişkin yordamaları içerir, ancak daha genel olarak tedavinin yokluğunda veya kafa hasarı ile sonuçlanan ve kaygı bozukluklarına yönelik tedavinin gidişatında değişikliklere yol açan otomobil kazası gibi belirli durumlarda belirtilerdeki değişimlere dair yordamaları da kapsayabilir.

Gidişat hakkında önemli bilgiler halihazırda DSM tanılarında yer almaktadır. Pek çok tanı ile ilgili bu metinlerde bir bozukluğun seyrini tanımlayan uzun vadeli çalışmaların bulguları kadar hastalığın tipik başlangıcı, kronikliği, hangi popülasyonların daha fazla risk altında olduğu vb. bilgiler de bulunmaktadır. Her ne kadar DSM, sonucu önceden gösteren ifadeler sağlamasa da, klinisyenlerin (veya öğrencilerin) bazı bozuklukların diğerlerinden daha fazla güçten düşürdüğünü, daha kronik ve nükse yatkın olduğunu veya belli olumlu ya da olumsuz yaşam olaylarına hassasiyet gösterebildiğini fark etmeleri hiç de zor değildir.

Klinisyenler, bozuklukların gidişatının önceden tahmin edilebilirliğini artırabilmek amacıyla DSM'deki temel bilgilerden faydalanabilirler. Danışanın sosyal destek ya da algıladığı zorlanma düzeyi hakkındaki bilgiler gidişatı iyileştirebilir ya da kötüleştirebilir (örn., nispeten yüksek düzeyde destek ya da orta düzeyde ancak güçten düşürmeyen kötü stres geliştirici olabilir; nispeten düşük destek düzeyi ve yoğun zorlanma kötüleştirebilir). Danışanla (örn., dürtüsellik ve başa çıkma tarzı, terapist tarafından doğrudan yönlendirilmeye direnç), ortamla (örn., yataklı ya da ayaktan tıbbi takip) ya da danışan ile terapist arasındaki uyuşma ile (örn., paylaşılan değerler ya da kültürel arka plan) ilgili faktörler de benzer şekilde sonuçları etkileyebilir. Elbette, bu ve benzeri diğer faktörlere bağlı gidişat, her bir faktörün benzer vakalarda sonuçları etkileme derecesini ele alan görgül araştırma kanıtlarından gelen bilgilere dayanmalıdır.

Gelecekteki Performansın Yordanması. Bazen klinisyenlerden işletmeler, hükümet yetkilileri, kolluk güçleri ve itfaiyeler tarafından kimin hangi işlerde daha iyi performans göstereceği konusunda yardım istenebilmektedir. Böylesi

durumlarda yordamalarını ve seçimlerini dayandıracağı verileri elde edebilmek amacıyla klinisyen öncelikle tanımsal ölçüm bulgularını toplamalı ve/veya incelemelidir. Aslında bu adım çok kritiktir ancak psikologların yalnızca genel psikolojik eğitime dayanarak her alanda yordamalarda bulunması gerektiğine inananlar tarafından önemi çoğu zaman yeterince anlaşılmamıştır. Belirli bir iş ya da durumda herhangi birinin nasıl bir performans göstereceğini anlamak için psikologlar hangi özelliklerin hangi performansları güvenilir olarak yordayacağına dair görgül kanıtlara sahip olmalıdır. Bu her iş ya da alan için psikologların ödevlerini yapmaları gerektiği anlamına gelir; bunun için sadece kendi kişisel varsayımları ya da genel klinik yargılarına bel bağlayamazlar. Tanımsal ve yordayıcı değerlendirmenin nasıl binişebileceğine dair klasik bir örnek II. Dünya Savaşı sırasında en başarılı casusların, sabotajcıların ve düşman hattı ardındaki operasyon elemanlarının kimler olabileceğini seçmek amacı ile özelleşmiş testler, mülâkatlar ve gözlemlerden faydalanan Henry Murray tarafından sağlanmıştır (Office of Strategic Services, 1948). Murray'in değerlendirme programı öyle kapsamdır ki zekâdan cinayet planlama becerisine her şeyi ölçmektedir ve bu programın tamamlanması birkaç günü almaktadır.

Kapsamı daha dar olmakla birlikte, benzeri yordama-yönelimli klinik değerlendirme paketleri sivil ve askeri çalışanların (Institute of Personality Assessment and Research, 1970), klinik psikoloji ve psikiyatriden mezun öğrencilerin (Holt ve Luborsky, 1958; Kelly ve Fiske, 1951) ve Barış Heyeti gönüllülerinin (Colmen, Kaplan ve Boulger, 1964) seçimi için tasarlanan geniş çaplı savaş sonrası tarama programlarında da gözlenmiştir. Bu tür değerlendirme programları, çok sayıda insanı ilgilendiren kararları etkilediği için, yalnızca yordayıcı geçerliği açısından değil, aynı zamanda değerlendirilen kişiler ve onlardan istifade eden kurumlar üzerindeki etkileri açısından da incelenmelidir.

Tehlike Potansiyelinin Yordanması. Gidişata yönelik yordamalar, özellikle "Bu danışan intihara teşebbüs eder mi?" ya da "Şu danışan ruh hastalıkları hastanesinden taburcu edildikten sonra herhangi birine zarar verir mi?" türünde ölüm kalım meselesi durumları içerdiğinde çok hırpalayıcı olmaktadır. Klinik uygulama ve araştırmaların uzun zamandan beri ayrılmaz bir parçası olan bu türden yordamalar sıklıkla *adli değerlendirmeler* olarak adlandırılmaktadır. Örneğin, okula tabanca ile gelen bir sekizinci sınıf öğrencisinin cinayet riskinin devam edip etmediği ve düz bir okul yerine muhafazalı bir kurumda eğitim görüp görmemesi gerektiği konusunda bir klinik psikologdan değerlendirme yapması istenebilir (Vincent, 2006). Klinik araştırmacılar cinsel suç işlemiş bir yetişkinin tahliye olduktan sonra başka bir suç işleme olasılığını yordayabilmek amacı ile tasarlanmış ölçüm araçları geliştirebilir (Langton ve diğ., 2007). Bu tür yordamalar ne düzeyde doğru ve kesindir?

TABLO 3.4

Tehlike Potansiyeline Dair Klinik Yordamaların Doğruluğunun Ölçümü

	Nihai Sonuç	
Klinisyenin Öngörüsü	**Cinayet Var**	**Cinayet Yok**
Cinayet Var	8 (doğru pozitifler)	1998 (yanlış pozitifler)
Cinayet Yok	2 (yanlış negatifler)	7992 (doğru negatifler)

Aslında klinik psikologlar tehlike potansiyelinin kusursuz bir şekilde yordanması konusunda zorlanmaktadır (Borum, 1996; Hilton, Harris ve Rice, 2006; Monahan, 1988). *Taban oranı*, yani herhangi bir topluluk içinde tehlikeli eylem girişimlerinin görülme sıklığının genellikle düşük olması bu zorlanmanın sebeplerinden biridir. Şu örnek bunun neden önemli olduğunu göstermektedir: Bir klinik psikoloğun cinayet kabilinden davranışı %80 oranında doğru yordadığını varsayalım. Aynı zamanda klinisyenin incelediği bu popülasyonda cinayet davranışının taban oranının 10.000 kişide 10 cinayet olduğunu varsayalım. Yordamaların kesinliği dört olası sonuç örüntüsü doğrultusunda değerlendirilebilir. Eğer klinisyen tehlike öngörmüşse ve kişi gerçekten tehlikeli davranış sergilemişse, bu sonuca *"doğru pozitif"* sonuç denir. Klinisyen herhangi bir tehlike öngörmemiş ve kişi de tehlikeli davranmamışsa, o zaman elimizde *"doğru negatif"* olarak ifade edilen bir sonuç vardır. Öte yandan, klinisyen hiçbir tehlike öngörmediği hâlde kişi tehlikeli bir davranışta bulunmuşsa, ortaya *"yanlış negatif"* bir sonuç çıkmış olur. Son olarak, klinisyenin tehlikeli bir davranışı öngördüğü bir durumda tehlike eylemi gerçekleşmemişse, bu sonucu da *"yanlış pozitif"* sonuç olarak adlandırınız. Tablo 3.4'te de gösterildiği gibi, klinisyen 10 cinayet failinden 8'inin kim olacağını doğru yordayacaktır. Ancak klinisyenin doğruluk oranı %80 ise, kalan %20'yi, yani geriye kalan 9990 kişinin 1998'ini, şiddet göstermeyecek oldukları halde, yanlış olarak potansiyel cinayet failleri şeklinde sınıflandıracaktır. Bu durumda 8 "doğru pozitif" sonucu, klinisyen cinayet eylemi öngördüğü halde gerçekleşmeyen 1998 "yanlış pozitif" sonuç ışığında değerlendirmek gerekir.

Öyleyse bu örnekte klinisyenin cinayet faillerini belirlemeye yönelik *olumlu yordayıcı gücü* büyük ölçüde düşük olacakken (yordanan cinayet faillerinin %1'inden azı gerçekte birini öldürecektir), tehlikeli olmayan davranışın doğru olarak yordanma oranı, yani *olumsuz yordayıcı gücü*, %99.9'dan daha yüksek olacaktır. Doğru olumluları en üst seviyeye çıkarabilmek için, klinisyen kimsenin cinayet işlemeyeceğini öngörebilir ki bu öngörü koşulların %99.9'unda doğru olacaktır. Ancak tüm hatalar yanlış negatiftir ve bir toplumda genellikle bu türden hataların, yani aslında tehlikeli insanların güvenilir olduklarına dair yordamaların, yanlış negatiflerden, bir başka deyişle aslında güvenilir insanların tehli-

keli olduklarına dair yordamalardan daha ciddi olduğuna inanılmaktadır.

O hâlde klinisyenler olumsuz yordayıcılıkta hata yapma pahasına, tehlike potansiyelini gerçekte olduğundan fazla yordama eğilimindedir. Elbette, yanlış pozitif yanılgılar ciddi sonuçlar doğurmadığı müddetçe, gerçekte olduğundan yüksek yordamalar sorun yaratmaz. Ancak, genel olarak her iki yönde de yanılgıların önemli neticeleri olabilir. Örneğin, hangi genç yetişkinlerin okul şiddetine eğilimli olduklarının yordanmaya çalışıldığını hayal edin. Bu görev, kanlı cinayetlerin birbirini izlediği Columbine Lisesi, Virginia Teknoloji ve Kuzey Illinois Üniversiteleri ve benzeri diğer yerlerde daha da özel bir önem taşımaktadır. Okullarda silahlı saldırı eylemleri son derece nadir görülen olaylar olduğu için riskli bireyleri belirleme çabası çok sayıda yanlış pozitif hata ile sonuçlanacaktır. Doğru belirlenen her katile karşılık onlarca hatta yüzlerce genç aynı etiketle yanlış damgalanma riski altında kalacaktır (Mulvey ve Cauffman, 2001).

Düşük taban puanlarının yordayıcılık üzerindeki etkisini bertaraf etmek, bunların "alt tarafı birer istatistik" olduğunu düşünen ve bıçak kemiğe dayandığında uzmanların okul şiddeti, intihar ve diğer şiddet eylemlerini kesin olarak doğru yordayacaklarına inananların aksine, oldukça zorlayıcıdır. Uzmanlar taban-oran istatistiklerinin klinisyenler ve diğerleri açısından tehlike potansiyelinin hatasız yordanmasının ne denli zor olduğunu yansıttığının farkındadırlar. Amerikan Psikiyatri Derneği psikiyatristlerin tehlikeli davranışın hatasız yordanmasına olanak tanıyacak bilgi ve becerilerinin olmadığına dair bir tutum sergilemişlerdir (1983).

Tabii ki, tehlike potansiyelini yordama girişiminde bulunanlar belli yönergeleri takip etmek suretiyle yanlış pozitifleri en aza indirgemeye çalışırlar. Örneğin, Cassel ve Bernstein (2007), yordama gücünü geliştirme arayışında olan araştırmacıların dört alandan gelen değerlendirme kanıtlarını birleştirmeye giderek daha fazla odaklandıklarını bildirmişlerdir. Bu alanlar; (a) sanığın öfke ya da dürtüsellik gibi yatkınlaştırıcı eğilimleri; (b) ruhsal bozukluk veya kişilik bozukluğu belirtileri gibi klinik faktörler; (c) geçmiş faktörler, örn., şiddet içerikli sabıka kaydı; (d) aile ve arkadaşlardan alınan sosyal destek gücü gibi bağlamsal faktörler (aynı zamanda bknz., Gardner, Lidz, Mulvey ve Shaw, 1996; Monahan ve Steadman, 1994; Zabow ve Cohen, 1993) olarak sıralanabilir.

Davranış bilimlerinin pek çok alanında, pek çok araştırmacı ruh hastalarının ve suçluların tehlike potansiyellerinin yordanmasını geliştirme çabaları içinde olmuştur (örn., Doyle ve Dolan, 2006; Langton ve diğ., 2007; Quinsey, Harris, Rice ve Cormier, 2006). Uygulamacı klinisyenler herhangi bir yordamaya kalkışmadan önce yordanacaklara dair en iyi bilimsel uygulamalardan yararlanmalıdır Aslında klinisyenler söz konusu herhangi bir kişinin herhangi bir eylemi gerçekleştirip gerçekleştirmeyeceğinden ziyade, risk düzeyine (örn., yüksek, orta, düşük) dair yordamalarda bulunurlarsa çok daha sağlam bir zemin üstünde durmuş olurlar ki, bu durumda dahi yordamalarını herhangi bir belirtinin herhangi

bir sonucu doğurma ihtimaline yönelik olası en iyi görgül kanıta dayandırıyor olmalıdırlar.

Bu Kısmın Özeti: Klinik değerlendirme hedefleri, tanısal sınıflandırma, tanımlama, tedavi planlama ve sonuçlarını değerlendirme ve yordamayı içerir. Günümüzde tanılar DSM-IV-TR'ye göre konmakla birlikte şu anki DSM sisteminin noksanlarını gidermeyi amaçlayan DSM revizyonları ve alternatif tanısal sistemler üzerindeki çalışmalar devam etmektedir. Tanımlama ise danışanın özellikleri hakkında tanımsal bir sınıflandırmanın sağlayabileceğinden daha ayrıntılı bir bilgi sunar. Tanı ve tanımlama süreçlerinin her ikisi de tedavi planlarına katkı sağlar. Değerlendirmeler aynı zamanda tedavi etkinliğinin ölçümünde ve bu etkinliğin başkalarına da kanıtlanmasında kullanılabilir. Son olarak, klinisyenlerden zaman zaman danışanın tehlike potansiyelini de içeren gelecekteki davranışları hakkında yordamalarda bulunmaları gibi zorlu görevler de istenmektedir.

KLİNİK YARGI VE KARAR VERME

Bu Kısma Bakış: Klinisyenler farklı kaynaklardan elde ettikleri bilgileri birleştirerek yargılar oluşturur. Bunu yaparken görgül karar verme yöntemlerine veya klinik sezgiye dayanırlar. Klinik sezgi bir çok durumda (örn., terapi sırasında kendiliğinden ortaya çıkan olaylar) gerekli olsa da, araştırmalar klinik psikologların özel bir sezgi yeteneklerinin olmadığını göstermiştir: bir başka deyişle, izlenimsel düşünce söz konusu olduğunda onlar da tıpkı diğer insanlar gibi benzer hatalara düşme eğilimindedirler. Deneyimli klinisyenler yargılarını mümkün olduğunca görgül dayanağı olan ve işleyen modellere (örn., tehlike potansiyelinin yordanması) göre oluştururlar.

Kitle iletişim araçları uzun zamandır klinik psikologlara bireylerin geçmişi, şu anı ve geleceğine ilişkin saklı kalmış yönlerini kesin ifadelerle zekice ortaya çıkaran uzmanlar rolünü biçmiştir. Oysa tıpkı şiddet vakasında olduğu gibi, bazı olayların yordanması özellikle zordur. Ancak bir klinisyen ister bir danışanın intihar etme, ister iz üstündeki bir avcının kurbanına zarar verme, ister beyin hasarlı bir danışanın yeni bir işte başarılı olma ya da bir mağdurun kaygısını dindirecek belli bir psikoterapi yönteminin olasılığını hesaplasın, yine de tüm bu yordamalar bir klinik yargı içerir.

Klinik Sezgi

Tehlike potansiyelinin yordanmasına ilişkin tartışmalarımızdan da anlaşılacağı gibi, görgül araştırmalar klinisyenlerin özel çıkarımsal yetenekleri olduğu fikrini desteklememektedir. Donald Peterson bu tespiti 40 yıl öncesinde yapmıştır: "Klinisyenlerin eşik altı kişilerarası uyaranları fark edip bu sayede bireylerin intrapsişik durumlarını okuyabilmelerini sağlayan özel türde antenlerinin olduğu ya da böylesi antenler geliştirebilecekleri fikri terk edilmesi gereken bir mittir" (Peterson, 1968a, s. 105). Esasen, klinik psikologlar veri değerlendirme sürecinde

değerlendirme verilerinin anlamına dair öznel yargılara dayanmak gibi formal olmayan yaklaşımlar kullandıklarında, oluşturdukları yargılar klinisyen olmayanlardan anlamlı derecede farklılık göstermez.

Klinisyenlerin iddia edilen özel çıkarım yetenekleri hakkındaki araştırmaların klasik bir örneği katılımcılardan danışanların psikolojik bir teste verdikleri tepkilere dayanarak beyin hasarı olup olmadığını anlamalarının istendiği bir araştırmada görülebilir (Goldberg, 1959). Bu test doğrudan beyin hasarını ölçmemekteydi, ancak sonuçları yorumlayabilenler için beyin hasarına dair ipuçları sağladığına inanan klinisyenler tarafından yaygın olarak kullanılmaktaydı. Danışanların yarısında gerçekten de organik temelli bir beyin hasarı vardı; geri kalan yarısında ise yoktu. Test bulguları teste yönelik 4-9 yıl arası deneyimi olan 4 doktoralı klinik psikolog, testi 1-4 yıl arası bir zamandır kullanmakta olan 10 yüksek lisans düzeyi psikoloji öğrencisi ve ne psikoloji altyapısı ne de test deneyimi olmayan 8 sekreter tarafından yorumlandı. Bu çalışmada "organik" ya da "organik değil" şeklinde iki kategorili bir çıkarımda bulunulacaktı. Bu durumda bu koşullar altında herhangi bir vaka için şansa bağlı doğru çıkarım olasılığı %50 idi. Ancak, 4 doktoralı klinisyenden yalnızca birinin şans düzeyinin üstünde olduğu gözlenmişti. Daha yakın zamanlı çalışmalarda da benzer bulgular elde edilmiştir (örn., Gardner ve diğ., 1996).

Başka çalışmalar da klinik psikologların ne özel bir bellek kapasitelerinin ne de bilgi işleme becerilerinin olmadığını ortaya koymaktadır. Örneğin çok sayıda çalışma daha büyük miktarlarda değerlendirme bilgisine sahip olmanın klinisyenlerin çıkarımlarına dair güvenlerini artırdığını, ancak bu denli fazla bilginin çıkarımların doğruluğuna çok da katkı sağlamadığını öne sürmektedir. (Einhorn ve Hogarth, 1978; Garb, 1984; Kleinmuntz, 1984; Rock, Bransford, Maisto ve Morey, 1987).

Peki onca yıllık eğitim ve deneyimlerine rağmen klinisyenler neden diğerlerinden daha iyi yargılara varamamaktadır? Klinisyenler de bir insandır ve öyle gözükmektedir ki onlar da tıpkı diğerleri gibi, herkesin bilgi işleme süreçlerinde hataya yol açabilecek aynı bilişsel alışkanlık ve yanlılıklarla karşı karşıyadır (MacDonald, 1996). Örneğin, diğer insanların yargılama süreçlerinde olduğu gibi, klinisyenin yargıları da özellikle hatırlamayı kolaylaştırıcı yakın zamanlı ya da belirgin deneyimler söz konusu olduğunda yanılgıya daha açıktır.

Erişilebilirlik sezgisinin (heuristic) sebep olabileceği yanlılıklar aşağıdaki örnekte görülen "şu iki durumdan hangisi daha sıktır" şeklindeki iki farklı soruya verilen yanıtlar incelendiğinde daha iyi anlaşılabilir:

Hangisi daha sıktır? .

"_ _ _ _ _ yor" şimdiki zaman eki ile biten Türkçe kelimeler mi?

Yoksa altıncı harfi o olan (_ _ _ _ _ o_) Türkçe kelimeler mi?

İnsanlar genellikle ilk tercihi seçmektedirler, çünkü "-yor" şimdiki zaman eki ile biten kelimeleri akla getirmek 6. harfi "o" olan kelimeleri akla getirmekten daha kolaydır. Ama aslında ikinci kategoriye giren kelimeler daha sıktır; nitekim bu ikinci kategori yalnızca altıncı harfi "o" olan kelimeleri değil (örn.,"ot" ile biten, ahtapot; "oz" ile biten ıstakoz, vb.), sonu "-yor" şimdiki zaman eki ile biten tüm kelimeleri de kapsamaktadır.

Bu örnekten nasıl bir sonuç çıkarabiliriz? Erişilebilirlik sezgisinin yargıyı tehdit ettiği durumlarda sıklığa ilişkin bir yargıya varırken daha formal-kurallı ve daha az izlenimsel bir akıl yürütmeye gerek duyulmaktadır. Benzeri durumlarda yalnızca sezgi ya da içgüdülerimize güvenecek olursak, yanılgıya düşeriz. Klinik koşullarda, güncel bir olgunun herhangi bir özelliği, kolay anımsanabilir başka bir olguyu hatırlamamıza neden olursa, bu olguya, olgunun diğer özellikleri uymadığı halde, akla tüm canlılığı ile gelen ilk bilgiye aşırı değer biçip yanlış tanı koyabiliriz (Garb,1996).

Bu türden kolayca hatırlanan geçmiş inanç ve yargılar klinisyenlerin değerlendirme verilerinden yanlış çıkarımlara varmalarına neden olan (Krol, DeBruyn, vevan den Bercken, 1995; Lewis, 1991) aldatıcı *ilişkiler* yaratabilir (Chapman ve Chapman, 1967). Bu yüzdendir ki, bazı klinisyenler resim çizme testlerinde büyük gözler çizen danışanlarında, kesin görgül kanıtlar olmadığı hâlde, paranoid eğilimler öngörebilirler (Golding ve Rorer, 1972).

Tüm insanların oluşturduğu ilk izlenimler gibi, klinisyenler de görüşlerini, değerlendirme bilgisinin takip eden aşamalarına değil de ilk birkaç parçasına dayanarak oluşturdukları *çapa takılması yanlılığı* gösterebilirler (Tutin, 1993). Bu yanlılık klinisyenlerin yalnızca belli kaynaklardan (örn., ebeveynlerin çocuğun davranışları hakkında verdikleri bilgi) gelen değerlendirme verilerinin diğerlerinden daha fazla ön plana çıkarılması ile de sonuçlanabilir (McCoy, 1976). Çapa takılması yanlılığı ile ilgili en temel sorun ilk izlenimlerimize fazlaca tutunmak ve yeni gelen verilere göre bu izlenimlerimizi yeterli derecede düzeltememektir. Çapa takılması yanlılığına bir de yeni gelen bilgiyi var olan inançlara göre yorumlamak anlamına gelen *doğrulama yanlılığı* eklenecek olursa, klinisyen birbiri ile çelişen kanıtları görmezden gelebilir, hatta bu kanıtları ilk izlenimler ile uyuşacak şekilde çarpıtabilir (Strohmer ve Shivy, 1994).

Klinisyenlerin yargıları aynı zamanda bazı bilgileri hatırlayamamaları ya da önemli bilgileri elde edememiş olmalarından ötürü yanılgılar içerebilir. Her insan gibi, klinisyenler de başarılarını hatalarından daha net hatırlama yatkınlığı içindedirler. Bu sebeple, başarıları ya da başarısızlıkları ile ilgili yeteri kadar kesin geribildirim almamış oldukları halde, doğru olmayan çıkarımsal eğilimlere (ya da geçersiz değerlendirme yöntemlerine) sadece geçerli olduklarını düşündükleri için bağlı kalabilirler (Garb, 1989). Tehlike potansiyelini tahmin etmeye çalışan klinisyenleri hava tahminlerinde bulunan meteorologlarla karşılaştırın.

Meteorologlar tahminlerine ilişkin sık, anlık ve açık geribildirimler alır; psikologlar için bu durum nadiren geçerlidir. Bu türden örnekler tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinin neden önemli olduğunun anlaşılmasına yardımcı olacaktır; bu değerlendirme klinisyenlerin etkinliğinin yalnızca başkalarına kanıtlanmasını sağlamaz, aynı zamanda kendilerine de gelecekteki performanslarını artırmaya yönelik geribildirim verir.

Çeşitli kişisel ve kültürel yanlılıklar da çıkarımların çarpıtılmasına sebep olabilir (Rabinowitz, 1993). Bazı klinisyenler, erkeklerden çok kadınlarda, belli yaş, sağlık durumu ya da etnik gruptaki kişilerde bir bozukluğun ya da belli bazı bozuklukların var olduğu çıkarımına kolayca varabilir. (Atkinson ve diğ., 1996; Coontz, Lidz ve Mulvey, 1994; Hickling, McKenzie, Mullen ve Murray, 1999; Hatala ve Case, 2000; James ve Haley, 1995). Buna örnek teşkil edebilecek cinsiyet yanlılığına ilişkin bir çalışmada (Ford ve Widiger, 1989), psikologlardan antisosyal kişilik bozukluğunun (AKB; daha çok erkeklerde görülür) veya histrionik kişilik bozukluğunun (HKB; daha çok kadınlarda görülür) belirgin izlerini taşıyan iki farklı vaka sunumuna dair tanı koymaları istenmişti. Her gruptaki bazı psikologlara danışanın erkek, bazılarına da danışanın kadın olduğu söylenmişti. Hem kadın hem de erkek psikologlar tarafından yapılan çıkarım hataları cinsiyet yanlılığını göstermişti; danışanın kadın olduğunu düşünen psikologlar APD tanısını, erkek olduğunu düşünenler ise HPD tanısını daha büyük olasılıkla atlama eğiliminde olmuşlardı. Başka çalışmalar klinik yargılarda cinsiyet (örn., Tomlinson-Clarke ve Camilli, 1995), sosyoekonomik sınıf ya da etnik azınlığa bağlı (Atkinson ve diğ. 1996) yanlılıklara dair bu denli sağlam bulgular ortaya koyamamış olmakla birlikte, her bir klinisyen bu gibi yanlılıklara karşı tedbirli olmalıdır. Özetle, klinik sezgilerine dayanarak klinisyenlere "uzman" statüsünün bahşediliyor olmasını doğrulayan görgül kanıtlar çok kısıtlıdır (Wiggins, 1981).

Yine de çıkarımsal doğrulukları çalışma arkadaşlarından ve meslekten olmayan ama parlak kişilerden daha üstün olan klinisyenler de vardır. Bu üstünlük sabit bir yeteneğin (örneğin, iyi eğitilmiş izlenimlerin veya "otomatikleşmiş uzmanlığın) göstergesi midir, yoksa danışana, duruma, yargılama görevinin mahiyetine göre ancak arada sırada mı ortaya çıkar? Elbette bu sorunun henüz kesin bir cevabı yoktur. Nitekim bir kişinin çıkarım becerisi ortamsal değişkenler ile etkileşim içinde olan genel yeteneklerinin bileşik bir işlevidir (Bieri ve diğ. 1966). Bazı çalışmalar iyi eğitilmiş klinisyenlerin, *geçerlikleri iyi olan psikolojik testler kullandıklarında*, meslekten olmayan kişilere kıyasla daha hassas yargıçlar olduklarını göstermektedir (Garb, 1992), ancak bu avantaj ne çok büyüktür, ne de sıktır. Üstelik diğer pek çok çalışma eğitimli klinisyenlerin yargılarının üstünlüğüne dair bulgular elde edememiştir. Öyleyse, deneyimli bir klinisyen, kendisinin uzmanlığını devamlı surette destekleyecek sağlam ve süregiden görgül kanıtlar olmaksızın, klinik açıdan uzman olduğunu varsaymaz.

Klinik Yordama ve İstatistiksel Yordama. Geleceğe yönelik davranışları tutarlı biçimde yordayan uzmanlar olarak betimlenen klinisyen imgesine meydan okuyan çok sayıda araştırma, uzmanlaşmış klinik yargılamalardan ziyade, sistemli, istatistiksel veri işleme yöntemlerine dayanan klinik yordamaların daha mı doğru olacağının sorgulanmasına yol açmıştır. Halihazırda klinik ve istatistiksel yordamaları birebir karşılaştıran pek çok araştırma mevcuttur. Mekanik yordama olarak da adlandırılan *istatistiksel yordama,* tamamı araştırmalardan elde edilmiş bilgilerin birleştirilmesini sağlayan olasılık verileri ve sistemli işlemlere dayalı çıkarımları içerir. Daha önce de gördüğümüz gibi, *klinik yordama* ise, uygulayıcının eğitimi, varsayımları ve profesyonel deneyimlerine bağlı çıkarımları kapsar. Peki, hangisi daha iyidir?

Klinisyenler bu soru karşısında geleneksel olarak ikiye bölünmüştür. Sistemli olmayan "klinik" yaklaşımı destekleyenler bu yaklaşımı anlam ifade eden, düzenli, derin ve samimi bir yaklaşım olarak görürken, sistemli "istatistiksel" yaklaşımı ise yapay, uygunsuz, yüzeysel ve katı olarak değerlendirirler. Öte yandan, sistemli, istatistiksel çıkarımları savunanlar ise, bu yaklaşımları nesnel, güvenilir, kusursuz ve görgül olmaları açısından överler ve sistemli olmayan klinik yaklaşımları gizemli, belirsiz, bilimsel olmayan, yarım yamalak ve zihin karıştırıcı olarak nitelendirirler.

Eğer klinisyenler değerlendirme verilerini sistemli olmayan, gayri resmi bir biçimde yorumluyorlarsa, bu yorumlara dayanan önerilerde bulunuyorlarsa ve bu türden faaliyetlere yönelik araştırmalar yapıyorlarsa, bunun tek sebebi bu gibi işlerde iyi olduklarına inanmalarıdır. Bu doğrultuda, Paul Meehl'in 1954 yılında yayınladığı ve sistemli ve sistemsiz çıkarımsal yöntemleri karşılaştıran 20 çalışmaya dair derleme makalesi bir şok etkisi yaratmıştır. Bu derlemenin sonuçları, biri hariç tüm çalışmalarda istatistiksel yaklaşımın doğruluğunun klinik yaklaşımınkine eşit ya da klinik yaklaşımdan üstün olduğunu göstermiştir. İstatistiksel yordamanın üstün olmadığı istisnalar ise daha sonraları "berabere" olarak isimlendirilmiştir. Bunu izleyen çalışmalarda istatistiksel yordamaların üstünlüğü daha kalıcı bir şekilde ortaya konmuştur (Dawes, Faust ve Meehl, 1989; Meehl, 1957, 1965; bknz., Tablo 3.5).

TABLO 3.5

Klinik ve İstatistiksel Yordamayı Karşılaştıran Araştırma Sonuçlarının Özetleri

Kaynak	Gözden Geçirilen Araştırma Sayısı	Yordanan Değişkenler	Sonuçlar: Klinik Daha İyi	Sonuçlar: İstatistiksel Daha İyi	Sonuçlar: Berabere
Meehl (1954)[c]	20	Okul ya da askeriyedeki başarı; yeniden suç işleme olasılığı ya da şartlı tahliye ihlâli; psikozun iyileşmesi	1[a]	11	8
Meehl (1957)[c]	27	Yukarıdakilere ek olarak kişilik tanımlamaları; terapi sonuçları	0	17	10
Meehl (1965)[c]	51	Yukarıdakilere ek olarak şok tedavisine tepki; tanısal etiket; mesleki başarı ve doyum; tıbbi tanı	1[b]	33	17
Grove et al. (2000)	136	Yukarıdakilere ek olarak evlilik doyumu; psikoloji stajındaki başarı; tıp fakültesindeki performans ve diğerleri	8	63	65
Ægisdóttir ve diğ. (2006)	51	Beyin hasarı; kişilik; hastanede yatış süresi; tanı; uyum veya gidişat; şiddet veya suç; IQ; akademik performans; MMPI profilinin gerçek ya da kurgusal olup olmadığı; intihar girişimi; cinsel yönelim	5	25	18

[a] Daha sonra berabere olarak adlandırıldı.

[b] Daha sonra Goldberg (1968) tarafından berabere olarak adlandırıldı.

[c] Kaynak: "Personality and Prediction: Principles of Personality Assessment, by J. S.Wiggins, 1973 (Reading,MA: Addison-Wesley).Reprinted by permission of Addison-Wesley"den alınmıştır.

Meehl'in derlemesinden bu yana geçen yıllarda, bazı çalışmalarda istatistiksel işlemlerin lehine yanlı sonuçlar içeren yöntemsel hataları vurgulayan çok sayıda eleştirel makale yayınlanmıştır. Frederick C. Thorne (1972, s. 44) bu durumu şu şekilde açıklamaktadır: "Mesele gerçek klinik ortamlarda, şüpheli kıyaslama durumlarında, uygun olmayan görevler söz konusu olduğunda tecrübesiz klinisyenlerin ne yapacağı değil, ideal koşullar altında, uygun yöntemlerle, görmüş geçirmiş klnisyenlerin ne yapabileceğidir". Yine de, Meehl'in vardığı sonuç üzerine yapılan yoğun eleştiri furyası öznel, klinik yöntemlere dayalı çıkarımların,

klinik açıdan önem arz eden durumlarda dahi, sanıldığı kadar kusursuz olmadığı gerçeğini yok edememiştir (Dawes, 1994).

Örneğin, alanın en iyileri olarak kabul edilen klinik yargılayıcıların belli bir kişilik testine dayanarak yürüttükleri çıkarımların kurallarını belirlemeye çalışan bir araştırmayı ele alalım. Bu çalışmada, ilgili teste dayalı çıkarımlar yapma konusunda tanınmış bir uzmandan, 126 kişinin test sonuçlarını yorumlarken "sesli düşünmesi" istenmişti (Kleinmuntz, 1963). Bu kişileri "uyum gösteren" ve "uyum göstermeyen" şeklinde tanımlarken ortaya çıkan bu karar kuralları, testi yorumlama sürecini somutlaştıracak bir bilgisayar programı yazılımı için kullanılmıştı. Bu çalışma uzman bir klinisyenin çıkarım kurallarının nesnelleştirilebileceğini ve öğretilebileceğini, ancak en iyi öğrencinin bir insan olmak durumunda olmadığını göstermişti. Test puanlarına dair yeni veri setlerinin her birinde bilgisayar bu kuralları sistemli ve sistemli olmayan çıkarımlara yönelik veriler doğrultusunda o kadar mükemmel ve tutarlı bir şekilde kullanmıştı ki, izleyen test puanlarını yorumlamada bu kuralları "düşünen" o klinisyenden daha iyi bir performans göstermişti (Kleinmuntz, 1969). Bu gibi bulgular iktisat biliminde elde edilen bulgularla paralellik göstermektedir: hisse senetlerinin seçimi konusunda istatistiksel programlar profesyonel yatırım uzmanlarından çoğunlukla daha iyi bir performans sergiler.

Belki de meseleye dair en güçlü kanıt klinik ve istatistiksel yordamayı karşılaştıran yakın zamanlı iki meta-analiz çalışmasından gelmektedir. Grove, Zald, Lebow, Snitz ve Nelson (2000), psikologların terapi sonuçları, gelecekteki suç davranışları, askeri hizmetlere uygunluk, evlilik doyumu, psikiyatrik tanılama, psikoloji stajlarındaki başarı ve benzeri kriterleri yordadıkları 136 araştırmayı kapsayan bir meta-analiz çalışması yürütmüşlerdir. Bu meta-analizde aynı zamanda danışanların akademik ve mesleki performanslarına dair danışmanların yargılarını, tıp doktorlarının hastaların tıbbi tanılarına ve öğrencilerin tıp fakültesindeki performanslarına dair kararlarını araştıran çalışmalar da incelenmiştir. Bulgular önceki çalışmalarla tutarlılık göstermiştir: istatistiksel/mekanik yordamanın, yargıda bulunanın özellikleri, deneyimi, birleştirilen verinin türü ve çalışmanın deseninden bağımsız olarak, klinik yordamadan daha üstün olduğu görülmüştür. İstatistiksel yordamanın avantajı çok da büyük değildir-ortalama %10 civarındadır- ve pek çok çalışmada mekanik ve istatistiksel yordama temelde benzerdir. Çalışmaların %6 ila %16'sı aralığındaki küçük bir oranında ise klinik yordamanın mekanik yordamadan daha üstün olduğu gözlenmiştir, ancak bu üstünlüğün ne zaman ve neden olduğunu ayırt edecek güvenilir bir değişken örüntüsü tespit edilememiştir.

Çok benzer bir bulgu Ægisdóttir ve çalışma arkadaşları tarafından da saptanmıştır (2006). Onlar da istatistiksel yordama lehine daha yüksek bir etki büyüklüğü bulmuşlardır ancak önceki çalışmada da olduğu gibi, istatistiksel yargının

kesinliğindeki artış %13 gibi çok da yüksek olmayan bir orandır. Bu çalışmada klinik ve istatistiksel yordamanın doğruluğu yordama türüne, ortama, kullanılan istatistiksel formüllere ve klinisyenler ve formüller için elde bulunan bilgi miktarına göre farklılaşmıştır. İstatistiksel yordamanın lehine en belirgin fark yordamaların tehlike potansiyelini içerdiği durumlarda gözlenmiştir (ayrıca bknz., Hilton, Harris ve Rice, 2006).

İstatistiksel yordamaya karşı klinik yordama meselesine dair yılların birikimi araştırmalara dayanarak çıkarılan sonuçlar aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- İstatistiksel yordama genel olarak klinik yordamaya üstün gelmiştir.
- İstatistiksel yordamanın toplam avantajı orta düzeydedir ve zaman zaman klinik yordama da, her ne kadar belli bir durumsal örüntü göstermese de, istatistiksel yordamaya eşit ya da biraz üstünde sonuçlar vermiştir.
- İstatistiksel yordamanın üstünlüğü en çok şiddetin ve düşük taban oranlı olayların yordanmasında belirgindir.
- Uygulayıcı klinisyenler genel olarak istatistiksel yordama yöntemlerini gereğinden az kullanmakta ve bu yöntemlerin değerini azımsama eğilimi göstermektedir.

Bu son nokta üzücü olsa da gerekçesi tahmin edilebilir. Klinisyenler çıkarımlarının doğruluk açısından çoğu zaman, okuyabilen ve önemli verileri yerleştirebileceği bir formüle sahip olan herkesin varabileceği mekanik kararlardan daha aşağıda olduğunu işitmeyi cesaret kırıcı bulurlar. Bununla birlikte, kendi *favori kuramlarını*, varsayımlarını ve deneyimlerine dayalı ipuçlarını, sonuçlar bu ipuçlarının yordayıcı geçerliğinin düşük olduğuna işaret etse dahi, sıklıkla tercih ederler (Odeh, Zeiss ve Huss, 2006).

Buna rağmen, daha geniş bir bakış açısıyla, istatistiksel modellerin şiddet gibi düşük taban oranlı olaylarda genel olarak daha üstün performans gösteriyor olması profesyonel başarısızlığın işareti olarak değerlendirilmemelidir. Klinik deneyim ve araştırmaların önemli bir bölümü genel olarak istatistiksel modellerin geliştirilmesini de içerir. Klinisyenlerin favori kuramlarında sapla samanı ayırabilmek için hep araştırmalara güvenmişizdir. Ayrıca, ne meteorologları ne de borsa simsarlarını istatistiksel modeller ya da bilgisayar temelli tahminlere bel bağladıkları için kötülemekteyiz. Sawyer (1966) "Klinisyen doğrudan yordama ile değil, daha ziyade, daha sonradan mekanik olarak birleştirilebilir, nesnel bir formda yargılar sunarsa daha fazla katkı sağlayabilir" demektedir (s. 193).

Aynı şekilde hastalıklara tanı koymalarına yardımcı olacak bilgisayar veri tabanlarına başvuran tıp doktorlarına güvensizlik duymadığımızı da vurgulamak isteriz. Aslında, her ne kadar bazı insanlar doktorları tarafından "tek çırpıda" oluşturulan sezgisel yargıları kabul etmeye istekli olsa da, öyle tahmin ediyoruz ki aslında birçoğu tanıya varabilmek için istatistiksel bilgiden yararlanan doktor-

ların kapsamlı ve profesyonel tutumlarını takdir etmektedirler. Son olarak, Tony Ward (1999) ve Howard Garb'ın da (2000) belirttiği gibi, klinisyenlerin çıkarım sürecinde her zaman önemli bir rolü olacaktır. Belirtilerin, kişiliğin ya da davranışın tanımlanması ya da bir psikoterapi seansında bir sonraki cümlede ne söyleneceğine karar verilmesi gibi istatistiksel karar kurallarının bulunmadığı pek çok değerlendirme ve tedavi işlemi söz konusudur. Bunlar klinik yargıyı gerektirir, bu sebeple klinisyenlerin geniş kapsamlı bilişsel becerilere ve farklı türde kararları uygun şekilde uygulama yetisine sahip olması gerekir.

Klinik Yargının Geliştirilmesi

Bir önceki bölümde yer alan tartışmalar klinik psikologların klinik yargı ve klinik/istatistiksel yordama hakkında kapsamlı bir araştırma literatürüne aşina olmaları ve bu literatürün rehberliğinde hareket etmeleri gerektiğini düşündürmektedir. Thorne (1972) klinisyenlerin yargı türlerine dair seçim girişimlerinde, bu yargıların dayandığı ipuçlarının belirlenmesinde ve kendi veri toplama ve birleştirme usullerinde çok daha eleştirel olmaya başlamaları gerektiğini öne sürmektedir (s. 44). Ancak çok az klinisyenin klinik izlenimin boyutunun farkında olduğunu gösteren dikkate değer kanıtlar bulunmaktadır. Bu durum klinik psikologları hem alan içinden hem de alan dışından eleştirilere açık hale getirmektedir (Faust ve Ziskin, 1988;Tavris ve Aronson, 2007). Bu doğrultuda klinik muhâkemenin, sağlık profesyonellerine çıkarım hatalarının yaygın kaynaklarından kaçınmalarını öğretmeyi hedefleyen eğitim süreçlerinin örtük değil açık bir parçası olabilmesi için birkaç öneri sunulmuştur (Round, 1999). Her ne kadar klinisyenlerin tam olarak hangi değerlendirme sorularını ve rollerini ele almaları gerektiği konusunda anlaşmazlıklar devam etse de, şu tespit hâlâ geçerli olmaya devam etmektedir: "IBM makineleri tarafından çok daha etkin yürütülecek aktivitelerle uğraşmadıkları müddetçe, klinsiyenler kendilerini ikinci sınıf IBM makineleri olarak değerlendirmemelidir. Klinik gözlem ve hipotez oluşturma sürecinde IBM makineleri ikinci sınıf bir klinisyen olmaktan öteye geçemezler (Wiggins, 1973).

Bu saptama ile birlikte, artık pek çok klinisyen ve araştırmacı gözlemsel ve diğer veri toplama becerilerini geliştirmeye odaklanarak klinik değerlendirme sürecindeki değerlerini artırma çabasındadırlar. Örneğin, klinik sezgi danışanların hem sözel hem de sözel olmayan davranışlarının gözlenme becerisi olarak yeniden tanımlanmıştır. Böyle bakıldığında, sezgi geliştirilebilir, uygulanabilir ve artırılabilir (bknz., Arkes, 1981; Dawes, 1986).

Bigisayarlı Değerlendirme

Klinik araştırmaların uzun süredir donanımları arasında yer alan bilgisayarların ve bilgisayarlı değerlendirmelerin klinik uygulamalardaki kullanımı özellikle birkaç on yıldır katlanarak artmıştır (Groth-Marnat, 2003). Psikolojik testler, ya-

pılandırılmış görüşmeler, ölçekler ve derecelendirme skalalarının hepsi bilgisayar aracılığı ile uygulanabilir. Klinisyenler de bilgisayar oyunlarına benzeyen ve danışanların değerlendirilmesi ve tedavisi amacı ile kullanılan karmaşık simülasyonların sunumu açısından bilgisayarları faydalı bulmaktadır.

Bilgisayar temelli değerlendirmelerin gözle görülür avantajları vardır. Her şeyden önce zaman tasarrufu sağlarlar, değerlendirme maliyetlerini düşürürler, güvenirliği artırırlar ve testörler arasındaki farklardan kaynaklanabilecek yanlılıkları ortadan kaldırırlar. Aynı zamanda insanların çalışma belleklerinde tutmak ve bütünleştirmekte zorlandıkları istatistiksel bilgi ve karmaşık kararları birleştirirler. Örneğin, bilgisayar temelli değerlendirme danışanın belirtileri daha gözle görülür bir bozukluğa işaret etse dahi, klinisyenlerin daha az belirgin bir bozukluğu da ele almaları hususunda hatırlatıcı olabilir (Garb, 2007). Bilgisayarlı değerlendirmeler aynı zamanda önemli olan fakat kolayca unutulabilecek soruları klinisyenlerin hatırlamasını sağlayabilir.

Ancak, bilgisayarlı değerlendirmeler mükemmel değildir (Lichtenberger, 2006). Bazı bilgisayar temelli yöntemler fazla mekanik ve kısıtlayıcı olabilir. Vakayı görmeksizin test sonuçlarının yorumlandığı ya da bilgisayarın danışanın profilini benzer profil ve benzer özellikler gösteren diğer kişilerin profillerini "hızlıca tarayarak" oluşturduğu durumlar buna örnek olabilir. Bu gibi durumlarda, test etme süreci gerçek bir klinisyenle gerçekleştirilecek sürece göre daha az esnek yürütülür. Örneğin, zekâ testi alan bir danışanın kullanmakta olduğu ağrı kesiciler sebebi ile sersemlemiş olduğunu gözlem ve sohbet sırasında fark eden klinisyeni düşünelim. Bir bilgisayar bunu hiç keşfedemeyebilir.

Değerlendirmeler sıklıkla geçerli yordamalar yapmaya yarayacak kanıtları bulunmayan ve bazen de hazırda bulunan geçmiş öykü ve gözlem gibi başka kaynaklardan gelen bilgilere dayandığı için bilgisayarlı değerlendirmenin yararı tartışmalı bir mesele olmaya devam etmektedir (Garb, 2000; Lichtenberger, 2006). Eğer bilgisayarlı değerlendirmeler verileri görgül dayanaklardan çıkarsanmış formüller üzerinden değil de, klinisyenin deneyimleri ve inançlarından süzülerek gelen karar verme kuralları üzerinden yorumlarsa, o zaman bu programlar "otomatikleşmiş klinik bilgiden" daha fazlasını vaat edebilir (Wiggins, 1973). Hâlihazırda klinisyenlerin kullanabileceği 400'den fazla yazılım paketi bulunmakta olup bu paketlerin çıkardığı psikolojik raporlar oldukça detaylı olabilmektedir; bununla birlikte bu raporları oluşturan programlar kapsamı ve niteliği açısından farklılıklar gösterebilmektedir (Groth-Marnat, 2003).

Klinisyenlerin bilgisayarlı değerlendirmeyi kullanmaları ile bağlantılı etik meseleler de söz konusudur. Örneğin, klinisyen bilgisayar üretimi raporlardan kaynaklanan yargı hatalarını da kapsayan sonuçlardan ne derece sorumludur? Bir bilgisayar temelli değerlendirmeyi kullanabilmesi için klinisyenin ne düzeyde temel bilgiye, eğitime uygulama deneyimine sahip olması gerekir? Bilgisayarlı

test etme, yetersiz düzeyde eğitimi olan testörler için, kendilerinin bile tam olarak anlayamayacağı ve olabilecek en uygun şekilde kullanmaya hazırlıklı olmadıkları, etkileyici görünen değerlendirme raporları sunmaları açısından hayat kurtarıcı olabilir.

Eleştirmenler aynı zamanda klinisyenlerin veri işleme-değerlendirme sürecinden uzaklaşmasıyla davranış hakkında yeni keşiflerin daha az ortaya çıkacağı kaygısını taşımaktadırlar. Veri işleme rolünden klinisyenlerin dışlanması nadir davranışsal olayların ya da ilişkilerin, istatistiksel tablo ve formüllerin bu yaşantılara hassas olmaması sebebiyle, fark edilme olasılığını da düşürmektedir. Kısaca, bazı gözlemciler klinisyenlerin salt veri toplama kümesine düşmelerini insan veri işleme becerilerinin gelecekteki gelişme şansını da sekteye uğratacak bir olgu olarak değerlendirmektedirler (Matarazzo, 1986).

Bu türden eleştiriler dikkatleri bilgisayarlı değerlendirmeye yönelik önemli meselelere odaklıyor olsa da, bilgisayar temelli test etme ve yorumlamayı geliştirme ve düzenleme amaçlı bazı adımlar atılmaya başlanmıştır. Şu anda bilgisayarlı test etmeye ilişkin bir dizi özel yönerge bulunmaktadır (APA, 1986) ve *APA'nın Eğitimsel ve Psikolojik Test Etme İçin Standartları* (APA, 1985) bilgisayarlı test etme ile ilgili birkaç hüküm içermektedir. *İnsan Davranışlarında Bilgisayarlar (Computers in Human Behavior)* isimli süreli yayın psikolojik testlerin yorumlanması için kullanılan bir bilgisayar yazılımını içermekte olup bilgisayarlı psikolojik değerlendirmenin olumlu ve olumsuz yanlarını ele alan çok sayıda makale bu dergide yer almıştır (örn., Richard ve Lauterbach, 2004). Uzun süredir devam eden kaygılara rağmen, daha normatif özellikli veriler toplandıkça, geçerlik ve güvenirlik meseleleri ele alındıkça ve bilgisayarlı testlerin uygulanışı daha esnek ve etkileşimli bir hâle dönüştükçe, bilgisayar destekli klinik değerlendirmenin kullanımı da hızla artacak gibi görünmektedir (Groth-Marnat, 2003).

Tedavilerin Etkinliğini Ölçmek Amaçlı Bilgisayar Kullanımı. Bilgisayarlar klinik uygulamada tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi amacı ile de giderek daha fazla kullanılmaktadır. Bu sistemler tedaviler sırasındaki değişimi kaydetme ve ölçme hedefini taşır. Örneğin Gloria'nın tedavi sürecindeki değişimini gösteren Şekil 3.3'te yer alan veriler bilgisayar programlarına aktarılarak diğer danışanlara ait verilerle birleştirilir. Hem yataklı hem de ayaktan tedavi ortamlarında tedavi etkinliğinin değerlendirilmesinde yardımcı olacak sistemler de geliştirilmiştir (Kinnaman, Farrell ve Bisconer, 2006; Marks, Cavanaugh ve Gega, 2007). Bu sistemler klinisyenlere performanslarına dair geribildirimler vererek hâlâ geliştirilmeyi bekleyen alanları belirlemelerini sağlar. Bu sistemler aynı zamanda tedavi masraflarını karşılayan üçüncü şahıs ya da tüzel kuruluşlara tedavinin etkinliği hakkında kesin kanıt sağlamak amacı ile de kullanılabilir.

Klinik psikolojide bilgisayarlı değerlendirme hızla gelişirken, klinisyenlerin bu sistemleri nasıl değerlendirip kullanacakları konusunda eğitim almaları da

giderek daha da artan bir önem kazanmaktadır (Lichtenberger, 2006; Schulenberg ve Yutrzenka, 2004). Bilgisayarlı değerlendirmelerden faydalanmayı tasarlayan klinisyenlere şu önerileri hatırlatmak isteriz:

- Değerlendirmeler için elde bulunan bilginin güvenirlik ve geçerliğini çok dikkatli inceleyin ve yüksek nitelikte olanları ön planda tutun; bu paketleri sırf yararlı göründükleri ya da belli bir kuramsal yanlılığa uyduğu için gözü kapalı kabul etmeyin.
- Odaklanmış ve iyi araştırılmış raporlar üreten değerlendirme sistemlerini uzun ve kapsamlı raporlar üretenlere tercih edin; ilk türdeki raporların doğru olma ihtimali daha yüksektir.
- Bilgisayarlı değerlendirmeleri geliştirilme niyetine uygunluk gösteren şekiller ve amaçlar için kullanın ve danışanlara ve/veya yönlendirme kaynaklarına hangi değerlendirmelerin kullanıldığını bildirin; bu türden değerlendirmelerin bilgisayarlı raporlardan "kes-yapıştır" tarzı yöntemlerle klinik yargının eşdeğeri gibi kullanılmasına izin vermeyin.

Bu Kısmın Özeti: Klinisyenlerden çoğu zaman gözlenen davranışların ötesine geçen çıkarımlar yapmaları istenir. Klinisyenlerin davranışla ilişkili gözlenemez olgular, davranışın altında yattığı varsayılan mekanizmalar veya davranışı belirleyen psişik yapılar hakkında kendi inançlarına yaslandıkları durumlarda, çıkarımları çok zengin ve içgörüsel görünebilir. Ancak, aynı çıkarımlar yanlılık ve hatalara da daha fazla açıktır. Yıllar yılı devam eden araştırmalar klinisyenlerin sezme konusunda (ya da şiddet gibi gelecekteki davranışları yordama konusunda) özel bir yetenekleri olmadığını düşündürmektedir. Bu sebeple klinisyenler klinik yargıların kısıtlılıklarının özellikle farkında olmalı ve başarı ve performansı en iyi takip eden kayıtları içeren değerlendirme araçlarını ve karar verme işlemlerini devreye sokmalıdır; bu, "klinik sezgiyi" artırmanın en güvenilir yoludur. Her ne kadar yordama zor bir iş olsa da, klinisyenler var olan en iyi kanıtları aradıkları kurulu etik rehberleri takip ettikleri müddetçe doğruluk oranı artırılabilir. Görgül kanıtlar ve etik rehberler konusundaki tavsiyeler değerlendirmede bilgisayar kullanımı için de geçerlidir.

DEĞERLENDİRME SEÇİMLERİNİ BELİRLEYEN DİĞER FAKTÖRLER

Bu Kısma Bakış: Değerlendirme amacı klinisyenin hangi değerlendirme araçlarını tercih edeceğini belirleyen en önemli faktördür. Ancak bu seçim bir dizi başka faktörden de etkilenmektedir. Bunların arasında ölçüm araçlarının psikometrik özellikleri, klinisyenin kuramsal yönelimi ve bu araçları kullanma konusunda rahatlık düzeyi ile değerlendirmenin gerçekleştirildiği koşullar yer almaktadır.

Değerlendirme uygulamalarının çoğu birden fazla yöntem kullanılarak yürütülebilir ve çoğu zaman ne tek bir araç ne de faklı yöntemlerin bir arada kullanılması

açıkça en iyi olanıdır. Farklı türde araçların kullanımı ya da bu araçların farklı şekillerde kullanımı söz konusu olduğunda, klinisyen neyi seçeceğine nasıl karar vermelidir? Bize göre, klinisyenler için en ideal strateji bilimsel olarak geçerliği kanıtlanmış, kullanımı konusunda uzmanlaştıkları ve değerlendirmelerin gerçekleştiği bağlam ile uygunluk gösteren araçları seçmektir.

Değerlendirme Araçlarının Psikometrik Özellikleri

Klinisyenlerin değerlendirme araçlarının seçimlerine dair tercihleri yalnızca değerlendirme amaçları ve araçların elde edilebilirliğinden değil bu araçların niteliklerinden de etkilenmelidir. Yüksek nitelikli araçlar, dikkatle yürütülmüş araştırmalar kapsamında, güvenilir, geçerli ve kullanılabilir olduğu gösterilen araçlardır. İzleyen iki bölümde bu niteliklerden en bilinen bazılarına dair bilgileri özetleyeceğiz. Bu noktada bir aracın psikometrik niteliğini belirleyen boyutları kısaca ele alacağız.

Güvenirlik. Güvenirlik ölçümde tutarlılık veya farklı değerlendiriciler arasındaki uzlaşma anlamına gelmektedir. Birkaç şekilde incelenebilir. Tıpkı tartılan kişinin her seferinde kilosunu aynı gösteren banyo terazisinde olduğu gibi, eğer aynı danışanın tekrarlı ölçümlerinden elde edilen sonuçlar birbirine çok benzer ise, değerlendirme işlemlerinin test-tekrar test güvenirliği de yüksek demektir.

Güvenirliği test etmenin bir diğer yolu da *iç tutarlığın* araştırılmasıdır. Testin tek sayılı maddeleri gibi değerlendirmenin bir bölümü, testin çift sayılı maddeleri gibi değerlendirmenin geri kalanına benzer ise, değerlendirmenin iç tutarlığının olduğu anlaşılır. Bu yöntem *iki-yarım test* güvenirliği olarak da adlandırılır. Son olarak, *değerlendiriciler arası* güvenirlik ise tanılama, derecelendirme veya aynı danışanı gözleme amacını taşıyan belli bir değerlendirme sistemini kullanan farklı klinisyenlerin aynı sistemden elde ettikleri çıkarımların karşılaştırılması ile ölçülür. Eğer farklı klinisyenlerin aynı değerlendirme yöntemleri ile vardıkları sonuçlar birbirinden anlamlı derecede farklılaşmakta ise, değerlendiriciler arası güvenirlik düşüktür. Uzlaşma ne kadar yüksekse, aracın değerlendiriciler arası güvenirliği de o kadar yüksek olur.

Değerlendiriciler arası güvenirlik panik bozukluk gibi görece daha net tanı kriterleri bulunan tanılar söz konusu olduğunda daha yüksek çıkma eğilimindedir. Bu gibi durumlarda, değerlendiricilerin tümü aynı yorumlama kurallarını kullanmaktadır. Ancak, klinisyenler antisosyal kişilik bozukluğu gibi daha az belirgin kriterleri olan tanılar hakkında karar veriyorlar ve yapılandırılmamış görüşmeler ile projektif testler kullanıyorlar ise, bir başka değişle elde edilen bilginin ne anlama geldiği konusunda belirsizlik taşıyan değerlendirme yöntemlerine başvuruyorlar ise, değerlendiriciler arası güvenirlik daha düşük olma eğilimi gösterir.

Peki, zayıf, iyi ve mükemmel güvenirliğin kriterleri nelerdir? Öncelikle her psikolojik ölçümün bir hata payı taşıdığının farkında olmak gerekmektedir; hiçbir ölçme aracı mükemmel düzeyde güvenilir değildir. Öyleyse değerlendirme kullanım kılavuzlarının çoğu ölçümlerin standart hatasını da (ÖSH) içinde barındıran güvenirlik verilerini bildirmektedir. ÖSH standart sapma kavramını kullanarak klinisyenlerin değerlendirmeleri için *güven aralığını* tahmin etmelerini ve bildirmelerini olanaklı kılar. Örneğin bir değerlendirme aracının ÖSH'sı 5 puan ise, klinisyenler bir standart sapma alt ve üst sınırlarında %95'lik bir güven ile danışanın gerçek puanının testten elde edilen puanın 5 puan altında ya da üstünde olduğunu bildirebilir. Elbette ki, istikrarlı olmayan kavramlara kıyasla istikrarlılık gösteren (örn., bireylerin durumlara göre değişen durumsal özellikleri ya da durumlara göre değişmeyen kalıcı özellikleri gibi) ve kesin olarak tanımlanıp ölçülen kavramların ölçüm hatası daha düşük, güvenirliği de daha yüksek olacaktır.

Güvenirlik verilerinden en yüksek faydayı elde edebilmek için klinisyenler belirli değerlendirme yöntemleri ve araçları hakkındaki kullanma kılavuzlarını ve yayınlanmış araştırmaları incelemek durumundadır. Değerlendirme meselelerini ele alan kitaplara da başvurabilirler. Bu kitaplarda genellikle çeşitli değerlendirme türlerine yönelik güvenirlik verileri derlenmiş ve özetlenmiştir. 4. ve 5. Bölümlerde klinisyenlerin daha sık kullandıkları değerlendirme araçlarından bazılarına dair güvenirlik bilgileri sunulmuştur.

Geçerlik. Bir değerlendirme yönteminin *geçerliği* o yöntemin ölçmeyi hedeflediği yapıyı ne derece ölçtüğünü yansıtır. Tıpkı güvenirlik gibi geçerlik de birkaç farklı yolla incelenebilir. Herhangi bir değerlendirme yönteminin *içerik* geçerliği, ele alınması hedeflenen yapının tüm boyutlarını ne denli vurguladığı ile belirlenir. Depresyonu incelemeyi amaçlayan görüşme temelli bir değerlendirme yalnızca kederli duyguları kapsayıp bu duyguların süresini ve sebeplerini ele almıyorsa içerik geçerliği de düşük olacaktır. *Yordayıcı* geçerlik ise şiddet davranışı veya intihar girişimi gibi olayların ne kadar iyi öngörülebildiğinin değerlendirilmesi sureti ile ölçülür. Öte yandan, aynı niteliği ölçen iki değerlendirme aracından elde edilen bulgular arasında uyuşma varsa, bu durum araçların *hemzaman (eş zamanlı)* geçerliği olduğuna işaret eder. Yordayıcı ve hemzaman geçerliklerin her ikisi de değerlendirme sonucunun ölçülmek istenen yapı açısından önem taşıyan herhangi bir bağımsız kriter ölçümü ile olan korelasyonunun gücünü tespit etmeyi hedefleyen *ölçüt* geçerliğin alt türleridir.

Son olarak, bir de *yapı* geçerliğinden bahsedebiliriz (Cronbach ve Meehl, 1955). Daha basit bir dille ifade etmek gerekirse, bir değerlendirme aracından elde edilen sonuçların o aracın ölçmeyi hedeflediği yapı ile sistematik bir bağıntısı olduğu gözlenirse, bu o aracın iyi düzeyde yapı geçerliğine sahip olduğunu gösterir. Psikologlar yapı geçerliğini bir test veya değerlendirme yönteminin

insan davranışı veya zihinsel süreçleri açıklayan herhangi bir kuram ışığında anlam ifade edecek sonuçlar verip vermediğine göre belirler. Örneğin, bir kaygı ölçeğinden alınan puanlar kaygıyı artıracağı düşünülen cerrahi operasyon vb. durumlarda artış göstermelidir. Eğer puanlar böylesi durumlarda değişmiyorsa, ölçüm aracının yapı geçerliği de şüphelidir. Yapı geçerliğini tüm yönleri ile değerlendirebilmek için birden fazla çalışma yürütülmeli ve kapsamlı istatistiksel analizler yapılmalıdır (Campbell ve Fiske, 1959).

Geçerlik güvenirlik ile ilişkilidir; nitekim güvenilir olmayan bir değerlendirme aracı geçerli de olamaz. Ancak bir aracın güvenilir olması o aracın aynı zamanda geçerli olduğunu da garantilemez. 50 kişinin, kadın taklidi yapmakta usta bir adamın taklit yaparken cinsiyetinin ne olduğunu gözlerini kullanarak değerlendirdiğini düşünelim. Bu 50 gözlemcinin hepsi de bu kişinin kadın olduğu konusunda hem fikir olabilir, ama aslında hepsi de yanlıştır. Bu durumda, görsel değerlendirmenin değerlendiriciler arası güvenirliği yüksek iken ölçüt geçerliği zayıftır.

Hem güvenirlik hem de geçerliğin "ya hep ya hiç" şeklinde kategorik önermeler değil boyutsal olarak ele alınan bir düzey meselesi olduğunu unutmamak gerekir. Ancak esas soru daima değerlendirmedeki muğlaklığın ne düzeye kadar kabul edilebilir olduğudur. Örneğin bir banyo tartısı test-tekrar test denemelerinde yalnızca birkaç gramlık şaşmalar gösteriyorsa, amaçlarımız doğrultusunda bu aracı güvenilir varsayabiliriz. Öte yandan postanedeki tartı tekrarlı ölçümlerde yalnızca birkaç gramlık değişim gösterse dahi biz bu değişimi güvenilmez olarak kabul ederiz. Hatanın ne kadarının kabul edilebilir olduğu değerlendirmenin amacına, değerlendirme aracının kullanım alanlarına, başka ölçüm araçlarının varlığına ve zaman ve kaynaklar gibi uygulamaya yönelik kısıtlılıklara göre değişir.

Bir aracın geçerliğinin o aracın kullanım amaçları doğrultusunda değerlendirilmesi gerektiğini de akılda tutmak gerekir. Örneğin bir test daktilo ile yazma becerisini ölçmede geçerli ancak saldırganlığı ölçme konusunda geçersiz olabilir. Dolayısıyla bir testin geçerliği ancak ve ancak geliştirilme amacına yönelik kullanılırsa değerlendirilebilir. Öyleyse klinisyenler güvenirlik ve geçerlik verileri arasındaki karşılaştırmaları yalnızca benzer amaçla geliştirilen testler için yapmalı ve tüm diğer koşullar eşit olduğunda en iyi sonuçlar veren aracı seçmelidir.

Standardizasyon. Herhangi bir test ya da değerlendirme aracının standardize edilmiş olması testi geliştirenlerin o aracı temsil edici geniş bir örnekleme vermiş olduğu ve test puanlarını da bu örneklemde analiz etmiş olduğu anlamına gelir. Bu şekilde geniş örneklemlerde yürütülen uygulamalar, örneğin 7 yaş çocuklarının ortalama matematik puanı gibi popülasyonun ortalama puanının ne olduğu konusunda fikir verir. Aynı zamanda her bir maddenin ya da alt testin varyansı konusunda da bilgi sahibi olmamızı sağlar. Bu bilgi olmaksızın

herhangi bir testten alınan puanın ortalamaya göre nasıl olduğunu, yani ortalamanın altında mı, üstünde mi ya da ortalama düzeyde mi olduğunu anlamak mümkün olamaz.

Bir klinisyenin dikkat etmesi gereken temel mesele standardizasyon örnekleminin yeterince geniş ve temsil edici olup olmadığıdır. Eğer değilse, klinisyenlerin testin sonuçlarına dair güvenleri kısıtlı olmalıdır. Gözden geçirilmesi gereken bir diğer önemli husus da testi alan danışanın özelliklerinin standardizasyon örneklemi ile ne denli benzerlik gösterdiğidir. Mesela bir klinisyenin somatoform bozukluğu olabileceğinden şüphelendiği danışanı ile tanı koyma amaçlı bir dizi soruyu içeren yapılandırılmış bir görüşme yürüttüğünü varsayalım. Ancak, danışan Çin'den göç etmiş olsun. Eğer söz konusu yapılandırılmış görüşmenin Çinli ve diğer Asyalı popülasyonlarda geçerliği sınanmamış ise, danışanın verdiği cevapları yalnızca standardizasyon verileri ışığında yorumlamak mümkün olamaz.

Dalga-Boyu Kalitesi İkilemine Dair Meseleler: *Dalga-boyu kalitesi ikilemi* radyo yayıncılığında dalga boyu büyüdükçe yayın kalitesinin azalması ikilemi olarak da tanımlanabilir. Klinisyenlerin değerlendirmeye yönelik seçimleri dalga-boyu kalitesi ikilemini çözme girişimleri ışığında da gerçekleşebilir (Shannon ve Weaver, 1949). Nasıl ki yayıncılıkta dalga boyu genişledikçe yayının netlik (doğruluk / fidelity) düzeyi de azalıyorsa, klinisyenler de zaman ve kaynakların kısıtlı olduğu durumlarda danışanın davranışlarını ne denli kapsamlı incelerlerse, incelemenin her yönü hakkında elde edilecek bilgilerin yoğunluğu da azalır; bir başka deyişle, kapsam genişledikçe, detaylar azalır (ya da tam tersi, kapsam daraldıkça, detaylı bilgi edinme olasılığı da artar). Buradan, bir değerlendirme aracının eni yani genişliği o aracın *dalgaboyu*, aracın derinliği ya da etraflılığı da o aracın *kalitesi* olarak adlandırılır (Cronbach ve Glesser, 1964). Bu meseleye derinlik-genişlik meselesi de denmektedir. Eğer 2 saatlik bir görüşme sırasında klinisyen upuzun bir liste dolusu sorunun tamamına cevap bulmaya çalışırsa, bu girişimi geniş kapsamlı konular hakkında ancak yüzeysel bilgiler edinmekle sonuçlanır (geniş dalgaboyu, düşük kalite). Ancak aynı zaman dilimi danışanın erken çocukluk anılarına yoğunlaşırsa, bu defa da danışanın yaşamının yalnızca tek bir yönü hakkında çok detaylı bilgiler elde etmiş olacaktır (dar dalgaboyu, yüksek kalite).

Tüm bu gerekçeler sebebi ile klinisyenler makul düzeyde bir dalga boyu-kalite dengesi ile sonuçlanacak değerlendirme stratejilerinin ve ölçüm araçlarının arayışında olmalıdır. 4 yaşında bir çocuğun strese dirençli yönetici işlevlerini belirlemeye yarayan sorular, inceleme düzeyleri ve değerlendirme teknikleri aynı çocukta beyin hasarını tespit etme hedefini taşıyan soru ve tekniklerden önemli ölçüde farklılaşacaktır.

Değerlendirmenin Bağlamı

Klinisyenlerin yaptıkları seçimleri yalnızca değerlendirmenin amaçları, değerlendirme araçlarının nitelikleri ya da zaman ve kaynakların varlığı tarafından değil aynı zamanda değerlendirmelerin yürütüldüğü bağlamlar ya da ortamlar tarafından da belirlenir. Bu ortamlar sıklıkla genel tıbbi ve psikiyatrik etkinlikleri, özel ya da kamusal psikoloji kliniklerini, cezaevi gibi adli durumları, okullar ya da diğer eğitim kurumlarını ve benzerlerini içerir. Her ortam, yönlendirme sorularının doğasını, beklenen ya da tercih edilen değerlendirme araçlarının türlerini ya da en uygun veya en sıklıkla talep edilen raporlama tarzını belirler (Groth-Marnat, 2003). Örneğin yasal ortamlara yabancı olan klinisyenler klinik yargılarına, hatta profesyonel niteliklerine yöneltilen itirazları endişeyle karşılarlar. Oysa yasal bağlamlarda kullanılan dil de psikolojik bağlamlarda kullanılandan oldukça farklıdır ve bu durumda klinisyenlerin psikolojik terimleri bu terimlere aşina olmayan psikoloji alanı dışındaki adli profesyonellerin anlayacağı bir dile tercüme etmesi bir zorunluluktur. Benzer şekilde, eğitim ortamları da beraberinde tercih edilen kuramları, terimleri ve uygulama yöntemlerini getirir. Bu sebeple, daha önce de ifade edildiği gibi, klinisyenler değerlendirmeyi yürütmeden önce yalnızca yönlendirme sorusunu netleştirmek değil, aynı zamanda bağlama uygun araçları seçmek ve vardıkları sonuçları yönlendirme kaynağına en uygun olacak şekilde sunmak durumundadırlar.

Klinisyenin Deneyimi ve Kuramsal Yönelimi

Klinisyenler lisansüstü eğitim programları sırasında hocalarının bazı değerlendirme yöntemlerine daha fazla ağırlık vermeleri veya diğer bazılarını eleştirmiş olmaları sebebi ile bazı yöntemleri daha fazla kullanmaya, bazılarından da kaçınmaya eğilimli olabilirler. Aynı şekilde bazı ölçüm taktiklerini uzun ve yorucu veya keyifsiz bulanlar değerlendirme sorularına kendilerini daha rahat hissettikleri yöntemler aracılığı ile cevap bulma arayışına girerler. Aslında, bir klinisyenin herhangi bir araçla ilgili rahatlık düzeyi birincil tercih kriteri olmamalıdır ama bazen klinisyenler amaca uygun olmadığı halde bazı belirli değerlendirme yöntemlerinde kendilerini rahat, hatta bazen fazla rahat hissederler. Bu türden klinisyene özel faktörler araştırma kanıtları güvenirlik ve geçerliğini desteklemiyor olsa dahi bazı değerlendirme yöntemlerinin neden kullanılmaya devam edildiğini açıklamaya yardımcı olur.

Son yıllarda, bir dizi araştırmacı fazla itibar görmeyen değerlendirme ve tedavi uygulamalarını ortaya çıkarma girişiminde bulunmuşlardır (örn.,Carroll, 2003; Lilienfeld, 2007; Lilienfeld, Lynn ve Lohr, 2003; Norcross, Koocher ve Garofalo, 2006). Bu araştırmacılar bu doğrultuda farklı yöntemler kullanmış olmalarına rağmen, ortak bir amacı paylaşmaktadırlar; etkin olmayan ya da etkinliği kanıtlanmadan kullanılan sahte değerlendirme uygulamalarını belirlemek.

Umuyoruz ki hangi yöntemlerin gerçekten etkisiz olduğunu inceleyen araştırmalar birbiri ile uyuşan sonuçlar verdikçe, bu yöntemler eğitim programlarından tamamı ile çıkarılır ve klinisyenler de uygulamalarında bunlardan kaçınır.

Değerlendirme Çerçevesi. Az önce belirtildiği gibi, klinisyenlerin farklılaşan kuramsal yönelimleri onları belli soru ve merak alanlarının peşinden gitmeye yöneltir; elbette yönelim değerlendirme için bir çerçeve sağlar. Yani, psikodinamik yönelimli bir vaka çalışması daha ziyade bilinçdışı güdüler ve fanteziler, benlik işlevleri, erken gelişim dönemleri ve karakter yapıları hakkındaki soruları içerir (örn., Gabbard, 2005). Öte yandan, bilişsel-davranışçı yönelime sahip bir vaka çalışma çerçevesi ise (örn., Kanfer ve Saslow, 1969) danışanların becerilerine, alışkanlık haline gelmiş düşünce örüntülerine ve problemli davranışları öncülleyen ya da takip eden uyaranlara odaklanır. İnsancıl yaklaşıma sahip olan klinisyenler de genellikle belli bir değerlendirme çerçevesini takip etmezler; aksine değerlendirmenin bizzat kendisini danışanla işbirliği içinde yürüttükleri ve danışanlarının dünyayı nasıl algıladıklarını anlamalarına yardımcı olacak bir süreç olarak görmeye daha yatkındırlar (Fischer, 2001).

Aslında, klinisyenin değerlendirme çerçevesinin danışan hakkında genel bir açıklama yapılmasını sağlayacak kadar geniş, ancak klinisyenin ele almayı hedeflediği özgül soruları da kapsayacak kadar odaklanmış olması en idealidir. Bu çerçevenin değerlendirme raporunun, yani değerlendirme sonuçlarının düzenlenmiş hâldeki sunumunun oluşturulmasında yol gösterici bir rolü vardır. Bu noktada klinik psikoloji alanındaki çeşitli kuramsal yaklaşımları temsil eden bazı değerlendirme çerçeve örneklerine göz atalım. İlk sunacağımız çerçeve klinik psikodinamik değerlendirmeler için genel bir kılavuz olarak önerilmektedir (Gabbard, 2005, s. 89):

Psikodinamik Yönelimli Bir Değerlendirme Çerçevesi

I. Geçmişe dair veriler
   A. İlişkili olduğu bağlantısal faktörler ve Eksen IV stres kaynaklarını da dikkate alan şu anki hastalık.
   B. Geçmişin şimdiki zamanda kendini nasıl tekrar ettiğini de vurgulayan geçmiş öykü.
      1. Gelişimsel öykü.
      2. Aile öyküsü
      3. Kültürel/dini arka plan
II. Zihinsel durum incelemesi
   A. Yönelim ve algı
   B. Biliş
   C. Duygulanım
   D. Eylem

III. Projektif test kullanımı (eğer gerekli ise)
IV. Fiziksel ve nörolojik muayene
V. Psikodinamik tanı
   A. Tanımsal DSM-IV tanısı
   B. Eksen I-V arası etkileşimler
   C. Benlik karakteristikleri
      1. Güçlü ve zayıf yönler
      2. Savunma mekanizmaları ve çatışmalar
      3. Üstbenlik ile ilişki
   D. Nesne ilişkilerinin niteliği
      1. Aile ilişkileri
      2. Aktarım-karşı aktarım örüntüleri
      3. İçsel nesne ilişkileri hakkındaki çıkarımlar
   E. Kendiliğin özellikleri
      1. Benlik saygısı ve benlik bütünlüğü
      2. Kendiliğin sürekliliği
      3. Benlik sınırları
      4. Zihin-beden ilişkileri
   F. Bağlanma örüntüleri / zihinselleştirme kapasitesi
   G. Yukarıdaki verilere dayalı psikodinamik formülasyon

Şimdi de bilişsel-davranışçı yaklaşımı temsil eden bir değerlendirme çerçevesini inceleyelim (Wright, Basco,ve Thase, 2006'dan uyarlanmıştır):

Bilişsel Davranışçı Yönelimli Bir Değerlendirme Çerçevesi

I. Hastanın adı
II. Tanı/belirtiler
III. Gelişiminde rol oynayan biçimlendirici etkiler
IV. Ortamsal meseleler
V. Biyolojik, genetik ve tıbbi faktörler
VI. Güçlü yönler/değerler
VII. Tedavi amaçları

Bunlara ek olarak bilişsel-davranışçı bir değerlendirme danışanın zorlukları ile ilişkili özgül bilişlere de odaklanabilir. Wright, Basco ve Thase (2006) değerlendirmeyi yürüten klinisyenlerin bir çalışma tablosu kullanmalarını önermektedir. Tablo 3.6'da panik bozukluğu, agorafobisi ve asansör fobisi olan Gina'ya ait vaka kavramsallaştırmasını içeren çalışma tablosu görülmektedir.

İnsancıl Yönelimli Değerlendirme

İnsancıl yönelimli klinisyenler bilişsel-davranışçı yaklaşımdakinden önemli ölçüde farklılaşan değerlendirme alternatifleri önermişlerdir (örn., Fischer, 2001;

Fischer ve Fischer, 1983). Bu klinisyenlerden bazıları bireyi kişiliksizleştirdiği, sorumluluğu danışanlardan uzaklaştırdığı ve klinisyen-danışan ilişkisinin niteliğini tehdit ettiğini öne sürerek değerlendirme işlemlerine karşı çıkmışlardır (Rogers, 1951). Diğer insancıl psikologlar ise değerlendirmeyi tamamen reddetmek yerine geleneksel yöntemlerle toplanan değerlendirme verilerinin insancıl prensiplere bağlı kalınarak yürütüldüğü takdirde faydalı olabileceğini ifade etmişlerdir (Fischer, 1989). Örneğin, test sonuçları danışanın dünyaya nasıl baktığının ipuçlarını taşıyan bir araç olarak görülebilir ve bu testlerin yürütülmesi danışan ve terapiste ilişkilerini inşa etme fırsatı tanıyabilir (Dana ve Leech, 1974). Mesela Fischer, standardize edilmiş ve görgül geçerliği kanıtlanmış araçların kullanıldığı değerlendirmelerin, bu değerlendirmeler terapist ve danışan arasındaki karşılıklı etkileşime olanak tanıyacak şekilde yürütüldüğü takdirde hem bilimsel hem de terapötik olacağını iddia etmektedir. DSM-IV tanı kriterlerinin ve MMPI-2 profillerine dair yorumların danışanla tartışılması şeklindeki örnekleri de dile getiren Fischer'e göre bu türden bir işbirliği değerlendirme hakkında yalnızca ek veriler elde edilmesini sağlamaz, aynı zamanda danışanın nesneleştirilmesini de engeller (Fischer, 2001; ayrıca bknz., Finn, 1996).

TABLO 3.6

Gina'ya ait Bilişsel-Davranışçı Vaka Formülasyon Çalışma Tablosu

Olay 1	**Olay 2**	**Olay 3**
Kalabalık bir kafeteryaya gitme	Asansöre bindiğimi düşünme	İşe arabamla gittiğimi düşünme
Otomatik Düşünceler		
"Tepsimi düşüreceğim" "Bayılacağım" "Öleceğim"	"Asansör düşecek" "Kalabalık olacak" "İçinde kalacağım"	"Araba kullanırken bayılacağım" "Kaza yapacağım" "Otobanda birine çarpıp öldüreceğim"
Duygular		
Kaygı, panik, terli eller, hızlı soluk alıp verme	Kaygı, gerginlik, hızlı soluk alıp verme	Kaygı, gerginlik, terleme, hızlı soluk alıp verme
Davranışlar		
Kafeteryadan kaçınma ya da bir arkadaşa beraber gitmeyi teklif etme	Mümkünse merdivenle çıkma	Arabayı kullanma. Nişanlımdan kullanmasını rica etme.

Şemalar: "İncineceğim kesin", "Kazanın içinde yer alan ben olacağım", "Dünya çok tehlikeli bir yer", "Kendini daima sakınmalısın".

TABLO 3.6 devamı

Gina'ya ait Bilişsel-Davranışçı Vaka Formülasyon Çalışma Tablosu

Yürürlükteki Hipotezler: (1) Gina'nın durumlara dair gerçekçi olmayan korkuları var, kontrol edebilme veya bu durumlarla başa çıkabilme becerisini görmezden geliyor ve korkulan uyaranlardan kaçınıyor. (2) Aile geçmişi (örn., hastalık ve ölüm, annenin gerginliği ve aşırı tetiktelik hali) kaygı yüklü şemalarının ve kaçınma davranışlarının gelişimine katkı sunmuş. (3) Şu anki durumsal faktörler (yeni iş ve araba kullanma baskısı) belirtilerin tetiklenmesinde rol oynamış olabilir.

Tedavi Planı: (1) Gina'ya korkularının yersiz olduğunu ve kaygılarıyla baş edebileceğini öğretebilmek amacı ile bilişsel yeniden yapılandırma (örn., kanıtları inceleme, bilişsel hataları bulma, düşünce kayıtlarına başvurma). (2)Kaygı kontrolünü sağlayacak araçlar olarak nefes eğitimi ve imgeler. (3) Korkulan uyaranlara (örn., kalabalıklar, araba kullanma) aşamalı maruz bırakma. (4) Asansör fobisine yönelik in vivo yani gerçek yaşam ortamında maruz bırakma. (5) Kaygıyı yönetebilme yolları için model olma ve koçluk yapma. (6) Terapinin ilerleyen aşamalarında uyumu bozan şemalarını tekrar gözden geçirip değiştirmeye odaklanma.

KAYNAK: "Bilişsel Davranışçı Terapilerin Öğrenilmesi " isimli kitaptan alınmıştır (J.H.Wright,M.R. Basco,and M.E.Thase,2006 (Washington,DC:American Psychiatric Association),ss.54–55.

Bu Kısmın Özeti: Çeşitli araçların güvenirlik, geçerlik ve dalga-boyu (genellik ya da özgüllük) gibi psikometrik özellikleri klinisyenlerin değerlendirme kararlarını etkileyebilir. Değerlendirmenin yürütüldüğü bağlam ve ortamlar da hangi değerlendirme yöntemlerinin kullanılacağını ve sonuçların nasıl iletileceğini belirler. Son olarak klinisyenin kuramsal yönelimi ve çeşitli ölçüm araçlarına dair kişisel deneyimleri de seçimlerinde rol oynayabilir. Kuramsal yaklaşımlar çok katı olarak ele alındığında yanlı olabilseler de, klinik açıdan önemli bilgilerin keşfine yönelik veri toplama çabalarını yönlendirmeleri açısından klinisyenlerin işine yarayacak kılavuz bilgileri sağlayabilir.

DEĞERLENDİRME SONUÇLARININ İLETİLMESİ

Bu Kısma Bakış: Değerlendirme sonuçları bir değerlendirme raporu yazılarak iletilir. Raporu yazan klinisyene sonuçlar çok açık görünse de, bir değerlendirme raporunun daima net, değerlendirmenin amacına uygun ve okuyanın kolaylıkla anlayacağı bir dilde yazılması gerektiği akılda tutulmalıdır.

Eğer değerlendirme sonuçlarından maksimum yarar sağlanması hedefleniyorsa, bu sonuçlar açık, değerlendirmenin amacına uygun ve hedeflenen okuyucu için kullanışlı raporlar halinde sunulmalıdır. Bu yüzden klinisyenler raporları muğlak, gereksiz ve kullanışsız hâle getirecek problemlere karşı tedbir almalıdır. Tablo 3.7, bir değerlendirme çerçevesinin-bu örnekte bilişsel-davranışçı yönelimli bir çerçevenin- bir değerlendirme raporuna nasıl dönüştürüldüğünü özetlemektedir. Bu raporun hem yardım arayışında olan danışanlara yönelik yeterince problem odaklı olduğuna, hem de değerlendiriciye kişinin yaşamının daha geniş kapsamlı ve daha az problemli yönlerini de ele almasını hatırlattığına dikkat edin.

TABLO 3.7

Bilişsel-Davranışçı Çerçeveye Dayalı Değerlendirme Raporu

Mülâkat Sırasındaki Davranış ve Fiziksel Tanımlama

James, seansa kot pantolon, kalın kemer, açık yaka tişört ve sandaletlerden oluşan düzgün genç üniversiteli kılığında gelen, traşlı, uzun saçlı bir erkektir.

Ara sıra konuşmada ketlenmeler yaşayan, utangaç ve tatlı dilli biri olarak bilinmektedir. Seansın büyük bölümünde huzursuz görünmesine rağmen, rahat ve samimi bir şekilde konuşmuştur.

Görünen Problem:

A. *Problemin Niteliği:* Topluluk içinde konuşma gerektiren ortamlarda ve başkaları tarafından değerlendirildiği diğer durumlarda kaygı.

B. *Geçmiş Ortam ve Olaylar:* James Fransa'da doğmuştu ve bu ülkeye 7 yıl önce gelmişti. Geldiğinde hem sosyal hem de dil problemleri yaşadı. Üniversiteye başlayana kadar sosyal ilişkileri oldukça kısıtlıydı. Bu dönemde sosyal açıdan atak olan bir arkadaşı onun kabuğunu kırmasına yardımcı oldu. James babasını, ev ödevini yeterince iyi değilse gerektiğinde yırtıp parçalayan, fazla eleştirel ve mükemmeliyetçi biri olarak tarif etmektedir. Danışanın annesi kontrolcü, danışanın sağlığı hakkında hep kaygıları olan, aşırı duygusal bir kişi olarak tanımlanmaktadır. Küçük erkek kardeşi ise hep iyi bir öğrenci olmuş ve ebeveynleri tarafından James'ten çok daha iyi olduğu söylenerek yüceltilmiştir.

C. *Şu Anki Durumsal Belirleyiciler*: Ebeveynleri ile etkileşimleri, sınavları, aile toplantıları, sınıftaki katılımı, yeni başlayan sosyal temasları.

D. *İlgili Organizmik Değişkenler:* Danışan bazı durumlara belli mantık dışı beklentiler, özellikle de gerçekçi olmayan mükemmeliyetçi çabalar ve başkalarından onay almaya yönelik karşı konulmaz bir istek içinde yaklaşmaktadır. Şu anda herhangi bir ilaç kullanmamaktadır.

E. *Problemin Boyutları:* Danışanın sosyal ve değerlendirilme kaygısı uzun zamandır var olan köklü bir kaygı ve çok yaygın günlük durumlarda ortaya çıkıyor.

F. *Problemin Sonuçları:* Kronikleşmiş kaygı düzeyi daha 15 yaşında ülser operasyonu geçirmesi ile sonuçlanmıştır. Buna ek olarak, aşırı terleme sebebi ile el ve kollarında cilt döküntüleri ortaya çıkmıştır. Bir defasında bu sinirlilik hali sebebi ile konuşurken kekelediğini ama son yıllarda bunun ciddi bir problem olmadığını belirtmiştir. Özellikle sınav ortamlarında yaşadığı kaygı genellikle sınav performansını olumsuz etkilemiştir.

Diğer Problemler:

A. *Atılganlık:* Her ne kadar utangaç ve sıkılgan biri olsa da, James atılgan olmayışının artık onun için bir problem teşkil etmediğini söylemiştir. Geçmişte bir defasında, arkadaşları onu bu özelliği sebebi ile suistimal etmiş olsalar da, artık böyle bir durumla karşılaşmadığını iddia etmektedir. James'in atılganlıktan bahsederken neyi kastettiği kesin olmadığı için, bu durum ileride de izlenmeye devam edilmelidir.

B.*Unutkanlık:* Danışan sıklıkla randevularını kaçırdığını, bir şeylerini kaybettiğini, anahtarı içerde unutup dışarıda kaldığını ve genellikle dalgın olduğunu bildirmektedir.

Bireysel Kaynakları:

Danışan oldukça parlak, sıcak, arkadaşça ve duyarlı bir insan olarak bilinmektedir.

Değişiklik Hedefleri:

Sosyal-değerlendirici ortamlardaki gerçekçi olmayan iç konuşmaları (self-statement); düşük atılganlıkla ilişkili olası davranışsal eksikleri ve unutkanlığı.

Tavsiye Edilen Tedavi:

Özellikle danışanın yüksek kaygı düzeyi düşünüldüğünde, gevşeme eğitimi iyi bir başlangıç gibi görünmektedir. Bunu takiben tedavi akılcı (rasyonel) yeniden yapılandırma ve mümkün olduğunca davranış tekrarlamaları ışığında ilerlemelidir. Ancak, unutkanlığın ele alınmasında en uygun stratejinin ne olacağı henüz net değildir.

TABLO 3.7 devamı

Bilişsel-Davranışçı Çerçeveye Dayalı Değerlendirme Raporu

Tedavi Motivasyonu:
Yüksek

Gidişat:
Çok iyi.

Tedavi Önceliği:
Yüksek.

Beklentiler:
Zaman zaman, özellikle bir kadınla çıkacağında, James yarım tablet uyku ilacı alarak kendini sakinleştirmektedir. Bundan kurtulmak istemekte ve kaygılarıyla kendi kendine baş etmeyi öğrenmeye ihtiyacı olduğunu hissetmektedir. Öyle görünmektedir ki, nihai olarak karar kıldığımız her türlü tedavi planına, özellikle bu plan kaygının kendi kendine kontrolüne odaklanıyorsa, son derece açık olacaktır.

Diğer Yorumlar:
Şu an ile dönem sonu arasındaki kısa zaman dikkate alındığında, seans arası ev ödevlerinin davranış değişikliği sürecinde özellikle önemli bir rolü olacağı vurgulanmalıdır.

KAYNAK: Clinical Behavior Therapy, by M.R.Goldfried and G.C.Davison, 1976 (New York:Holt,Rinehart,and Winston),ss.52–53.Copyright 1976 by Holt,Rinehart,and Winston'dan alınmıştır. Holt,Rinehart,and Winston'ın izni ile tıpkıbasımı yapılmıştır.

Raporun Açıklığı

Bir değerlendirme raporunun birincil ölçütü açık olmasıdır. Bu özellik olmadığı takdirde ne duruma uygunluğu ne de kullanışlılığı anlaşılamaz. Psikolojik raporlarda açıklığın olmayışı oldukça zorlayıcıdır çünkü bir raporun yanlış yorumlanması kişiyi yanlış kararlara yöneltebilir. Aşağıda bu konu ile ilgili bir vaka örneği görülmektedir:

> Zekâ geriliği olan bir genç kız bir psikolog tarafından test edilmişti. Psikolog ilgili sosyal kuruma söz konusu genç kızın test performansının "elleri ile bir şeyler yapmak" konusunda genç kız için, orta düzeyde başarıyı ve mutluluğu işaret ettiğini bildirdi. Ancak 3 ay sonra ilgili sosyal kurum psikoloğa kızın iyi tepkiler vermediğini iletti. Psikoloğun önerilerine uydukları halde, bu kız elleri ile bir şeyler yapma konusunda ne mutlu ne de başarılı idi. Psikolog kızın yapması için özgül olarak ne tür şeyler verildiğini sorguladığında, kurum tarafından "Saksafon ile müzik dersleri verdik" dendi (Hammond ve Allen, 1953, s. v)

Bağlantılı bir diğer problem de değerlendirici okuyucuya anlamsız gelen bir terminoloji kullandığında ortaya çıkar. 36 yaşındaki bir erkek hakkındaki rapordan alıntılanmış olan aşağıdaki metne bir bakalım:

> Test sonuçları şu anki histeroid defanslarına karşı temel bir karakterolojik problemi vurgulamaktadır. Emosyonel labilite ve naivite ile de bağlantılı olarak bağımsız ve yaratıcı fantezilerden yeterince faydalanma becerisindeki bozulma danışan açısından karakteristiktir. İnfantil bağımlılık ihtiyaçlarının hostil eğilimleri ile sürekli savaş halinde olduğu belirgin bir pasif-agresif karakter yapılanması sebebi ile cinsel dışavuruma dair şu anki çatışmayı anlamak zor değildir (Mischel, 1968, s. 105).

Yazar danışanı anlamış olabilir, peki ama okuyucu anlayabilecek midir? Psikanalitik terminolojiye aşina olmayan herkes bu raporu gizemli bulabilir. Profesyoneller bile kullanılan terimlerin anlamı konusunda uzlaşamayabilir. Gereğinden fazla uzun olma (ya da şifreli kısalık), yoğun teknik bilgi (istatistikler veya esrarengiz, yani yalnızca özel bilgisi olanlar tarafından anlaşılabilecek test puanları) ve uyumlu bir organizasyonun olmayışı gibi faktörler de değerlendirme raporlarının açık olmayışını etkiler (Olive, 1972; Tallent ve Reiss, 1959).

Amaçlara Uygunluk

Her ne kadar günümüzde daha nadir olsa da, klinisyenlerden hâlâ değerlendirmeye neden ihtiyaç duyulduğu söylenmeksizin, "psikolojik şeyler" (genellikle standart test bataryaları ve görüşme) istenmektedir. Bu koşullar altında konuya uygun bir rapor yazma ihtimâli çok düşüktür. Ne yazık ki raporların duruma uygun olmayışının temel sebeplerinden biri de klinisyenlerin değerlendirme hedeflerini akıllarında tutmadaki başarısızlıklarıdır.

Raporların Kullanışlılığı

Son olarak, değerlendirme raporunun kullanışlı olup olmadığı da sorgulanmalıdır. Raporun içerdiği bilgi danışan hakkında halihazırda bildiklerimize önemli bir katkı sunmakta mıdır? Açık, duruma uygun ancak başka kaynaklardan da elde edilebilecek bilgiler sunan bir rapor kullanışlı görünebilir ama böylesi bir raporun gerçek değeri düşüktür. Bu türden raporlar ya değerlendiricinin yeni bilgiler toplamakta başarısız olması ya da yeni verilere ilişkin işe yarayacak ifadeler kullanmamış olması sebebiyle ortaya çıkabilir. Birinci durum söz konusu ise, klinisyen "artımlı (incremental) geçerliği" düşük olan teknikleri kullanmış olabilir (Sechrest, 1963). Örneğin, klinisyen danışanın güçlü düşmanca eğilimleri olduğunu ortaya koyan bir psikolojik test kullanmış olabilir. Ancak polis kayıtları danışanın çeşitli saldırılar sebebi ile defalarca tutuklandığını gösteriyorsa, bu yorum klinik tabloya ek bir katkı sunmaz. Başka durumlarda değerlendiricinin raporu taban-oran bilgisi, geçmiş deneyimler ve sağduyuya dayalı olarak zaten beklenenlerden ötesini söylemiyorsa kullanışlılığı da kısıtlı olacaktır.

Tamamı yalnızca iki parça bilgiye dayalı olarak yazılmış olan bir raporun aşağıda sunulmuş olan basılı versiyonunu ele alalım. Bu iki bilgi nedir? (a) Danışan Gazi Bakım (GB) Hastanesi'nin yeni kayıtlı hastasıdır ve (b) vaka "Bir Şizofreni Olgu Sunumu" başlıklı geleneksel vaka tartışması seansında sunulacaktır.

> Bu gazi test ortamına bir miktar gönülsüzlük içinde gelmişti. Klinisyenle işbirliği içinde olmasına rağmen bazı materyallere karşı hafif baştan savma bir tutum içinde idi. Hem testin kendisi hem geçmiş öykü kişilerarası, özellikle de aile üyeleri ile ilişkilerde kayda değer yetersizliği düşündürmektedir. Herhangi biri ile şu ana kadar yakın bir ilişkisi olup olmadığı da şüphelidir. Hiçbir zaman derin kökler salamamıştır. Olgunlaşmamış, benmerkezci ve huzursuzdur. Ek olarak çevresindeki insanların iyi niyetlerini çoğunlukla yanlış algılamaktadır. Başkalarına karşı zaman zaman direnç ve isyan dönemleri olsa da, temelde pasif bağımlı olma eğilimi göstermektedir. Mesleki açıdan uyumu da oldukça zayıftır. Çoğu zaman bir işten diğerine sürüklenmiştir. İlgileri sığdır, işine karşı motivasyonu da düşüktür. Ayrıca, çalışma arkadaşları ile geçinmekte zorlandığı için, iş tutma konusunda zor zamanlar yaşamıştır. Kadınlarla bir takım ilişkileri olmuş olmasına rağmen, cinsel hayatını tatminkâr bulmamaktadır. Şu anda, hafif depresyondadır. Zekâ seviyesi ortalamanın üstünde olmasına rağmen, potansiyelinin altında işlev göstermektedir. Test sonuçları ve vaka öyküsü kronik ayrışmamış tip şizofrenik reaksiyonu düşündürmektedir. Tedaviye cevap verme gidişatı zayıf görünmektedir (Sundberg, Tyler, ve Taplin, 1973, ss. 577–579).

Bu çarpıcı ancak baştan aşağı genellemelerle dolu raporu oluştururken klinisyen ağırlıklı olarak GB hastane sakinlerine dair bilgilere ve hastane işlemleri ile ilgili aşinalığa dayanmıştır. Örneğin, bu vaka şizofreni üzerine bir toplantıda tartışılacağı için ve GB hastanesinin hastalarında şizofreni tanısı yaygın olduğu için şizofreni kolayca gerçek tanı olarak önerilmiştir. Aynı zamanda bu rapor "ortalama" GB hastalarına uyduğu için, raporun yalnızca kısmen doğru olması muhtemeldir. Bu basmakalıp belge kullanışlılığı düşüren bir değerlendirme raporuna örnek teşkil etmektedir: aşırı genel olma ya da herkes için geçerli olabilecek belirsiz terimlerle yazılmış olma. Fazla genel ifadelerle dolu olan belgeler "Barnum raporlar" (P. T. Barnum'un "her dakika bir enayi doğuyor" özdeyişinin anısına), "Fanny Teyze raporları" (rapordaki ifadeler "benim teyzem Fanny" için de geçerli olabileceğinden) ve "Madison Meydanı raporları" (iyi "sattıkları" için) gibi ifadelerle de anılmaktadır (Klopfer, 1983; Meehl, 1956; Tallent, 1992). Bu gibi aşırı genel materyallerin çifte dezavantajları vardır; bir taraftan raporun çarpıcılığını aldatıcı bir şekilde artırırken diğer taraftan kullanışlılığını azaltmaktadırlar.

Bı Kısmın Özeti: Değerlendirme verilerini organize etmenin evrensel bir "doğru" yolu bulunmamasına rağmen, açıklık, duruma uygunluk ve kullanışlılık ölçütlerine, değerlendirmenin amaçları, klinisyenin kuramsal yaklaşımı ve değerlendirmenin bağlamına dayanarak düzenlenmiş bir çerçeve kullanılarak ulaşmak daha kolaydır. Bir çerçeve kapsamında araştırılan bilgilerin ve o bilgilere ulaşmada kullanılan araçların görgül araştırmalara dayandırılması gerektiğini bir kere daha dile getirmekte fayda vardır.

DEĞERLENDİRMEDE ETİK MESELELER

Bu Kısma Bakış: Değerlendirmeleri yürüten klinisyenler, özellikle gerilimli boşanmalar ve çocuk tutuklularla karşılaştıklarında, danışanların ruhsal hastalığa bağlı engelliliğe yönelik hak kazanıp kazanmadıklarının belirlenmesine yardım ettiklerinde ya da üçüncü şahıs veya kurumlara (örn., sigorta şirketlerine) danışanla ilgili hangi bilgilerin verileceğine karar vermek zorunda olduklarında, bir dizi etik mesele ile yüzleşmek durumunda kalırlar. Bu yüzden klinisyenler yürüttükleri değerlendirmelerin kısıtlılıklarını bilmeli ve peşinen değerlendirmelerin ne şekilde kullanılacağı konusunda net olmalıdırlar. Aynı zamanda federal ve devlet kanunları ile APA'nınki gibi psikologların etik ilke ve kurallarına ilişkin yönetmeliklerin davranışlarına dair ne tür düzenlemeler getirdiği hususunda bilgi sahibi olmalıdırlar.

Aşağıdaki senaryo (Pope ve Vasquez, 1998) değerlendirmeleri yürüten klinisyenlerin karşılaştığı pek çok etik problemin birkaçını örneklemektedir:

17 yaşında bir delikanlı ofisinize gelir ve kapsamlı bir psikolojik değerlendirme talebinde bulunur. Bir miktar baş ağrısı, kaygı ve depresyon yaşamaktadır. Lise terktir, 1 yıllık evlidir ve 1 yaşında bir bebeği vardır, ikisini de terk edip yeniden ailesinin yanında yaşamaya başlamıştır. Otomobil teknisyeni olarak çalıştığı tam zamanlı bir işi ve tüm test işlemlerini karşılayan sigortası vardır. Testi tamamlarsınız.

Bir yıl sonrasında testler hakkında farklı kaynaklardan bilgilendirme istekleri almaya başlarsınız. Bu kaynaklar;

- Danışanın dahiliye uzmanı olan doktorudur.
- Genç adamın depresyonundan kaygılanan ebeveynleridir.
- Danışanın 'çalışanların telafisi' hak iddiası ile açtığı dava ile ilgili olarak işverenidir.
- Çalışanların telafisi davasına itiraz eden sigorta şirketinin avukatıdır.
- Boşanma ve bebeğin vekaleti için dava açmakta olan eşinin avukatıdır.
- Test sonuçlarından memnun olmadığı için sizi mesleği kötüye kullanma iddiasıyla dava etmiş olan danışanın avukatıdır.

Taleplerin tümü resmi raporun tam metnini, orijinal test verilerini ve uygulamış olduğunuz test materyallerinin (örneğin MMPI-2'nin yönergesi ve tüm maddeleri) tümünün birer kopyasını içermektedir.

Tüm bu kişilerin her birine, etik ve yasal olarak ne kadar bilgi vermeniz gerekmektedir ya da vermeniz gerekir mi? Bu taleplerden birine dahi cevap vermeyi kabul edecek olsanız, hangi bilgilerin açıklanması bu genç delikanlının bilgilendirilmiş onamını almanızı gerektirir?

Şüphesiz değerlendirme verilerinin toplanması, işlenmesi ve iletilmesi süreci klinisyene danışanın başkalarına normalde açamayacağı hassas bilgilere

erişim olanağı tanır. Bu durum değerlendiriciye bu imtiyazlı bilgilerin danışanın refah ve saygınlığını koruyacak ve (a) psikolojik değerlendirme verilerinin nasıl kullanılacağı, (b) bu gizlilik içeren materyale kimin erişimi olması gerektiği ve (c) uygun olmayan ve sorumsuzca yorumlanan değerlendirme bilgilerinin danışan için olumsuz sonuçlar taşıyacağına dair meselelerin dikkate alındığını gösterecek şekilde kullanılması ve raporlanması sorumluluğunu yükler.

Klinisyen, bu kaygıları göz önünde bulundurarak sorgulamalarının öncelikle danışanın özelini yetkisizce ihlâl etmediğinden emin olmalıdır. Bilgilerin açıklanma salahiyetini oluşturan ve oluşturmayan durumların neler olduğunu bilebilmek için klinisyenin her bir vakanın içerdiği detaylardan daha fazlasına aşina olması gerekir. Klinisyenlerin aynı zamanda değerlendirme verileri üzerinde tek kontrol sahibi olan yetkili konumlarını sürdürmeleri mümkün değilse, bu verilere kimlerin erişimi olacağı problemi ile de mücadele etmek durumundadırlar. Örneğin, test puanları, sonuçlar, yordamalar ve diğer bilgiler bir rapor içinde iletildiklerinde, bu raporu gören ancak yorumlama konusunda vasıflı olmayan kişilerce kötüye kullanılabilir. Böylesi durumlarda, danışanın yalnızca özeli ihlâl edilmiş olmakla kalmaz, aynı zamanda değerlendirme verileri danışan açısından zararlı sonuçlar doğurabilir. Bu türden problemleri en aza indirmek, kamu çalışanlarının, devlet kurumlarının, sivil toplum örgütlerinin ve özel şahısların temel sorunudur.

Belki de klinisyenlerin etik değerlendirme uygulamalarını takip ettiklerini garanti altına alabilmenin en iyi yolu Amerikan Psikologlar Derneği'nin *Psikologların Etik İlke ve Kurallar Yönetmeliği*'ni (APA, 2002b) özellikle de bu yönetmeliğin değerlendirme ile ilgili 9. Bölümü'nü biliyor olmalarıdır (Çev. Notu: Ülkemizde de bu yönetmeliğin bir eşdeğeri Türk Psikologlar Derneği tarafından yayınlanmıştır.). Ayrıca, APA belli özelleşmiş değerlendirme uygulamaları için *Çocuk Koruma Konularında Psikolojik Değerlendirme Kılavuzu* (APA, 1998) gibi kılavuzlar da sunmaktadır. Psikologlar aynı zamanda *Psikolojik Hizmet Sağlayıcılar için Genel Kılavuz* (APA, 1987) ve *Eğitimsel ve Psikolojik Test Etme için Standartlar* (APA, 1985) hakkında da bilgi sahibi olmalıdır. Bu kılavuzlar iş adayı azınlık grupların seçiminde olumsuz etki yaratacak ayırımcı test uygulamalarını men eden ve 1964 yılındaki İnsan Hakları Hareketi'nin bir parçası olan İstihdamda Fırsat Eşitliği Hareketi ile ırk, renk, din, cinsiyet ve uyruğa dayalı test sonuç ayarlamalarını yasaklayan 1991'deki İnsan Hakları Hareketi'ni de (Sackett ve Wilk, 1994) içeren federal kanunları yansıtmaktadır. Söz konusu kılavuzlar Engellilerin Eğitimi Hareketi ve Engelli Amerikalılar Hareketi'nin yönetmelikleri ile de paralellik gösterecek şekilde kullanılmalıdır.

Değerlendiriciler için kılavuzlar çoğu zaman sadece kılavuzdurlar; psikologlara ne yapmaları ya da ne yapmamaları gerektiğini açık olarak belirtmezler. Dolayısıyla etik karar verme sıklıkla çeşitli federal, devlete ait ve yerel yasalar

kadar profesyonel etik kurallar ile bireysel kaygıları dikkate almayı içermelidir. Zor kararlarla karşılaşan klinisyenler çalışma arkadaşlarına da danışabilir ve en uygun eylem için Amerikan Psikologlar Derneği'nin rehberliğine başvurabilir. Klinik psikoloji alanı ile ilişkili etik problem ve standartlar "Klinik Psikolojide Profesyonel Meseleler" başlıklı 15. Bölümde daha detaylı şekilde ele alınmıştır.

Değerlendirme sonuçlarının bazı danışanları (örneğin belli bir etnik azınlık veya ırkın üyelerini) dezavantajlı konuma sokacak şekilde sosyal ve kültürel açıdan yanlı olmadığına da ayrıca dikkat edilmelidir (Malgady, 1996). Mesela bazı psikolojik testlerin eğitimde yerleştirme veya başka amaçlarla bazı azınlık gruplarında kullanımının mahkeme kararıyla yasaklanmasına yol açacak derecede uygun olmadığı iddia edilmektedir (Kaliforniya'daki Larry P. v. Wilson Riles vakasına ilişkin emsal teşkil eden tartışmalar için, bknz., Lambert, 1985). Klinisyenler, farklı kültürlerden danışanlarda değerlendirmeyi yürütürken sosyokültürel faktörlerin tanı, değerlendirme ve tedaviyi nasıl etkileyeceği hakkında bilgi sahibi olmalıdır (Lopez ve Guarnaccia, 2000).

Klinik Psikolojik Değerlendirmede Temel Yeterlikler

Değerlendirme türleri sayıca o kadar fazladır ki hiçbir klinisyenden hepsinde birden uzmanlaşmış olması beklenemez. Ancak tüm klinik psikologların değerlendirme için bir dizi temel yeterliklere sahip olması gerekir. Her ne kadar üzerinde evrensel olarak uzlaşmaya varılmış tek bir formal yeterlik dizisi bulunmasa da, profesyonel örgütler, işverenler, eğitim kurumları ve klinik staj birimleri tarafından önerilen yeterlikler oldukça benzerdir (Krishnamurthy ve diğ. 2004). Aşağıdaki listeyi oluştururken bu önerilerden yararlanmış bulunmaktayız. Bazı yeterlikler değerlendirmenin görgül ve kuramsal temelleri ile ilişkili iken (örn., testlerin ölçtüğü kişilik veya bilişsel değişkenlerin kavranması, yani güvenirlik ve geçerliği yargılama becerisi), diğerleri belirli değerlendirmelerin (örn., görüşme formatları, zekâ testleri, kişilik testleri, tanısal değerlendirme) kullanımı ile bağlantılıdır. Elbette farklılıklar ve etik standartlara dair bir anlayış da son derece önemlidir. Değerlendirme konusunda eğitilmiş olan psikologlar;

- Değerlendirmenin kuramsal, görgül ve bağlamsal temellerini anlayabilmelidir.
- Değerlendirme araçlarının psikometrik özelliklerini sorgulayabilmelidir ve yorumlayabilmelidir.
- Bilişsel işlevsellik, davranışsal işlevsellik ve kişiliğin değerlendirilmesi amacı ile geliştirilmiş olan araçları başarı ile uygulayabilmeli ve yorumlayabilmelidir.
- Klinik görüşmeleri ve davranışsal gözlemleri yürütebilmeli ve yorumlayabilmelidir.
- Uygun DSM-IV tanılarını formüle edebilmelidir.

- Değerlendirme araçlarının özel popülasyonlar açısından (kültür ve dil grupları, fiziksel engeli bulunanlar vb.) kısıtlılıkları ve uygun kullanım şekillerinin farkında olabilmelidir.
- Çoklu değerlendirme kaynaklarından elde edilen verileri birleştirerek görgül dayanağı olan sonuçlara varabilmelidir.
- Değerlendirmenin sonuçlarını hem yazılı hem de sözlü olarak ilgili kişilere etkin bir şekilde iletebilmelidir.
- Değerlendirme için hazırlanmış APA Etik kural kılavuzlarını anlayabilmeli ve takip edebilmelidir.

Bu Kısmın Özeti: Çok sayıda etik mesele değerlendirme sürecine eşlik edebilir. Bunları ele alırken klinisyenler profesyonel kılavuzlar, özellikle de APA'nın etik kurallarından haberdar olmalıdır. Aynı zamanda değerlendirmeye yönelik bir dizi yeterliğe de sahip olmalıdırlar.

BÖLÜM ÖZETİ

Klinik değerlendirme, değerlendirmeci ya da sonuçların iletileceği kişi ya da kurumlar tarafından verilecek bilgilendirilmiş kararların dayanağı olarak kullanılacak bilgi toplama sürecidir. Görüşmeler, testler, gözlemler ve yaşam kayıtları klinik psikoloji alanında değerlendirme verilerinin temel kaynakları olma görevini görür. Klinik değerlendirme süreci beş aşamadan oluşur: yönlendirmenin netleştirilmesi, veri toplama sürecinin planlanması, verilerin toplanması, verilerin işlenmesi ve sonuçların iletilmesi. Değerlendirmede incelemelerin yöntem ve düzeyleri genelde değerlendirme amaçlarına, klinisyenin kuramsal tercih ve deneyimlerine ve bağlama göre şekillenen vaka çalışması kılavuzlarını takip eder. Değerlendirme yöntemlerinin seçimi de güvenirlik (tutarlılık) ve geçerliklerine (ölçmeleri gerekeni ölçme becerisi) ve derinlik ve genişliğine dair araştırmalar tarafından belirlenir.

Klinik değerlendirmenin amaçları arasında tanısal sınıflandırma, tanımlama, tedaviyi planlama ve yordama yer alır. Tanısal sınıflandırma için genellikle DSM-IV-TR kullanılır. Tanımlama da, birey-çevre etkileşimlerini araştırmak sureti ile danışanların kişiliklerine dair daha kapsamlı değerlendirmeleri içerir. Tedavinin planlanması amaçlı değerlendirmede ise danışanların farklı tedavi yaklaşımlarına nasıl cevap verecekleri hakkında bilgi toplanır. Yordamalar genellikle personel seçimine yöneliktir ama bazen danışanın şiddet veya intihar potansiyeline de odaklanabilir.

Ne yazık ki, klinisyenler benzersiz bir sezgi gücüne ya da özel bir bilgi işleme kapasitesine sahip değildirler. Bu yüzden danışanları hakkındaki yargı ve kararlarının niteliği her insanı etkileyen benzer bilişsel yanlılık ve hataların tehdidi altındadır. Gerçekte, klinik yargı üzerine yapılmış araştırmalar da pek çok durumda klinisyenlerin değerlendirme sürecine yönelik en önemli katkılarının sonrasında bilgisayar temelli is-

tatistiksel formüllerle işlenecek olan bilgileri toplamak olduğunu önermektedir.

Değerlendirmeyi birincil olarak yönlendiren değerlendirme amaçlarıdır, ancak başka faktörler de değerlendirmenin ne şekilde yürütüleceğini etkileyebilir. Değerlendirme araçlarının güvenirlik, geçerlik ve genellikleri klinisyenin seçiminde önemli bir rol oynamalıdır. Klinisyenin kuramsal yönelimi ve araçlarla olan önceki tecrübeleri de, tıpkı değerlendirmenin gerçekleştirildiği bağlam gibi (örn., adli, eğitimsel, psikiyatrik hastane, psikoloji kliniği), değerlendirme tercihlerini etkiler.

Değerlendirme sonuçları ise açık, değerlendirme amacına uygun ve ithaf edilen kişi ya da kuruluşlar açısından kullanışlı bir şekilde düzenlenmiş bir rapor halinde sunulur. Bu raporlar genellikle her bir klinisyen tarafından benimsenen kuramsal yaklaşımı yansıtsa da yönlendirme kaynağı için en üst düzeyde kullanışlılığı ve etik uygulamalarla tutarlığı olacak şekilde yapılandırılmalıdır.

ÇALIŞMA SORULARI

1. Değerlendirmede klinik psikologların sahip olması gereken temel yeterlikler nelerdir?
2. Psikolojik değerlendirme hangi adımlardan oluşur?
3. En sık kullanılan veri toplama teknikleri nelerdir?
4. Değerlendirmenin genel amaçları nelerdir?
5. Klinik psikologlar nasıl tanı koyarlar?
6. DSM-IV-R'nin temel yapısı nedir?
7. DSM'ye yönelik eleştiriler ve klinik tanı için alternatif öneriler nelerdir?
8. Klinik psikologların gelecekteki şiddeti yordama becerilerine ilişkin araştırma bulguları ne göstermiştir?
9. Klinik yargı ve klinik sezgi nedir ve nasıl geliştirilebilir?
10. Psikolojik değerlendirmede bilgisayarlar ne şekilde kullanılmaktadır?
11. Bir değerlendirme aracının seçiminde rol oynayan geçerlik, güvenirlik, dalga-boyu gibi önemli hususlar nedir?
12. Bir klinisyenin kuramsal yönelimi değerlendirmeyi nasıl etkiler?
13. Klinik bağlam ya da ortam değerlendirme verilerinin toplanması ve raporlanmasını nasıl etkiler?
14. İyi bir psikolojik rapor için temel koşullar nelerdir?
15. Danışanın kültürel ya da etnik arka planı değerlendirme sonuçlarını nasıl etkiler?
16. Değerlendirme sürecinde etik sorun ya da ikilemler ortaya çıkarsa klinisyenler ne yapmalıdır?

WEB SİTELERİ

- APA Test Alanların Hak ve Sorumlulukları: http://www.apa.org/science/ttrr.html
- APA Test Kullanıcı Niteliklerine Dair Çalışma Grubu Raporu: http://www.apa.org/science/tuq.pdf
- APA Özel Çalışan Pratisyenlere Yönelik Danışan Kayıt ya da Test Verileri için Tanık Yemin Zorunluluğu ile Baş Etme Konusundaki Stratejiler: http://www.apa.org/governance/reports/combinedannualreports.pdf

BÖLÜM 4

Çeviren:
Doç. Dr. Müjgan İnözü

Klinik Psikolojide Görüşme ve Gözlem

Bölüme Bakış: Bu bölümde, farklı görüşme ve gözlem teknikleri tanımlanmaktadır. İlk olarak görüşme teknikleri ile başlanmakta ve bu teknikler önce amaçlarına daha sonra da yapılarına göre kategorize edilmektedir. Ayrıca, görüşme sürecinin aşamaları ve görüşmelerin geçerlik ve güvenirliğine ilişkin araştırmaların neyi ortaya çıkardığı ele alınmaktadır. Gözlemler de benzer şekilde ele alınmaktadır: Gözlemlerin amaçları ve türlerinin yanı sıra güçlü ve zayıf taraflarına yönelik araştırma bulguları tartışılmaktadır. Bu bölüm boyunca – özellikle "görüşme/gözlem'in yapısı", "danışan çeşitliliği" ve "klinisyenin önyargıları" gibi - çeşitli faktörlerin gözlem ve görüşme sonuçlarını nasıl etkileyebileceği tartışılmaktadır.

Gözlem ve görüşme, klinik psikolojide en yaygın kullanılan araçlardır. Her ikisi de klinik değerlendirmenin merkezinde yer alır ve psikolojik tedavide de önemli bir rol üstlenir. Aslında, tedavinin genellikle görüşme ile başlaması ve görüşme süreci boyunca kurulmuş olan ilişkinin üzerine temellendirilmesi nedeniyle gözlem ve görüşme ile ilgili olarak bu bölümde yer alan şeylerin birçoğu aynı zamanda tedavi sürecine de uygulanabilir.

En basit anlatımla görüşme, belirli bir amaç ya da hedef doğrultusunda kurulmuş olan iletişimdir (Matarazzo, 1965). Bu görüşmeler; danışanlar hakkında doğal bir klinik bilgi kaynağı olan, onlarla kolay iletişim kurmamızı sağlayan ve onlara yardım etmek için uygun bir ortam yaratan diğer iletişim yöntemlerine benzemektedir. Görüşme esnek ve nispeten maliyeti düşük bir tekniktir. Görüşmenin belki de en önemli yararı, klinisyene danışanın hem sözlü hem de sözel olmayan davranışları ile ilgili aynı anda bilgi alma olanağı sağlamasıdır. Bunun getirdiği avantajlar, klinik görüşmeyi, birçok klinik ortamda kullanılabilen işlevsel bir değerlendirme aracı haline getirmektedir.

Bu bölüm, spesifik bir görüşmenin ya da gözlemin nasıl uygulanacağını öğretmeyi amaçlamamaktadır. Bunun yerine değerlendirme veri kaynakları olarak gözlem ve görüşmeye bir giriş niteliği taşımaktadır. Farklı durumlarda

kullanılabilecek görüşme ve gözlem teknikleri bir dizi kaynakta detaylı olarak anlatılmaktadır (örn., Fine ve Glasser, 1996; MacKinnon, Michels ve Buckley, 2006; Othmer ve Othmer, 2002; Rogers, 2001; Shea, 1998; Sommers-Flanagan ve Sommers-Flanagan, 1999; Turner, Hersen ve Heiser, 2003; Shipley ve Wood, 1996), ancak bu tekniklerin etkili olarak nasıl kullanılacağını öğrenmek okumaktan çok daha fazlasını gerektirmektedir (Bogels, 1994). Klinisyenler profesyonel eğitim süreçlerinin bir parçası olarak özenli bir şekilde, dikkatlice süpervize edilmiş görüşmeler yürütmelidir.

KLİNİK GÖRÜŞMENİN KULLANILDIĞI DURUMLAR

Bu Kısma Bakış: Görüşmeler, farklı klinik durumlarda kullanılabilir: Birinin probleminin ne olduğunu anlamak ve DSM tanısı koymak amacıyla yapılan ilk görüşme (intake interview), danışanı tedavi sürecine ya da araştırmaya hazırlamak amacıyla yapılan oryantasyon görüşmesi; spesifik bir yönlendirme (sevk) (referral) sorusunu hedef alan problem-sevk görüşmeleri, bir tedavi ya da araştırmayı sonlandırmak üzere yapılan sonlandırma ya da bilgilendirme görüşmeleri, ortaya çıkan bir kriz sürecinde gerekli olan desteği sağlamak ve bir sonraki adımda hangi müdahalelerin yapılmasına karar vermek amacıyla yapılan kriz görüşmesi bunlar arasında sayılabilir. Bu görüşme türleri kuramsal olarak farklı farklı ele alınsa da uygulamada sıklıkla bir arada kullanılmaktadırlar. En sonda, görüşmeci ve görüşen arasındaki kültürel ve etnik farklılıklar ve klinisyenin görüşme yaparken kültürel faktörlere duyarlı olmasının ne kadar önemli olduğu tartışılmaktadır.

İlk Görüşme

En yaygın klinik görüşme türlerinden biri, danışanın bazı yaşam problemlerinden dolayı ilk defa klinisyene geldiğinde yapılan ilk görüşmedir. İlk görüşmeler, çoğunlukla danışanın yaşadığı problemin doğasını anlamaya yönelik olarak planlanmaktadır. İlk görüşmeyi yapan klinisyenden, sıklıkla danışanın yaşadığı problemi, diğer eksen açıklamalarını da içerecek şekilde DSM-IV Eksen I ya da Eksen II (örn., majör depresif bozukluk) tanıları olarak sınıflandırması ya da tanılaması istenmektedir. Klinisyenler ilk görüşmeyi, ayrıca danışanların ve onların davranışlarının ortaya çıktığı çevresel bağlamın daha ayrıntılı bir betimlemesini elde edebilmek amacıyla da kullanabilirler.

İlk görüşme sürecinde toplanılan bilgi, klinisyene danışanın doğru yere gelip gelmediğine karar vermede de yardımcı olabilir. Eğer ilk görüşme oturumuna ya da oturumlarına dayanarak bu soruya "hayır" cevabı verilirse, klinisyen danışanı başka bir profesyonele ya da alternatif başka bir kuruma yönlendirecektir. Eğer karar vermek için danışanla daha fazla görüşme yapmanın uygun olacağı düşünülürse ek değerlendirme ya da tedavi seansları planlanabilir. Klinisyenlerin çoğu ilk görüşmeyi kendileri gerçekleştirir, ancak bazı kurum ve grup uy-

gulamalarında, sosyal hizmet uzmanları ya da diğer profesyoneller de bu işlevi yerine getirebilirler.

İlk görüşmelerin bazıları, 3. Bölümde "Klinik Değerlendirmenin Temel Özellikleri" anlatılırken önerilen konuların önem sırasına göre yapılandırılabilir. Başlangıçta, tıbbi öykünün soru-cevap şeklinde alınmasını içeren yapılandırılmış bir görüşmenin ardından, birçok psikiyatrik görüşme ayrıca ruhsal durum muayenesini de (RDM) içerir. Bu RDM sırasında klinisyen, önemli bir dizi alana ilişkin danışanın temel zihinsel işlevlerini değerlendirmek amacıyla hazırlanmış, belirli bir sırayı izleyecek şekilde planlanmış sorular kullanır (bknz., Tablo 4.1).

İlk görüşmelerde; ayrıca danışan ile etkili bir çalışma ittifakı kurularak danışanın probleminin kökenlerine ve gelişimine yönelik terapistin hipotezlerini organize edilip sonraki terapi adımları için uygun bir zemin hazırlanabilir (MacKinnon, Michels ve Buckley, 2006). İlk görüşme, başarılı bir tedavi süreci için oldukça önemlidir çünkü ilk görüşmeye gelen danışanların neredeyse yarısı planlanan tedaviye devam etmekte başarısız olmaktadır (Baekeland ve Lundwall, 1975; Morton, 1995). Danışanların ilk görüşmeyi yapan hakkındaki ilk izlenimlerinin de bu durumu etkilediği görülmektedir. Ciddi bir profesyonellik yerine, samimi bir içtenlikle davrandığını hissettikleri bir görüşmeciyle görüşen danışanların bir sonraki tedaviye tekrar geri gelme olasılıkları daha yüksek olacaktır (Kokotovic ve Tracey, 1987; Patterson, 1989; Tryon, 1990). Danışanlar ayrıca kısmen ya da dolaylı olarak ifade ettikleri endişelerini ve duygularını doğru bir şekilde anladığını gösteren görüşmecileri daha olumlu olarak değerlendirmektedir (Dimatteo ve Taranta, 1976). Terapist ve danışanlar tarafından ilk görüşme süresince sergilenen yüz ifadeleri gibi sözel olmayan davranışlar bile daha sonraki terapötik başarıyı etkileyebilir (Rasting ve Beutel, 2005).

TABLO 4.1

Ruhsal Durum Muayenesi (RDM)

Burada tipik bir RDM'nin konu ana hatları yer almaktadır (Siassi, 1984). Bunu RDM görüşmesinden alınan kısa bir diyalog takip etmektedir.

I. Genel görünüş ve davranışlar: Danışanın hareketlilik düzeyi, görüşmeciye karşı tepkisi, kendine bakım ve giyinmesi değerlendirilir.

II. Konuşma ve düşünce: Danışanın konuşması anlaşılabilir ve anlamlı mı? Sanrılar mevcut mu?

III. Bilinçlilik: Duyum açık mı yoksa bulanık mı?

IV. Duygu ve duygulanım: Danışan depresif, kaygılı ya da huzursuz mu? Duygulanımı içinde bulunulan duruma uygun mu?

V. Algı: Danışan varsanılar (halüsinasyon) ya da benlik yitimi (depersonalizasyon) yaşıyor mu?

VI. Obsesyon ve Kompulsiyonlar: Bu davranışların frekans ve niteliği kaydedilmelidir.

VII. Oryantasyon: Danışan doğru zaman, yer ve kişisel bilgilerin farkında mı?

VIII. Bellek: Kısa ve uzun süreli bellek ne durumda?

IX. Dikkat ve odaklanma: Genel bir strateji olarak, danışandan 100'den geriye 7 sayı çıkararak doğru sayması istenir.

TABLO 4.1 devamı

Ruhsal Durum Muayenesi (RDM)

X. Genel bilgi değerlendirmesi: Şuan ki başkanın adı ne? Birleşik devletlerdeki büyük şehirlerden bazılarını sayabilir misiniz? gibi sorular sorulur.

XI. Zekâ: Okul başarısı, muhakeme yeteneği, genel bilgi kapasitesi gibi özelliklerden tahmin edilebilir.

XII. İç görü ve yargılama: Danışan, davranışlarının olası sonuçlarını anlayabiliyor mu?

XIII. Yüksek zihinsel işlevsellik: Danışanın düşünce formunun niteliği nasıl? Danışan soyutlama yapabiliyor mu?

KLİNİSYEN: Günaydın. Adınız nedir?

DANIŞAN: Randolph S.

KLİNİSYEN: Peki S.Bey, eğer sizin için uygunsa bu sabah size bazı sorular sormak istiyorum.

DANIŞAN: Tabi ki.

KLİNİSYEN: Ne kadar süredir, buradasınız?

DANIŞAN: Dün sabahtan beri

KLİNİSYEN: Neden buradasınız?

DANIŞAN: Bilmiyorum. Sanırım eşim polisi aradı ve şimdi buradayım.

KLİNİSYEN: Eşinizin polisi aramasına neden olacak ne yaptınız?

DANIŞAN: Bilmiyorum

KLİNİSYEN: Bugün günlerden ne?

DANIŞAN: Salı, ayın 25'i

KLİNİSYEN: Hangi yıldayız?

DANIŞAN: 1997.

KLİNİSYEN: Şu an hangi şehirdeyiz?

DANIŞAN: Chicago.

KLİNİSYEN: Chicago'nun belediye başkanı kim?

Problem-Sevk Görüşmeleri

Klinisyenler, yönlendirilen kişi ile ilgili gerekli tanıyı koymak için bazen psikiyatristlere, mahkemelere, okullara, işverenlere, sosyal hizmet kuruluşlarına ve diğer kurumlara danışmanlık görevi üstlenebilirler. Bu durumda, danışan *"P. Bey'in cezai ehliyeti var mı yok mu? Jimmy'de herhangi bir zekâ geriliği mevcut mu? Bayan M ile Bay O arasında yapılan velayet anlaşması çocukları için en iyi seçenek mi?* gibi spesifik bir soruya cevap bulmak için görüşmeye yönlendirilir.

Bu durumda, görüşmenin en temel amacı danışanın sevk edilme gerekçesine cevap bulmaktır. Bu nedenle, sevk edilirken cevaplandırılması gereken sorunun açık bir şekilde ifade edilmesi son derece önemlidir. Q. Bey için geçerli bir profil verir misiniz? Y. Hanım iyi bir ebeveyn olacak mı ya da psikolojik olarak dengesiz biri mi? gibi sorular çok genel ve belirsiz sorulardır. *"Çocuğumuzun zekâ düzeyini öğrenmek için ona zekâ testi yapmanızı istiyoruz, böylece okulda onun üstün yetenekli çocukların bulunduğu bir sınıfta bulunması gerektiğini ispatlayabiliriz"* şeklindeki bir değerlendirme talebi karşısında klinisyen, anne-babanın motivasyon ve ihtiyacının ne olduğu tam olarak anlaşılmadan bu tür bir değerlendirme yapılmasının uygunluğunu sorgulamalıdır. Daha önce 3. Bölüm'de tartışıldığı gibi danışanın sevk edilme gerekçesinin netlik kazanması uygulanacak değerlendirme türünü de belirlemektedir.

Oryantasyon Görüşmeleri

Psikolojik değerlendirme ya da tedaviye alınan bireyler, çoğu zaman kendilerinden ne beklendiğini bilmemekte ve bu konuda yalnız bırakılmaktadır. Bu durum özellikle ilk defa bir ruh sağlığı uzmanı ile görüşecek olan bireyler için daha geçerlidir. Bu yeni deneyimi daha belirgin ve rahat bir süreç haline getirmek için birçok klinisyen, değerlendirme süreci, tedavi ya da araştırma prosedürü hakkında danışana bilgi vermek amacıyla ya özel bir görüşme gerçekleştirmekte ya da görüşmelerin bir kısmını bu amaç için ayırmaktadır (Prochaska ve Norcross, 1994).

Bu tür oryantasyon görüşmeleri, en az iki şekilde faydalıdır. İlk olarak, danışanlar soru sormaya ve düşündüklerini söylemeye cesaretlendirilir, bu sayede daha sonraki tedavi sürecinde ilerlemeyi engelleyebilecek yanlış anlamalar tartışılabilir ve düzeltilebilir. İkinci olarak, oryantasyon görüşmeleri, danışanların gelecekteki değerlendirme ve tedavi prosedürlerini ve bu prosedürlerdeki rollerinin neler olacağını anlamalarına yardımcı olabilir (Couch, 1995). Buradan hareketle, klinisyen, danışana tedaviden en fazla yararlanan danışanların samimi, işbirliğine açık, tedavi sürecini ciddiye alan ve sorunlarını çözmek için istekli danışanlar olduğuna işaret edebilir. Nitelikli oryantasyon görüşmeleri, klinisyenlere çabalarını değerlendirme ve tedavi girişimlerinde tam işbirliği yapmaya en istekli danışanlar üzerinde odaklamaya yardımcı olabilir.

Oryantasyon görüşmeleri, araştırmaya katılan katılımcılar için de önemlidir. Klinisyenler, katılımcıda bir yanlılık oluşturmamak için araştırma ile ilgili her detayı vermek istemeseler bile, etik olarak her bir katılımcının araştırma süresince yerine getirmek zorunda olduğu görevlerin içeriğini ve bunlarla ilişkili olası riskleri anladığından emin olmak zorundadır. Araştırma oryantasyon görüşmeleri, sadece araştırmaya katılım için gerekli olan bilgilendirilmiş onamın gerekliliğini yerine getirmekle kalmamakta aynı zamanda özellikle uzun dönemli klinik çalışmalar ya da boylamsal araştırmalar için önemli olan katılımcının motivasyonel işbirliğinin arttığından emin olunmasına da yardımcı olmaktadır.

Sonlardırma ve Bilgilendirme (Debriefing) Görüşmeleri

Diğer bir tür oryantasyon görüşmesi, klinik ilişkiyi sonlandırma zamanı geldiğinde gerçekleştirilmektedir. Örneğin, yoğun görüşmeler, testler ve gözlemler içeren bir dizi değerlendirme seansı tamamlandığında, danışanın; klinisyenin değerlendirme sürecinin sonunda ne bulduğu, bu bilgilerin nerede kullanılacağı ya da bu bilgilere kimlerin ulaşabileceği hakkında kaygılanılması son derece anlaşılabilir bir durumdur. Bu kaygılar, özellikle değerlendirmeyi yapan uzmanın bir okul ya da mahkemeye danışmanlık yaptığı durumlarda daha da fazla olabilir. Sonlandırma görüşmelerinde danışandan alınan kişiye özel bilginin nasıl korunacağına, hangi durumlarda ve nasıl üçüncü bir kişiye aktarılabileceği-

ne ilişkin açıklamalar getirilerek, değerlendirme sonuçlarının yorumu ve özeti sunularak danışanın değerlendirmeye ilişkin kaygılarının azaltılmasına yardımcı olunabilir.

Klinik bir araştırmanın ardından gerçekleştirilen sonlandırma görüşmeleri, bilgilendirme (debriefings) olarak adlandırılmaktadır. Bu görüşmeler, bireyin katılmış olduğu araştırma projesine ve uygulanan prosedürlere ilişkin tartışmaların yer aldığı açıklamaları içermektedir. Bilgilendirmeler, katılımcılara soru sorma ve araştırmaya katılım deneyimleriyle ilgili aktarımlarda bulunma olacağı vermektedir. Amerikan Psikoloji Derneği (American Psychological Association, APA) ve diğer kuruluşlar tarafından yayınlanan etik standartlara göre, katılımcıların bilgilendirilmesi, araştırmaya katılma deneyimlerinin kendilerine herhangi bir zarar vermeyeceğinden emin olmalarını ve araştırmaya ilişkin kendilerini rahat hissetmelerini amaçlamaktadır (15. Bölüm, "Klinik Psikolojide Mesleki Konular" kısmına bknz.,). Bilgilendirme görüşmeleri, ayrıca katılımcının deneyi nasıl algıladığının ve deneycinin kontrolü dışındaki faktörlerin katılımcının davranışını etkileyip etkilemediğinin netleştirilmesine yardımcı olarak da klinik araştırmacıya faydalı olabilir (Orne, 1962).

Sonlandırma görüşmeleri, ayrıca psikolojik tedavi süreci sonlandırılacağı zaman da yapılabilir. Tedavi süreci başarılı bir şekilde sonlandırıldığında, birçok yarım kalmış, açık uçlu bırakılmış unsur ele alınmalıdır: başarılmış işlere ilişkin ifade edilmesi ve kabul edilmesi gereken takdirler, gelecekte ortaya çıkabilecek problemlerin nasıl ele alınabileceğine ilişkin hatırlatmalar, gelecekteki izleme görüşmelerinin nasıl yapılacağına ilişkin planlar, danışanın bundan sonra yalnız devam edebilecek donanım ve becerilere sahip olduğuna ilişkin güvenceler gibi. Sonlandırma görüşmeleri, tedaviden, tedavi sonrası sürece geçişin mümkün olduğunca sorunsuz ve üretken bir şekilde gerçekleştirilmesine yardımcı olur. Danışanın tedaviyi yarıda bırakmasında olduğu gibi tedavi süreci başarısız bir şekilde sonlandırıldığında, sonlandırma görüşmeleri, klinisyene danışanın tedaviyi yarıda bırakmasına neden olan dinamikler hakkında bilgi verebilir ve tedavi sürecini daha olumlu bir şekilde yapılandırmak için çeşitli yollar önerebilir (Hummelen, Wilberg ve Karterud, 2007).

Kriz Görüşmeleri

Klinik merkezlerine krizdeki kişiler geldiğinde ya da bir intiharı önleme merkezinin telefonunu aradıklarında görüşmecilerin bir dizi değerlendirmeyi ve tedavi seansını programlama lüksü yoktur. Bunun yerine, görüşmeciler çok kısa olarak destek vermeye, değerlendirme verisi sağlamaya ve yardım etmeye çabaladıkları *kriz görüşmesi* yaparlar. (Somers-Flanagan ve Somers-Flanagan, 1995).

Görüşmeci sakin ve kabul edici bir tutumla danışanla ilgilenmeli, ilgili soruları sormalı (örn., Hiç kendinizi öldürmeyi denediniz mi?" "Evinizde ne tür ilaçlar

var?" vb.), bunun ardından ya mevcut problem üzerinde doğrudan çalışmaya başlamalı ya da danışanı diğer servislerle iletişime geçmek üzere yönlendirmelidir. Eğer bu ikisinden biri yapılmamışsa, diğerleri için kriz görüşmesini değerlendirme ve tedavi seansları takip eder. Bu durumda, kriz süresince gerçekleştirilen iyi ele alınmış bir ya da iki görüşme duruma özgü ve geçici bir desteğe ihtiyaç duyan danışanlar ile kurulan temasın başı ya da sonu olabilir.

Klinik Görüşmede Etik ve Kültürel Konular

Amerika Birleşik Devletlerinin nüfusu, her geçen gün daha fazla çeşitlilik arz etmektedir. Bununla paralel olarak farklı etnik ve kültürel kökenden gelen bireylerin ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanma sayısı da artmaktadır (Sue, 1999). Ancak, özellikle danışanların kültürel beklentilerinin, değerlerinin ve davranışlarının, ruh sağlığı servislerinin sunmuş olduğu beklentiler, değerler ve uygulamalar ile uyuşmadığı durumlarda, danışanlar ile görüşmeciler arasındaki kültürel farklılıklar problem yaratabilir.

Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Az kullanımı. Ruh sağlığı hizmetlerinin kullanım oranı, kültürel faktörlerin önemini göstermektedir. Toplumun geneline ulaştırılan ruh sağlığı hizmetleri ile karşılaştırıldığında, ırksal ve etnik azınlık grupları ruh sağlığı hizmetlerine daha az ulaşmakta ve daha düşük kaliteli bir hizmetten yararlanmaktadır. Bu düşük kullanım oranını açıklayabilecek temel nedenler Tablo 4.2'de gösterilmektedir. Bu faktörlerin bir kısmı sağlık hizmetlerine ulaşımla ilgiliyken diğerleri görüşme sürecini amacından saptırabilecek kültürel norm ve yanlış anlamalar ile ilgilidir.

Azınlık gruplarının birçok üyesinin sağlık sistemindeki önyargılara ilişkin endişeleri, tamamen temelsiz değildir. Örneğin, klinisyenler, Afrika kökenli Amerikalı ve İspanyol kökenli danışanları beyaz Amerikalılarla kıyaslandığında daha yüksek oranda şizofreni ile tanılama eğilimindedir. Aynı zamanda, Afrika kökenli Amerikalı çocuklarda duygudurum ve kaygı bozuklukları, beyaz çocuklara oranla daha az tanılanmaktadır. Bu tür farklılıklar, nesnel kriterlerden daha çok, klinisyenin ön yargıları ile ilişkili görünmektedir.

Kültürel Duyarlılık ve Kültürel Yetkinlik. Klinik görüşmecinin farklı etnik kökene sahip bireylerde psikolojik bozuklukları aşırı ya da daha az oranda tanılamasının birçok olası nedeni olabilir. Ancak bu nedenlerden biri, kesinlikle bilgi eksikliğidir. Eğer bir klinisyen kültürel çeşitliliğin farkında değilse, Afrika kökenli bir Amerikalının semptomlarını ifade etmekte isteksiz davranmasını ruh sağlığı sistemi ile ilgili şüpheleri ya da hassasiyeti olarak yorumlamak yerine paranoid düşüncenin bir işareti olarak yanlış yorumlayabilir. Aynı şekilde, yanlışlıkla Asyalı bir danışanının kendini açmakta isteksiz olmasını, yabancılara birden bire kendini açmaya ilişkin kültürel kısıtlamanın bir yansıması olarak değil de içgörü eksikliğinin ya da direncin varlığını destekleyen bir delil olarak ele alabilir

3. Bölüm'de DSM-IV tanı kriterlerine tam anlamıyla oturtulamayan kültür-bağlantılı sendromlardan söz etmiştik. Bunun özgül bir örneği geniş oranda İspanyol kökenli gruplar arasında görülen, kaygı ve somatik semptomlarla karakterize olan "Ataque de nervios" dur (Türkçeye İspanyolca'dan "sinir bozukluğu" olarak çevrilebilir). Bu bozukluk, DSM-IV'de yer alan bazı tanı gruplarına benzerlik göstermesine rağmen, bir bozukluk için gerekli olan tanı kriterlerini tam olarak karşılamamaktadır (Tolin, Robison, Gaztambide, Horowitz ve Blank, 2007). Eğitim süreci içinde olan terapist ve görüşmeci için kaygının ifade edilmesindeki kültürel farklılıkları tanımak önemlidir. Sözel ve sözel olmayan iletişim ifadelerinin yanlış anlaşılması, özellikle önemli bir problem olabilir. Örneğin, beyazlarla karşılaştırıldığında Asyalı danışanların psikolojik sıkıntılarını mide bulantısı, görmenin bulanıklaşması, baş dönmesi gibi bedensel yakınmalarla ifade etme olasılıkları daha yüksektir. Bu durumda klinisyen, bu tür kültüre özgü semptomları, Asyalılar'da somatoform bozuklukların diğer kültürlere oranla anlamlı olarak daha yaygın olduğuna bağlamak yerine, bu kültürde duygusal sıkıntıları, bedensel ifadelere dönüştürerek anlatmanın kültürel olarak daha kabul edilebilir bir olgu olduğuna bağlamalıdır.

TABLO 4.1

Etnik Azınlıkların Ruh Sağlığı Bakım Hizmetlerinden Daha Az Yararlanmasının Altında Yatan Nedenler

Hizmetlere Ulaşmada Yaşanılan Sıkıntılar	Yoksulluk nedeniyle danışanların sigortalanmaması ya da daha düşük oranda sigorta primleri ödenerek sigortalanmaları Danışanların ulaşım araçlarından yoksun olması İletişimi engelleyen dil problemleri (Danışan ve görüşmecinin ortak dili konuşmaması)
Yanlış İnanç ve Tutumlar	Danışanın ruh sağlığı servislerinin var olduğunu bilmemesi Yabancılara; duygusal sıkıntıların ifade edilmesine izin vermeyen ya da yaşanılan problemlerin sadece din görevlilerine, medikal personele (örn., acil müdehale odası) ya da aile yakınlarına (örn., güvenilir yaşlılar) anlatılmasını zorunlu kılan kültürel değerler Danışanların; ruh sağlığı çalışanlarının kendilerini utandıracağını ya da aptal konumuna düşüreceğinden korkması (örn., danışanlar izlenecek prosedürü, bürokratik işlemleri ya da sahip oldukları yasal hakları bilmemektedirler). Geçmiş tarihte yaşanılan ayrımcılık ya da baskıya dayalı olarak danışanların ruh sağlığı çalışanlarına güvenmemesi, etiketleneceklerinden, kendilerine kötü davranılacağından, ayrımcılığa maruz kalacaklarından korkmaları

Bağımsızlığa karşı bağımlılık gibi kültürel değerler de görüşme sürecini etkileyebilir. İspanyol kökenliler ve Asya kültürlerinde bağımsızlık, batılı kültürlerde desteklendiği kadar güçlü bir değer değildir. Bu kültürlerde, karşılıklı bağlılık ve aile sorumluluklarına, bireysel bağımsızlıktan daha fazla değer atfedilebilir.

Bu nedenle, görüşmecinin duygusal ya da psikolojik bağımsızlık gibi değerlerin önemini imâ ediyormuş gibi görünen sorgulamaları, danışanların en temel değerlerini onaylamadığı gibi algılanarak onların görüşme sürecinden soğumasına yol açabilir.

Görüşmeci, bu tür kültürel meselelerle karşı karşıya kaldığında ne yapmalıdır? Görüşmecinin söz konusu bütün kültürel farklılıklara aşina olması, çok gerçekçi bir beklenti değildir (bunların tartışılması, bu bölümün konu kapsamının dışında kalmaktadır) ancak görüşme sonuçlarının etnik ve kültürel yanlış anlamalarla nasıl çarpıtılabileceğine ilişkin bir farkındalığının olması mümkündür. Görüşmeciler, görüşme sürecinde incelenen davranışlardaki yaygın kültürel çeşitlilikler ve danışanın sahip olduğu etnik kökene özgü davranışlar hakkında, kendini eğiterek önyargılardan kaçınabilir. Kültürel yanlış anlamaların söz konusu olduğu durumlarla karşı karşıya kaldığında, danışanı sadece sınıflandırmak yerine onunla birlikte açık bir şekilde kültürel kaygıları keşfetmeli, bunları anlamak için içten bir çaba sarf etmelidir. Ayrıca görüşmeci, mümkün olduğu durumlarda, bu tür danışanlarla çalışmakta daha uzman olan meslektaşlarına danışarak onların desteğini almalıdır. Ayrıca, klinik görüşme eğitimleri, çok kültürlü görüşmeler üzerine yapılmış bilimsel literatürün analizini, çok kültürlü görüşme süpervizyonlarını ve kültürel yanlılığın en aza indirildiği bilimsel olarak ispatlanmış değerlendirme araçlarının kullanımını içermelidir. Bu değerlendirme araçlarının bazılarına bir sonraki bölümde yer verilmektedir.

Bu Kısmın Özeti: Klinik görüşmeler; bireyin sahip olduğu problemin doğasını anlamak, bir DSM tanısı koymak, görüşmeciyi tedaviye ya da araştırmaya hazırlamak, danışan sevk edilirken cevaplandırılması istenilen soruya yönelik değerlendirme yapmak, tedavi sürecinin ya da bir araştırmanın ardından danışanı bilgilendirmek, bir kriz durumunda gerekli olan desteği sunmak ve müdahaleye yönelik önerilerde bulunmak gibi farklı amaçlarla gerçekleştirilir. Aynı görüşme içinde bu amaçlar sıklıkla bir araya getirilir. Amerika Birleşik Devletleri'nin nüfusunun farklı kültürlerden gelen bireylerden oluşması nedeniyle, klinisyenler, kültürel ve etnik faktörlerin görüşmede nasıl bir yanlılık oluşturabileceğine ilişkin özel bir hassasiyet göstermelidir. Bütün bunları yerine getirmek hem didaktik bir eğitimi hem de süpervizyon eğitimini gerekli kılmaktadır.

GÖRÜŞMENİN YAPISI

Bu Kısma Bakış: Klinik görüşmelerin en önemli özelliğini yapıları oluşturmaktadır. Görüşmenin yapısı, görüşmenin içeriğini ve seyrini görüşmecinin belirleyebilme derecesidir. Bir uçta danışanın konuşmasının doğal akışı ve konuşulacak konu üzerinde klinisyenin mümkün olduğunca az etkiye sahip olduğu açık-uçlu ya da yönlendirilmemiş görüşmeler yer alırken, bir diğer uçta soru-cevap şeklinde dikkatlice planlanmış yapılandırılmış görüşmeler yer almaktadır. Bu iki uç arasında, genellikle yönlendirilmiş

ya da yarı yapılandırılmış görüşmeler olarak adlandırılan birçok karışım bulunmaktadır. Yapılandırılmış görüşmeler, geçerlik ve güvenirliği yüksek olmasına rağmen, bir dizi dezavantaja sahiptir.

Görüşmedeki yapının derecesini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar arasında klinisyenin sahip olduğu kuramsal yönelim ve kişisel tercihler sayılabilir. Genel olarak, hümanistik klinisyenler, mümkün olduğu kadar az yapılandırılmış görüşmeleri tercih ederler. Psikodinamik oryantasyona sahip klinisyenler ise genellikle bir parça daha fazla yönlendirme kullanırken, bilişsel davranışçı klinisyenler, büyük olasılıkla sözel olarak en aktif ve yönlendirici görüşmecilerdir. Yapı, aynı zamanda görüşme boyunca da değişebilir. Birçok görüşmeci, görüşmeye yönlendirici olmayan bir tarzda başlar ve görüşme devam ederken daha yapılandırılmış bir tarz sergileyebilir. Görüşme koşulları da görüşmenin yapısını etkilemektedir. Örneğin, doğası gereği bir kriz durumunda yapılan görüşme rutin olarak gerçekleştirilen bir ilk görüşmeden daha fazla yapılandırılmayı gerektirebilir.

Yönlendirilmemiş Görüşmeler

Şimdi aşağıda yer alan yönlendirilmemiş bir ilk görüşmeden alınan ilk kısım üzerinde biraz düşünün.

KLİNİSYEN: [İlgili kişi] Ne konuşmak istediğinize ilişkin çok detaylı bilgi vermedi. Bu nedenle, konuşmaya nereden başlamak istiyorsanız onunla başlayabilirsiniz. Lütfen bana ne tür sıkıntılarınız olduğunu anlatın.

DANIŞAN: Hımm... eğer bunu birkaç kelime ile anlatmam gerekirse bu ... hımm... bu tam anlamıyla bir özgüven eksikliği ve aşırı derecede kendini bilme, olarak ifade edilebilir. Ben her zaman kendi özelliklerimin çok farkında olan öz bilinçliliği yüksek birisi olmuşumdur. Yani şunu demek istiyorum ki bunu ilk fark ettiğimde sanırım 14 yaşındaydım. Fakat uzun zamandır, insanları bir koltuk değneği gibi kullandığımı fark ettim. Yani demek istediğim şey bugüne kadar yaptığım birçok şeyi yanımda birileri olduğu için yapabildiğimi, tek başıma olsaydım bunları yapamayacağımı düşünüyorum.

KLİNİSYEN: hı hı anlıyorum.

DANIŞAN: Bu durum, evdeki dört duvar arasını gerçeklikten kaçmak için kullandığım noktaya kadar geldi. Dışarı çıkmanın umurumda bile olmadığını kastetmiyorum. Ben yalnız başıma kesinlikle dışarıya çıkamam. Bu, bir çeşit kısır döngü. Bunu yapamayacağımı anladım ve bir sonraki sefer bunu yapamayacağımdan da emin oldum.

KLİNİSYEN: Hımm...

DANIŞAN: Bu aşama aşama daha da kötüye gitti. Sanırım ilk olarak bunu fark ettim...(Wallen, 1956, s. 146).

Danışan öyküsünü anlatmaya, problemlerinin başlangıcını ve nasıl devam ettiğini, iş hayatını ve evliliğini, babasının ölümünü ve diğer konuları anlatarak devam etmiştir. Daha sonra göreceğimiz gibi, klinisyenin gerekli olduğu durumlarda, yönlendirici olmadan da danışanı konuşmaya cesaretlendirmek için yapabileceği bazı şeyler olmasına rağmen onun neredeyse hiç konuşmadığına dikkat edin. Yönlendirilmemiş görüşme yapan görüşmeci, az miktarda doğrudan soru kullanır ve bunların yerine danışanın endişeleri hakkında konuşmasını kolaylaştıracak diğer tepkilere güvenir.

Yarı Yapılandırılmış Görüşmeler

Yönlendirilmemiş görüşmeler ile karşılaştırıldığında, yarı yapılandırılmış görüşmeler, organize edilmiş bir dizi konuyu araştırırken danışmana soruları sormada, cevapları yorumlamada ve bir sonraki adımda ele alınacak konulara karar vermede esnek davranma fırsatı verir.

KLİNİSYEN: Çoğu zaman oldukça kıskanç olduğunuzu ve bunun sizi çok rahatsız ettiğini söylediniz.

DANIŞAN: Hımm... Evet bu şekilde hisetmenin çok saçma olduğunu biliyorum, fakat Mike'ın başka bir kadınla birlikte olduğunu düşünmek bile beni incitiyor.

KLİNİSYEN: Kıskanmak istemiyorsunuz fakat yapamıyorsunuz.

DANIŞAN: Özgür bir kadının bu şekilde hissetmemesi gerekiyor.

KLİNİSYEN: Sizce özgür bir kadının nasıl hissetmesi gerekiyor?

DANIŞAN: Geçen yıl birçok yönden çok fazla değiştiğimi hissediyorum. Birinin başka insanı sahiplenmeye hakkı olduğuna, gerçekten inanmıyorum fakat bu bana olduğunda gerçekten çok inciniyorum. Böyle riyakâr biriyim.

KLİNİSYEN: Mutsuzsunuz çünkü gerçekte istediğiniz şekilde tepki vermediğinizi düşünüyorsunuz.

DANIŞAN: İstediğim gibi biri değilim.

KLİNİSYEN: O halde çifte tehlike söz konusu. Mike biri ile birlikte iken bu sizi gerçekten incitiyor. Aynı zamanda kıskandığınızda, bu şekilde hissettiğiniz için kendinizi aşağılıyorsunuz.

DANIŞAN: Evet, sanırım her iki şekilde de kaybediyorum (Morganstern ve Tevlin, 1981, s. 86).

Alıntı yapılmış bu kısımdaki yönlendirilmemiş özelliklere dikkat edin. Klinisyenin vermiş olduğu tepkiler danışanın yaşadıklarını anladığını karşı tarafa aktarmakta, danışandan özgül bir bilgi almayı talep ederek danışanın ne söylemesi gerektiğini dikte etmeden onu daha fazla konuşmaya teşvik etmektedir. Ancak, görüşmeci özgül bir soru sorarak da konuşulan konuya sınırlar koymaktadır. Görüşmeci daha özgül sorular sordukça görüşmeye daha yapılandırılmış bir form kazandırmaktadır.

Yarı yapılandırılmış görüşmeler, farklı klinik amaçlar için geliştirilmiştir. Bu görüşmelerin çoğu özgül koşulların ya da durumların değerlendirilmesini içerir. Örneğin, *Yarı-yapılandırılmış Krize Müdehale Görüşmesi* eğitimli klinisyenlerin ve deneyimsiz olanların kriz durumundaki danışanlarla görüşme yapmalarına yardımcı olmak amacıyla geliştirilmiştir. Görüşmeden elde edilen bilgi danışana uygulanacak müdahaleye karar vermede standart bir yöntem sağlamak için kullanılmaktadır (Kulic, 2005). İkinci bir örnek olarak, bunama (demans) belirtisi gösteren yaşlı bireylerde işlevselliği değerlendirmek için kullanılan İşlevselliği *Değerlendirmek İçin Ev-Tabanlı Klinisyen Görüşmesi* verilebilir (Hendrie ve diğ., 2006).

Yapılandırılmış Görüşmeler

Yapılandırılmış görüşmelerde görüşmeci, standart bir şekilde ifade edilmiş ve belirli bir sırada hazırlanmış bir dizi soru sormaktadır. Danışanların cevaplarının kodlanma ya da puanlanmasında, daha fazla puanlanabilecek tepkinin ortaya çıkarılmasında, ek sorgulamaların nasıl yapılacağına ilişkin tutarlı kurallar belirlenmiştir. Bu nedenle, yapılandırılmış görüşmeler, açık uçlu soruların sorulmasına ya da çok net olmayan cevapları netleştirmek için görüşmecinin kendi sorularını formüle etmesine ilişkin herhangi bir kısıtlama getirmiyorken, görüşmeciye belirli bir durum karşısında ne yapması gerektiğine ilişkin detaylı *kurallar dizisi* (zaman zaman *karar ağacı* ya da *dallanma*–branching- *kuralları* adı verien) sunmaktadır (örn., eğer katılımcı "hayır" cevabını vermiş ise 32. soruya geçiniz, deyin eğer "evet" cevabını vermiş ise bunun hangi sıklıkta olduğunu sorun ve bir sonraki soruya geçin).

Yapılandırılmış görüşmelerde, *DSM-IV Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme f*ormu (The Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders (SCID); Spitzer, Williams, Gibbon ve First, 1989) örnek olarak verilebilir. Bu görüşme aracının amacı, danışana geçerli bir DSM-IV tanısı koymak için gerekli olan yeterli bilgiyi ortaya çıkarmaktır. Bunu yapabilmek için görüşmeci, birçok bozukluk için dâhil edilme kriterlerini temsil eden soruları sormak zorundadır. Görüşmede sorulacak sorular; standart sorular (gerekli ve rutin olarak sorulan), dallandırılmış sorular (örn., "eğer evet demişse...." şeklinde spesifik cevapların nasıl takip edileceğine ilişkin yönergelerin yer aldığı) ve isteğe bağlı sorgulamalar şeklinde organize edilmiştir.

SCID gibi yapılandırılmış görüşmelerin birçoğu spesifik DSM tanı kriterleri ile ilgili soruların sorulması aracılığıyla klinisyenin psikiyatrik tanılara ulaşmasına yardımcı olmak için geliştirilmiştir. Tablo 4.3'de yaygın kullanılan yarı yapılandırılmış ve yapılandırılmış görüşmelerin bazıları listelenmektedir. Bunlardan bazıları SCID gibi, oldukça geniş bir kapsama (genişliğe) sahip olmasına rağmen sınırlı bir derinliğe sahiptir. *Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni için Görüşme Çizelgesi'n*de (Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia) olduğu gibi bazıları sadece bir ya da birkaç bozukluğun değerlendirilmesi üzerine odaklanır ve hedef aldığı kapsam dar ancak derinliği fazladır.

Yapılandırılmış görüşmeler, rehabilitasyon tedavilerinin planlanması ve değerlendirilmesi (Ownsworth, McFarland ve Young, 2000; Rogers, Ustad ve Salekin, 1998), suç işlemiş bir sanığın yargılanmak için gerekli akli yeterliliğe yani cezai ehliyete sahip olup olmadığının değerlendirilmesi (DeClue, 2006) ve danışanın kişilik özelliklerinin beş faktörlü kişilik modeli (Stepp, Trull, Burr, Wolfenstein ve Vieth, 2006) doğrultusunda değerlendirilmesinde olduğu gibi DSM tanılarından başka amaçlar için de geliştirilmeye devam etmektedir. Yapılandırılmış görüşmeler hakkında daha detaylı bilgi almak için Rogers'ın (2001) ilgili yayınına bakabilirsiniz.

Yapılandırılmış Görüşmelerin Avantaj ve Dezavantajları

Yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış görüşmelerin farklı klinik durumlarda kullanılma yaygınlığı, son yıllarda gittikçe artmaktadır (Rogers, 2001; Thienemann, 2004). Bu hızlı yaygınlaşma, yapılandırılmış görüşmelerin açık-uçlu görüşmelerin esnekliğinin büyük kısmını elimine etmesine rağmen gerçekleşmektedir. Yapılandırılmış görüşmeler, üzerinde konuşulacak konuları önceden belirlemekte ve danışanın cevaplarını sınırlamaktadır. Peki, bu özelliklerine rağmen yapılandırılmış görüşmeler neden hala bu kadar popüler?

Bu sorunun cevabı yapılandırılmış görüşmelerin, görüşmeciye incelemeyi amaçladığı değişkenleri sistematik bir şekilde değerlendirme olanağı vermesinde yatmaktadır. Diğer bir deyişle, esnek olmamalarına karşılık bu görüşmelerin değerlendirme hatası yapma olasılıkları daha düşüktür. Bunu daha iyi anlayabilmek için görüşmeyi etkileyebilecek hata kaynaklarının ne olduğunu bilmeniz gerekmektedir. Ward, Beck, Mendelson, Mock ve Erbaugh (1962) tarafından yazılan klasik bir makale, klinik görüşmedeki hata kaynaklarını kategorize etmeye yardımcı olmaktadır.

Hata kaynaklarından biri, aynı hastanın farklı klinisyenler tarafından sorulan aynı sorulara, farklı cevaplar vermesi ya da farklı davranışlar sergilemesi nedeniyle ortaya çıkan *hasta varyansıdır* (patient variance). İkinci bir hata kaynağı ise klinisyenlerin soru sorma tarzlarındaki ya da yaptıkları gözlemlerdeki farklılıklardan kaynaklanan hataya işaret eden *bilgi varyansıdır* (information variance).

Örneğin, eğer iki klinisyen aynı soruyu farklı şekillerde soracak olursa danışandan aynı soruya farklı cevaplar alabilirler. Şimdi şu iki soru üzerinde düşünün: Birinci soru:"Alışveriş merkezleri gibi kalabalık ortamlarda kaygılanır mısınız? " İkinci soru:"Hangi ortamlarda bulunmak sizi en fazla kaygılandırır?". Son olarak, klinisyenlerin aynı grup danışan cevaplarına, farklı değerlendirme standartları kullanması durumunda ortaya çıkan uyuşmazlığı ifade eden ölçüt varyansıdır (criterion variance). Örneğin, farklı klinisyenler, farklı kesme puanları ya da verilen tepkinin ne anlama geldiğini yorumlamada farklı kriterler kullanabilirler (örn., ne tür tepkiler "önemi ölçüde bozulmuş" olarak nitelemek için yeterlidir?).

Tablo 4.4, görüşme sonuçlarının değerlendirilmesinde klinisyenler arasında ortaya çıkan uyuşmazlığın nerelerden kaynaklanabileceğini özetlemektedir. Bu Tablo, Rogers (2001)'ın görüşleri ile tutarlıdır ve Ward, Beck, Mendelson, Mock ve Erbaugh (1962) tarafından yapılmış olan çalışmalara dayandırılarak yapılandırılmış görüşmelerin değerlendirmedeki gereksiz değişkenliği azaltma bakımından önemini göstermek amacıyla oluşturulmuştur. Tablo, klinisyenler arasındaki uyuşmazlığın büyük çoğunluğunun danışanın vermiş olduğu cevaplardan kaynaklanmadığını, klinisyenlerin bilgi toplama ve elde edilen bilgiyi yorumlama tarzlarındaki uyuşmazlıklardan kaynaklanabileceğini göstermektedir. Tabloda yer alan oranların büyük çoğunluğu eski versiyon DSM'ye dayanmasına ve günümüzde geçerliliğini yitirmiş olmasına rağmen yine de özellikle bilgiyi araştırma tarzları ve kullandıkları karar verme kriterlerindeki değerlendiriciler arasında mevcut tutarlılığın önemine işaret etmektedir.

TABLO 4.3

Klinik Psikolojide Sıklıkla Kullanılan Yapılandırılmış Görüşmeler

Görüşmenin Adı	Kaynağı	Amacı
Eksen I Bozuklukları için Görüşmeler		
Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni için Görüşme Çizelgesi (The Schedule for Affective Disorders ve Schizophrenia (SADS)	Endicott ve Spitzer (1978)	20'den fazla ruhsal bozukluk kategorisi için ayrıştırıcı tanı koyma amacıyla geliştirilmiş yarı yapılandırılmış görüşmedir.
Tanısal Görüşme Çizelgesi (Diagnostic Interview Schedule (DIS-IV)	Robins, Cottler, Bucholz ve Compton (1995)	Geniş ölçekli epidemiolojik araştırmalarda kullanılan, birçok modülü bulunan, oldukça geniş kapsamlı bir görüşme formudur. Çince ve İspanyolca versiyonları mevcuttur.

TABLO 4.3 devamı

Klinik Psikolojide Sıklıkla Kullanılan Yapılandırılmış Görüşmeler

Görüşmenin Adı	Kaynağı	Amacı
DSM-IV Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)	Spitzer, Williams, Gibbon ve First (1989)	DSM ayırıcı tanı kriterlerine uyan geniş kapsamlı bir görüşmedir.
Çocuklar için Tanısal Görüşme Çizelgesi-Gözden Geçirilmiş (Diagnostic Interview Schedule for Children, Revised (DISC-R)	Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan, ve Schwab-Stone (2000)	Çocuklar ve ebeveynler için paralel formatları olan, çocukluk çağına özgü ruhsal bozuklukların tanısını koymak için geliştirilmiştir.
Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi (Composite International Diagnostic Interview (CIDI-2)	World Health Organization—Alcohol, Drug, and Mental Health Administration (1997)	Tanısal Görüşme Çizelgesi ile ortak birçok maddeye sahiptir ancak kültürler arası kullanımını geliştirmek amacıyla geliştirilmiştir.
Eksen II Bozuklukları için Görüşmeler		
Uluslararası Kişilik Bozukluğu Değerlendirmesi (International Personality Disorder Examination (IPDE)	Loranger (1996)	DSM-III'te yer alan kişilik bozukluklarının ayırıcı tanısına yöneliktir, DSM-IV için de modülü bulunmaktadır.
Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview)	First, Gibbon, Spitzer, Williams ve Benjamin (1997)	DSM-IV kişilik bozuklukları için Yarı-yapılandırılmış görüşme, SCID ve SCID-II ile birleştirilerek kapsamlı bir değerlendirme görüşmesi olarak tasarlanmıştır.
Özelleştirilmiş Görüşmeler		
Psikopati Kontrol Listesi (Psychopathy Checklist, PCL-R)	Hare (1991)	Antisosyal işlevselliği değerlendirmek için geliştirilmiş yapılandırılmış sorular ve opsiyonel sorgulamaları içiren yarı-yapılandırılmış bir görüşmedir.
Rogers Cezai Sorumluluğu Değerlendirme Ölçeği (Rogers Criminal Responsibility Assessment Scale, RCRAS)	Rogers, Wasyliw ve Cavanaugh (1984)	Yasal spesifik kriterlere karşı cezai sorumluluğu değerlendirmektedir.
Bildirilen Septomlar için Yapılandırılmış Görüşme (Structured Interview of Reported Symptoms, SIRS)	Rogers, Gillis, Dickens ve Bagby (1991)	Klinik popülasyonda hastalık numarası yapmayı değerlendirmek üzere geliştirilmiştir

TABLO 4.3 devamı

Klinik Psikolojide Sıklıkla Kullanılan Yapılandırılmış Görüşmeler

Görüşmenin Adı	Kaynağı	Amacı
Nöropsikiyatride Klinik Değerlendirme Çizelgeleri (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN)	World Health Organization (1994)	Ruhsal bozuklukların epidemiolojisini değerlendirmek üzere yürütülen ulusal ve uluslararası çalışmalarda kullanılmaktadır, ayrıca bireysel tanıları değerlendirmek içinde de kullanılmaktadır.
Cambridge Bilişsel İnceleme (Cambridge Cognitive Examination (CAMDEX)	Roth ve diğ. (1986)	Hafıza kaybı ve dil kaybı gibi bilişsel bozuklukları değerlendirmektedir.

Yapılandırılmış görüşmeler, bilgi ve ölçüt varyanslarını azaltmaya yardımcı olduğu için klinik araştırmaların dayanak noktasını oluşturmaktadır. Bunlara ek olarak, yapılandırılmış görüşmeler, bozuklukların ve diğer davranış örüntülerinin popülasyonda nasıl bir dağılım gösterdiğini ve bu dağılımı hangi faktörlerin etkilediğini inceleyen epidemiolojik çalışmaların da neredeyse ayrılmaz bir parçasıdır (Loranger, 1992; Wittchen, 1994). Gerçekte, klinisyenler tarafından kullanılan yapılandırılmış görüşmelerin birçoğu başlangıçta araştırma yapmak amacıyla geliştirilmiştir (Bu durum yine uygulama ve bilim arasındaki karşılıklı etkileşimi göstermektedir). Bu görüşmelerin içeriği elde edilen araştırma bulgularına dayanarak standardize edilmiş, üzerlerinde çalışılmış ve revize edilmiştir. Bu nedenle, klinisyenler özgül değerlendirme amaçlarına ulaşmak için görüşmenin yeterince kapsamlı olacağına ilişkin bir dizi güvenceye sahiptir.

Klinisyenler arasında yapılandırılmış görüşmelerin kullanımında görülen artış, klinik değerlendirme tarihindeki diğer trendlerle paraleldir. 3. Bölüm'de belirtildiği gibi, örneğin, değerlendirmeden elde edilen verilerin bir araya getirilmesinde formal istatiksel kuralların kullanılması, klinisyenin öznel yargılarına güvenmekten daha etkilidir. Yapılandırılmış görüşmeler, hedeflenen bilginin nasıl toplanacağını standardize ederek veri toplama sürecini daha tutarlı bir hâle getirmek amacıyla düzenlenir. Görgül olarak ispatlanmış karar verme kuralları klinisyenlerin yargılarının yerine geçebilir ya da en azından onların yargılarını geliştirebilir.

TABLO 4.4

Klinisyenler Neden Aynı Fikirde Değiller? Rogers'ın (2001) ve Ward ve diğ. (1962) Yapmış Olduğu Çalışmalarının Temel Bulguları

Oran	Uyuşmazlığın Kaynağı
%32.5	Bilgi varyansı: klinisyenler arasındaki hangi soruların sorulduğuna, hangi gözlemlerin yapıldığına ve elde edilen bilgilerin nasıl organize edildiğine ilişkin farklılaşma.
%62.5	Ölçüt varyansı: Klinisyenler arasındaki klinik olarak neyin anlamlı olduğu (örn., disforik duygu durumu ne zaman depresyon olarak nitelendirilebilir) ve tanı kriterlerinin ne zaman karşılandığına ilişkin uygulanan standartlardaki farklılaşma.
%5.0	Danışan varyansı: Klinik görünümde ve takip eden tanıda önemli farklılıklara neden olan aynı danışan içindeki değişimler.

KAYNAK: Handbook of Diagnostic and Structured Interviewing, R. Rogers, 2001 (New York: Guilford), s. 5.

Yapılandırılmış görüşmeler bu avantajlarının yanı sıra bir dizi dezavantaja da sahiptir. Yapılandırılmış görüşmelere çok fazla güvenen görüşmeciler "protokole bağlı" olma riski ile karşı karşıyadırlar ve görüşme protokolünün araştırmadığı önemli bilgileri gözden kaçırabilirler. Ayrıca, eğer klinisyen danışanla ilk ilişkiyi kurmakta başarısız olursa ve yapılandırılmış bir format kullanmanın ardında yatan gerekçe çok iyi anlatılmazsa yapılandırılmış görüşmelerin rutin doğası görüşmeciyi sürece yabancılaştırabilir. Görüşmeciler yapılandırılmış görüşme içinde ve dışında danışanla arasındaki iyi ilişkiyi güçlendirmek için sahip oldukları etkileşim becerilerini kullanmalıdır. Son olarak, yapılandırılmış görüşmeler, tıpkı diğer görüşmeler gibi, büyük ölçüde cevap veren kişilerin belleğine, samimiyetine ve betimleme becerilerine dayanmaktadır. Bu nedenle danışanın anlattıklarının (ya da bu tepkilerden farklı klinisyenlerin çıkarsamalarının) güvenirliği mükemmel olmasına rağmen eğer danışan kendisine sorulan soruları doğru anlamazsa, doğru cevaplar vermeye istekli değilse ya da ilgili bilgiyi hatırlayamıyorsa yapılandırılmış görüşmelerin geçerliği ve anlamı tehdit edilebilir.

Yapılandırılmış görüşmede yer alan sorular ve elde edilen sonuçların yorumlanmasına ilişkin kurallar yazılı olarak belirtildiği için, bu görüşmeler profesyonel klinisyenler, profesyonel olmayan ancak bu konuda eğitim almış uygulayıcılar, hatta özel olarak programlanmış bilgisayarlar tarafından uygulanabilir (Groth-Marnat, 2003; Peters, Clark ve Carroll, 1998; Pilkonis ve diğ., 1995; Reich, Cottler, McCallum ve Corwin, 1995). Araştırmacılar yapılandırılmış ve yarı-yapılandırılmış görüşmelerin: (a) Formal bir klinik eğitimi olmayan deneyimli görüşmeciler (Brugha, Nienhuis, Bagchi, Smith ve Meltzer, 1999), (b) Telefon (Cacciola, Alterman, Rutheford, McKay ve May, 1999; Lyneham ve Rapee, 2005) ve (c) Öz değerlendirme ölçekleri (Erickson ve Kaplan, 2000) kullanılarak etkili bir şekilde uygulanıp uygulanamayacağını araştırmışlardır. Bazı araştırma-

cılar yeterli eğitim almamış görüşmeciler ya da otomatikleştirilmiş uygulamalara izin vermenin görüşmenin niteliğini tehdit edebileceğine ilişkin endişelerini dile getirmektedir. Henüz bu tekniklerin genel etkinliği konusunda kesin bulgular bulunmamasına rağmen, buna ilişkin bazı destekleyici deliller bulunmaktadır. Lyneham ve Rapee (2005), Çocuklar için Kaygı Bozuklukları Görüşme Çizelgesi-DSM-IV kullanarak telefonda yaptıkları görüşme sonuçlarının yüz yüze yapılan görüşmeler ile aynı parallelikte güvenilir sonuçlar ortaya koyduğunu bulmuştur.

Yapılandırılmış görüşmelerin tanılama gibi iyi tanımlanmış karar verme kriterlerine sahip klinik görevlere en kolay uygulanan değerlendirme araçları olduğununun hatırlanması önemlidir. Ancak, terapi görüşmeleri gibi yüz yüze uygulanan klinik ilişkilerin pek çoğunda yer almazlar. Gerçekte, yapılandırılmamış görüşmeler günlük uygulamalarda klinik psikologlar tarafından en yaygın kullanılan araç olmayı sürdürmektedir (Garb, 2007). Bu nedenle, klinik görüşmeleri daha çok yapılandırma eğilimine rağmen, klinisyenler her türlü görüşme evresini başarabilmek için daha geniş çaplı becerilere ihtiyaç duymaktadır.

Bu Kısmın Özeti: Yönlendirilmemiş ya da açık uçlu görüşmelerde, görüşmenin içeriğine ve akışına klinisyen ve danışan birlikte karar verirler. Bir diğer uçta ise dikkatlice planlanmış soru-cevap formatının bulunduğu yapılandırılmış görüşmeler yer almaktadır. Bu iki uç arasında her ikisinin özelliklerini de içinde barındıran yarıyapılandırılmış görüşmeler yer almaktadır. Yapılandırılmış ve yarıyapılandırılmış görüşmeler, tanı koymak gibi danışan hakkında bir yargıda bulunulması gereken durumlarda oldukça net karar verme kriterlerine sahip olmaları nedeniyle yüksek güvenirlik ve geçerliğe sahiptirler. Yapılandırılmış görüşmelerin dezavantajları görüşme formatından dolayı bazı önemli bilgileri gözden kaçırma olasılığının olması ile ilişkilidir. Ayrıca, eğer klinisyen tarafından uygun bir şekilde ele alınmazlarsa, yüksek düzeyde yapılandırılmış görüşmelerin kullanılması, danışanla güvene dayalı bir ilişkinin kurulmasını engelleyebilir.

GÖRÜŞMENİN EVRELERİ

Bu Kısma Bakış: Bu bölümde, klinik psikologlar tarafından görüşmenin başında, ortasında ve sonunda yaygın olarak kullanılan teknikleri incelemekteyiz. Danışanla güvene dayalı bir ilişki kurma ve devam ettirme, görüşmenin amaçlarını ya da hedeflerini konuşma, iyi bir dinleme becerisi sergileme ve duygusal destek sağlama gibi belirli özellikler danışanlarla yürütülen görüşmelerin çoğunda ortaktır. Yapılandırılmış ya da yapılandırılmamış görüşme formatının kullanılıp kullanılmadığı gibi diğer özellikler görüşmenin amacına bağlıdır. Hem klinisyen hem de danışan görüşme boyunca sergilenen sözel ve sözel olmayan davranışları mutlaka yorumlamalıdır, çünkü klinisyenlerin konuşulanların yanlış yorumlanmasına yol açabilecek birçok faktöre duyarlı olması önemlidir. Yorumlama farklılıklarına hassasiyet, danışan görüşmeciden daha farklı bir kültürel ya da etnik kökenden geldiğinde özellikle önemlidir.

Görüşmeler, genellikle danışanı rahat hissettirmeye ve özgürce konuşmaya hazırlama girişimleri ile başlar. Birinci aşama, önemli bilgileri toplama aşaması ile devam eder. Bu ikinci aşama, durumu özetleyen ifadeler, danışanın soruları ve eğer uygun ise gelecek değerlendirme seanslarına ilişkin planlar ile son bulur. 2. aşama, genellikle en uzun aşamadır ve sıklıkla kendi içinde alt basamaklara ve fazlara bölünebilir. Bütün görüşmeler başlangıç-orta ve son şeklinde organize edilemese de üç-basamak modeli standart klinik görüşmeleri, tartışmamız için kullanışlı bir kılavuz önermektedir. Klinik bir görüşme yapmak için tek bir doğru yol yoktur fakat belli başlı stratejilerin uygulamada faydalı olduğu ispatlanmış durumdadır. Bu nedenle bu stratejiler farklı kuramsal yaklaşımları temsil eden deneyimli klisyenler tarafından benimsenmektedir.

1. Aşama: Görüşmeye Başlama

Görüşme bir anlamda, klinisyenin yönlendirmeyi ele almasıyla birlikte danışanla görüşmesinden önce başlar. Klinisyen bazen sadece danışanın genel yakınmaları hakkında bilgi sahibidir veya danışan danışmaya kendi kendine gelmişse telesekretere bırakılmış bir bilgiye sahiptir. Diğer zamanlar, danışan hakkında bilgi veren doktor, okul, mahkeme ya da diğer ruh sağlığı kayıtları mevcuttur. Bu tür bilgiler klinisyenin özgül görüşmeye ya da değerlendirme araçlarına ihtiyaç duyulup duyulmayacağına karar vermesine yardımcı olabilir (örn., yapılandırılmış görüşme ya da yapılandırılmamış görüşme formatları).

Görüşme Ortamı: Görüşmenin yapıldığı ortamın belirli özellikleri, danışanların çoğu için güvene dayalı bir ilişki inşa etmeye olanak sağlar. Sahip oldukları kültürel kökenin görüşme ortamında bulunan bazı unsurları tehdit edici olarak algılamasına yol açabilecek danışanlar hariç, görüşmeler en rahat olarak özel bir ofiste yapılabilir çünkü insanların çoğu, fiziksel olarak kendilerini rahat hissettiklerinde rahatlamayı daha kolay bulmaktadırlar. Ayrıca, kişiye özel mahremiyet, danışanın görüşmenin gizliliğinden emin olmasını kolaylaştırır.

Görüşmenin yapıldığı ofisin sahip olduğu özelliklerin birçoğu, danışan ile güvene dayalı bir ilişki kurmayı amaçlamaktadır. İki kişi, eşit yükseklikteki iki koltuğa aralarına sadece birkaç metre uzaklık bulunarak oturduklarında, güven verici bir eşitlik oluşturulmuş olur. Görüşmeci, danışanın daha küçük ve alçakta oturduğu yerden altı metre uzakta bulunan büyük bir masanın arkasına yerleştirilmiş yüksek sırtlı, heybetli bir koltuğa otururşa, danışanla kurulan ilişki zedelenebilir. Diğer çalışmalardan arındırılmış bir masa, görüşme sırasında telefon gelmemesi için gerekli önlemlerin alınması ve görüşmeyi bölebilecek diğer unsurların engellenmesi ile birlikte klinisyenin bütün içtenliği ile danışanın ne söyleyeceğiyle ilgilendiğini gösterebilir. Aile üyelerinin ve favori tatil beldelerinin fotoğrafları gibi şahsi eşyalar görüşme ortamına kişisel bir sıcaklık katabilir ancak, görüşmeciler kendi görüşleri hakkında kesin bilgiler veren dekoratif düzen-

lemelerden kaçınmalıdır (Michael Moore'un gerçek boyutlarındaki posteri ya da büyük bir NRA posteri [National Rifle Association – NRA ABD'de Cumhuriyetçi kanadı temsil emektedir bu nedenle asılması politik görüşü ifade etmektedir]). Görüşmecinin değil danışanın kendisini ifade etmesine öncelik verilmelidir. Danışanla güvene dayalı bir ilişki kurmada kullanılabilecek tekniklerinin listesi neredeyse sonsuza kadar uzatılabilir. Klinisyen, görüşmenin başlangıçtan itibaren danışanı görüşmeyle ilgili her tür konu hakkında özgürce ve dürüstçe konuşmaya cesaretlendirecek rahat ve sıcak bir ortam yaratmaya çalışmalıdır.

Açılış: Klinisyenin görüşmenin ilk dakikalarını dikkatli bir şekilde ele alması önemlidir çünkü danışan kişisel sorunlarını anlatmaya henüz hazır olmayabilir. Bunun yerine neyi söyleyip neyi söylemeyeceğini dikkatlice kontrol ettiği bir bekle ve gör yaklaşımını tercih edebilir. Eğer bu mesafeli tutum görüşme boyunca da devam ederse, klinisyenin çok değerli değerlendirme bilgilerini elde etmesi mümkün değildir.

Bu nedenle, klinisyenlerin büyük çoğunluğu görüşmenin ilk evresi boyunca danışanla güvene dayalı bir ilişki kurmayı temel görevleri olarak görmektedirler. İlişki birçok farklı yolla kurulabilir ve bu yolların çoğu sağduyu ve nezaket içerir. Danışanın kaygısı ve belirsizliği, görüşmede açıklığa kavuşturularak azaltılabilir. Danışanla ilk karşılaşmada selamlaşmanın üzerine sıcak bir gülümseme, dostça bir merhaba, kendini takdim etme (örn., "Ben Doktor Jenkins") ve el sıkışma görüşmeye başlamak için mükemmel bir başlangıçtır. Hava durumu ya da ofisin yerini bulmak ile ilgili zorluk hakkında kısa bir konuşma danışanın görüşmeye geçişini kolaylaştırabilir. İşini iyi yapan usta görüşmeciler cana yakın ve sıcak görünerek danışanı rahatlatabilirler. Ancak bu formal olmayan ilişki kurma tarzı, çok uzun sürmemelidir çünkü görüşme ayırt edici niteliğini kaybedebilir ya da danışan görüşmecinin görüşmeye geçişi hızlandıracak konulardan kaçınmaya çalıştığından şüphelenebilir. Danışanın zamanı ve olası problemleri hakkında konuşmak önemlidir, bu nedenle görüşmeci ilk bir kaç dakika içinde asıl meseleyi konuşmaya başlamalıdır. Nitelikli klinisyenler ilk görüşmenin birinci aşaması süresince danışanla dikkate değer bir ilişki kurabilir. Ancak onlar için bile süreç bazen ikinci ve üçüncü aşamalar boyunca devam edebilir ve hatta sonraki seanslara kadar uzanabilir.

Görüşmenin Çerçevesinin Belirlenmesi ve Geçiş: Görüşmeyi başlatmaya eşlik eden tipik görevlerden bir diğeri, görüşmenin çerçevesinin belirlenmesidir. Çerçeve; bir görüşmeyi, konsültasyonu ya da terapi seansını çevreleyen norm ve beklentileri ifade etmektedir (Walter, Bundy ve Dornan, 2005). Klinisyen çerçeveyi oluşturduğunda danışanla arasındaki karşılıklı etkileşimin temel kurallarını açıklar. Örneğin tanışmanın ve sosyal olarak alışık olunan konularla ilgili kısa bir konuşmanın ardından klinisyen aşağıda belirtildiği gibi bir şeyler söyleyebilir (Parantez içinde yer alan boşluklar danışanın özgül semptomları ya da yakınmalarını ya da vakaya özgü detaylar ile doldurulmalıdır):

> Bugün birlikte çalışmak için bir buçuk saatimiz olacak. Bu süre boyunca, (sahip olduğunuz problemler), onların daha iyi nasıl ele alınabileceği, bu problemlerin ne zaman başladığı ve sizi şu an nasıl etkiledikleri hakkında konuşabileceğimizi düşünüyorum. Bu aşamada benim görevim büyük oranda sizi dinlemek ve [sizin durumunuzu] anlamaya çalışmaktır. İlerleyen süreçte bazı sorular sorabilir ve sonra çalışmak için birtakım notlar alabilirim. Bu bilgi [sizin semptomlarınızı] anlamamıza ve onlara yönelik bir eylem planı geliştirmemize yardım etmelidir. Aramızda geçen konuşmalar, gizli kalacaktır yani bu odada ne konuşulmuş ise bu odada kalacaktır. Bu gizlilik ilkesinin ihlâl edileceği durumlar [görüşmeci burada danışanın kendisine ya da başkalarına zarar verme olasılığı olduğu durumlarda olduğu gibi hangi koşullar altında danışandan alınan bilginin üçüncü kişilere, sevk eden kuruma ya da kuruluşlara aktarılabileceğini açıklayarak gizlilik ilkesinin sınırlarını açıklayabilir]. Lütfen istediğiniz soruyu sormaktan çekinmeyin; onları cevaplamak için elimden geleni yapacağım. Eğer bugün ele almayı umut ettiğimiz her şeyi tamamlayamazsak – ki bu bazen olabilir – gelecek görüşmemizde bunlara devam edebiliriz.

Görüşmenin çerçevesinin belirlenmesi, görüşmenin ne kadar süreceğini netleştirir, görüşmede nelerin ele alınacağına ilişkin beklentilerin ve katılımcıların üstlenecekleri temel rollerin neler olduğunu ifade eder ve kısaca bir yapı fikri sunar. Ayrıca gizlilik için güvence temin ederken bir yandan da gizliliğin sınırlarının ne olacağına ve görüşmecinin sorumluluğuna ilişkin bilgi aktarır. Yukarıda yer alan örnek konuşmada, görüşmecinin problemin ne olduğunu anlamak için görüşmeciyi müttefik olarak gördüğünü belirtmeye yönelik "biz" ifadesini kullandığına dikkat ediniz. Görüşmenin çerçevesinin sunulması danışanın problemlerinin ciddi bir şekilde tartışılmaya başlanmasından sonra ya da önce gerçekleştirilebilir fakat mümkün olduğu kadar görüşmenin erken evrelerinde yapılmalıdır. Görüşmenin çerçevesinin bütün boyutlarının bir kerede sunulması gerekmemektedir. Bazı konular görüşmede daha sonra ya da terapide sıklıkla yapıldığı gibi çerçeve ile ilgili konular yeniden ortaya çıktığında tam olarak etraflıca ele alınabilir (örneğin; özellikle sınır kişilik bozukluğu gibi özgül tanılara sahip danışanlarda olduğu gibi).

Birçok vakada, görüşmeci, görüşmenin ikinci aşamasına yönlendirici olmayan, açık uçlu bir soru ile geçer. "Sizi bugün buraya ne getirdi?" ya da "Telefonda anlattığınız sorunlarınız hakkında bir şeyler söylemek ister misiniz?" gibi sorular buna örnek olarak verilebilir. Bu yaklaşımın en önemli avantajı, danışana kendi istediği şekilde başlama olanağı vermesidir. Konuşmaya açık uçlu bu davet, danışanın kendisini zorlanmış hissetmeden acı ya da utanç verici konulara daha kolay girmesine ve klinisyenin onu dinlemeye hazır olduğunu bilmesine olanak verir. Danışanlar sıklıkla kendileri için çok büyük bir sorun teşkil etmeyen "giriş bileti" niteliğinde bir sorun ile konuşmaya başlar. Görüşmeye gelmesinin altında yatan gerçek neden, taktik niteliğindeki bir dizi konuşmayla birlikte "nabız yoklama" girişiminin ardından ortaya çıkar.

2. Aşama: Görüşmenin Ortası

Görüşmenin orta kısmına geçiş mümkün olduğu kadar pürüzsüz bir şekilde gerçekleştirilmelidir. Geçiş ve çerçevenin belirlenmesinde terapist, danışanın ne konuşacağını terapistin mi yoksa danışanın kendisinin mi yönlendireceğinin işaretlerini vermektedir. Görüşme ilerledikçe bu sinyaller, devam edecektir. Bir uçta, açık uçlu ya da yönlendirici olmayan teknikler, bir diğer uçta ise kapalı uçlu ya da yönlendirici teknikler yer almaktadır. Daha önce yapmış olduğumuz tartışmadan da anlaşılacağı gibi yönlendirici olan teknikler yaygın olarak yapılandırılmış görüşmelerde kullanılır. Bundan dolayı, aşağıdaki bilgiler büyük oranda yapılandırılmış araçlar kullanmayan klinik görüşmelere atıfta bulunmaktadır. Burada, görüşmecinin konuşmayı kimin yönlendireceğine ilişkin sinyaller verirken kullanabileceği bazı yollar bulunmaktadır:

Yönlendirici Olmayan Teknikler: Açık uçlu sorular klinisyenin; danışanın ne söyleyeceği üzerinde mümkün olduğu kadar az etki uygulayarak onu daha fazla konuşmaya teşvik etmek istediği durumlarda kullanılır. "Bunu bana biraz daha anlatabilir misiniz?" "Bunun hakkında ne hissettiniz?" gibi klasik ifadeler yönlendirici olmayan stratejileri örnekleyebilir. Bu stratejiler, danışanın kendisini tam olarak ifade etmesine yardım etmek ve klinisyenin anlayış ve kabul ile danışanla kurmuş olduğu güvenli ilişkiyi daha da güçlendirmek için tasarlanmış olan taktiklerle desteklenmektedir. Bu taktiklerin en geneli "aktif dinleme" olarak adlandırılmaktadır. Aktif dinleme danışanın söylediklerini anladığınızı ifade eden ve daha ayrıntılı konuşması için onu cesaretlendirecek tepkilerde bulunmayı içermektedir. Aktif dinleme daha önce yönlendirilmemiş bir görüşmeden kesit sunduğumuz örnek içindeki klinisyenin "hmmm, hımm" şeklindeki ifadesinde sergilenmiştir. Aktif dinlemenin diğer işaretleri "Anlıyorum", "Seninleyim", "Doğru" gibi sözel ya da sadece başını sallamak gibi sözel olmayan davranışlar olabilir.

Yönlendirici olmayan bir diğer strateji, danışanın söylediklerini *başka sözcüklerle anlatmaktır (paraphrasing)*. Başka sözcüklerle anlatmada klinisyenler (a) danışanın söylediklerini yakından takip ettiklerini göstermek ve (b) eğer herhangi bir yanlış anlaşılma varsa danışana bunu düzeltme şansı vermek için onun söylediklerinin özünü yeniden tekrar ederler. Carl Rogers bu stratejiyi *yansıtma* olarak adlandırmaktadır ve önemli olan şeyin sadece aktarılan içeriği tekrar etmenin olmadığını aynı zamanda danışanın duygularının da vurgulanması gerektiğini önemle belirtmektedir. Şimdi aşağıdaki örnekleri ele alalım:

Örnek A

DANIŞAN: Tek kelime ile ifade etmem gerekirse, bazen eşimi öldürebileceğimi düşünüyorum.

KLİNİSYEN: Sadece ondan tam anlamıyla kurtulmak istiyorsunuz.

Örnek B

DANIŞAN: Tek kelime ile ifade etmem gerekirse, bazen eşimi öldürebileceğimi düşünüyorum.

KLİNİSYEN: Bazen sizi gerçekten çok sinirlendiriyor.

Yukandaki her iki örnek de yansıtma tepkileridir fakat Örnek A'da klinisyen sadece danışanın söylediklerini yeniden ifade etmektedir ve örnek B'de ise danışanın hissettiklerini de yansıtmaktadır. Danışanların çoğu, klinisyenin söylediklerini başka sözcüklerle kendilerine yeniden aktarmasının ardından, daha önce konuştukları ile aynı paralellikte ancak daha fazla detay vererek konuşmalarına devam etmektedirler. Başka sözcüklerle ifade etme, sıklıkla doğrudan soru sormaya tercih edilmektedir çünkü soru sormak aşağıdaki diyalogda da gösterildiği gibi konuşmayı değiştirme ya da kısıtlama olasılığı taşımaktadır.

DANIŞAN: Öyle bir noktaya geliyor ki hayat bazen yaşamaya değer gelmiyor.

KLİNİSYEN: Ne sıklıkla bu şekilde hissediyorsunuz?

DANIŞAN: Mmm, ara sıra.

Bu tür bir sorunun sorulabileceği yerler vardır. Ancak, klinisyen problemin özgül ayrıntılarını saptamaya başlayacak kadar problemin genel kapsamı hakkında bilgi sahibi değilse bu tür sorular sorarak danışanı bölmek, değerlendirilen resmi kısıtlayabilir, hatta çarpıtabilir. Yönlendirilmemiş bir görüşmenin başında, doğrudan sorgulamaya maruz kalan danışanlar içinden geldiği gibi spontan bir şekilde yaşadıklarını anlatmak yerine bir sonraki soruya kadar susup beklemeleri gerektiği sonucuna varabilir. Danışanların birçoğu için bu deneyim sinir bozucu olabilir ve kurulan terapötik ilişkiye zarar verebilir. Bu tür davranışlar yaygın bir doktor-danışan görüşme şeması olan, doktor (psikolog) sorular sorar ve danışan (görüşen) bu sorulara cevap vererek bir sonraki soruya kadar pasif bir şekilde bekler şemasını harekete geçirebilir. Bu format yapılandırılmış görüşmeler gibi bazı durumlar için uygun olsa bile, danışanı konuşturmada ve kendi problemlerini çözmekte aktif birer katılımcı olmaya teşvik etmekte etkili değildir.

Başka sözcüklerle yeniden aktarma, danışanın söyledikleri hakkında klinisyenin kafasının karıştığı durumlarda da faydalı olabilir. Aşağıdaki örneği ele alalım:

DANIŞAN: Eşime, onunla daha fazla birlikte yaşamak istemediğimi söyledim.

Bunun üzerine "iyi, güzel" dedi ve ayrıldı. Geriye döndüğümde, aşağılık herifin (orospu çocuğunun) bütün mobilyalarımızı alıp gittiğini fark ettim!

Birçok klinisyen burada anlatılan olayların yaşanış sırasını anlamada zorlanabilir. Eğer klinisyen "Ne?" diyecek olursa danışan şaşırabilir ya da klinisyenin anlama zorluğu olduğunu düşünebilir. Bunun yerine, danışanın söylediklerini başka sözcüklerle yeniden ona aktararma ve daha fazla netlik kazandırmasını istemenin bir kombinasyonu, amaca daha fazla hizmet edebilir:

KLİNİSYEN: Tamam, gerçekten doğru anlayıp anlamadığımı görmek istiyorum. Eşinize daha fazla onunla birlikte yaşamak istemediğinizi söylediniz ve o da sizden ayrıldı. Daha sonra, eve geri döndüğünüzde, onun bütün mobilyaları çoktan almış olduğunu farkettiniz. Doğru mu?

İdeal olarak, danışan ya bu yorumu onaylayacak ya da eksik parçaları tamamlayacaktır. Eğer bunu yapmazsa, klinisyen daha doğrudan soru sormayı isteyebilir.

Yönlendirici Teknikler. Görüşmecilerin çoğu, yönlendirici olmayan taktikleri, formu, ifade ediliş tarzı, içeriği dikkatli bir planlamanın ürünü olan (sıklıkla hemen orada yapılsa da) yapılandırılmış sorular ile desteklemektedir. Aşağıdaki örnek soruları ele alalım:

A. Eşiniz şehir dışında olduğunda kendinizi daha iyi mi yoksa daha kötü mü hissediyorsunuz?

B. Eşiniz şehir dışında olduğunda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Örnek A, net ancak muhtemelen içinde bulunulan durum ile ilgili olmayan iki seçenekli bir durumu önermektedir. Bu "İş yerine yürümek mi istersin yoksa öğle yemeğini taşımak mı?" sorusunun bir başka versiyonudur ve bu sorunun muhtemel en geçerli cevabı "Her ikisi de değil" olabilir. Bazı danışanlar görüşmede seçenekleri yok sayacak kadar girişken değildir. Bu nedenle ya tatmin edici olmayan bir cevapta ya da diğerinde karar kılarlar. Ortada danışana alternatif sadece birkaç cevap seçeneği sunmak için özel bir neden olmaksızın, donanımlı görüşmeciler genellikle örnek B'de örneklendiği formda doğrudan sorular sorarlar. Bu sorular onlara özgül bilgiler elde etme olanağı sunarken danışana da kendi sözcüklerini seçme özgürlüğü tanır.

Aynı anlayışla, deneyimli klinisyenler, kendi cevaplarını empoze ettikleri sorular sormaktan da kaçınırlar. Şu sorgulamanın içerdiği olası sonuçları ele alalım: "Bu problem uzun zamandır sizi rahatsız ediyor değil mi?"şeklindeki bir soru görüşmecinin ne duymak istediğini içinde barındırmaktadır ve bazı danışanlar yanlı cevap vermeye kendilerini zorunlu hissedeceklerdir. Bu durumda "Ne kadar süredir bu probleme sahipsiniz?" sorusu daha iyi bir alternatiftir.

Görüşme Taktiklerini Birleştirmek. Görüşmelerin esnek olması nedeniyle klinisyenler, açıkladığımız görüşme taktiklerini bir arada kullanma olanağına sahiptir. Açık uçlu sorular, aktarılanı başka sözcükler ile yeniden ifade etme (yansıtma), teşvikler ve diğer aktif dinleme tekniklerini kullanarak danışmanın konuşmasını kolaylaştırabilirler. Daha sonra daha yönlendirici sorular sorarak özel öneme sahip olan konu üzerine yoğunlaşabilirler. Fakat görüşme boyunca sadece yönlendirici sorular kullanılamaz, bu sorular daha az yönlendirici olan taktikler ile harmanlanmalıdır. Bu karışımın bir örneği, tekrarlı tarama ve odaklanma kavramıdır; yani klinisyen bir konuyu önce yönlendirici olmayan bir şekilde tarar daha sonra daha doğrudan yönergeler kullanarak onun üzerine odaklanır:

KLİNİSYEN: Ailenizin doğuya geri döndüğünden söz etmiştiniz. Bana biraz onlardan bahsedebilir misiniz?

DANIŞAN: Anlatacak çok fazla şey yok. Babam, annem ve ikizler oradalar. Oraya geri döndükleri için mutlu görünüyorlar. Bu nedenle sanırım sonsuza kadar orada kalacaklar.

KLINISYEN: Onlar hakkında başka ne söyleyebilirsiniz?

DANIŞAN: Babam emekli bir lise müdürüdür. Annem sadece bir ev hanımı idi fakat bizim çocuklar büyüdüğü için yarı zamanlı bir işte çalışıyor.

KLINISYEN: Evde yaşıyorken onlarla nasıl geçinirdiniz?

DANIŞAN: Gerçekten iyiydi. Her zaman onların harika insanlar olduğunu düşünmüşümdür. Bu nedenle benimle çok az sorun yaşamışlardır. Tabi ki çok sık olmasa da şimdi ya da daha sonra sorun yaşayabiliriz.

KLINISYEN: Ne tür problemler yaşadınız?

Görüşmeci danışanın her iki ebeveyn ile olan ilişkisine yönelik farklı konuları araştırmaya devam edebilir, daha sonra başka bir konuya geçebilir, tekrar tarama prosedürlerini başlatabilir ve sonra daha doğrudan sorulara geçebilir. Klinisyenler izlenimlerini periyodik olarak özetleyerek birçok şey başarabilir. Aşağıdaki örneği ele alalım:

KLİNİSYEN: Daha önce sorduğumu biliyorum ancak bunalımda olmadığınız ve sinirlerinizin çok gergin olmadığı normal zamanlar var mı?

DANIŞAN: İşlerin yolunda gittiği, benim tahrik edilmiş hissetmediğim ya da kendimi yumruklamak zorunda kalmadığım zamanlar olup olmadığını mı kastediyorsunuz?

KLİNİSYEN: Doğru, işlerin yerli yerine oturduğu ve kendi kendine yolunda gittiği zamanlar.

DANIŞAN: Evet, geçen yıl, oldukça iyi bir sömestr geçirdim.

KLİNİSYEN: Aylarca iyi hissettiğiniz olur mu?

DANIŞAN: Genellikle o kadar uzun sürmez, sadece birkaç ay ve sonra yeniden bunalımda hissetmeye başlıyorum.

KLİNİSYEN: Özetlememe izin verin. Anlattıklarınız bana yükseklere çıkıp sonra birden bire aşağıya doğru inen lunaparktaki hız trenlerini anımsattı. Aşağılara inmek yukarı çıkmaktan daha sıkıntılı. Fakat aşağıya inişler nadiren birkaç günden daha uzun sürüyor ve normal hissettiğiniz uzun zaman dilimleri ya da periyotlar varmış gibi görünmüyor.

DANIŞAN: İşte bu. Hissettiklerim tam olarak bunlar. (Othmer ve Othmer, 2002, syf. 61)

Güvene Dayalı İyi İlişkiyi Devam Ettirmek. Görüşmenin başlanıç ve orta aşamalarında danışan ile ilgili bilgiyi ortaya çıkarma ve ayrıca güvene dayalı iyi bir ilişki kurmada kullanılabilecek farklı teknikleri tartıştık. Tablo 4.5'de gördüğünüz gibi bu tekniklerin birçoğu klinisyenlerin görüşmedeki rollerini nasıl algıladıkları ile ilgilidir ve bu da klinisyenin görüşmede sergilediği davranışları etkilemektedir.

3. Aşama: Görüşmeyi Sonlandırmak

Görüşmenin en son aşaması, değerli değerlendirme verisi elde etmeyi ve danışanla kurulan güvene dayalı iyi ilişkiyi daha da güçlendirmeyi sağlayabilir. Görüşmeci 3. aşamayı aşağıdakine benzer bir ifade ile başlatabilir:

"Birlikte oldukça değerli bilgileri ele aldık ve bunları benimle paylaştığınız için size çok teşekkür ederim. Bugün görüşme için ayrılan zamanı doldurmak üzereyiz. Şimdi bugün konuştuğumuz şeylerin üzerinden bir kere daha geçebiliriz ve size bana sormak istediklerinizi sorma şansı verebiliriz."

TABLO 4.5

Güvene Dayalı İyi Bir İlişki Kurmak ve Bunu Devam Ettirmek İçin Stratejiler

Kendini ve danışanı rahatlat	Rahat bir ortam oluşturun, kendinizde ve danışandaki zorlanma işaretlerini fark edin ve bunlara tepki verin, gerginlik kaynakları ile empati, dürüstlük ve sabır ile yüzleşin.
Acıyı bul – Şefkat göster	Ciddiyeti azaltın, danışanı neyin rahatsız ettiğini bulun ve empati sergileyen yansıtıcı ifadeler ile tepkide bulunun.

TABLO 4.5 devamı

Güvene Dayalı İyi Bir İlişki Kurmak ve Bunu Devam Ettirmek İçin Stratejiler

İçgörüyü değerlendir—Bir müttefik ol	Danışana sorunların geçmişini ve anlamını sorun; örnekler arayın; danışanın sağlıklı parçasıyla müttefik olun (örn., semptomlarını gerçekçi olarak gözlemleyebilen parçası), terapötik amaçları belirleyin.
Uzmanlık göster	Danışanın problemine ya da hastalığınının bilgisine sahip olduğunuzu gösterin, şüphelerini ele alın ve mantıklı bir umut aşılayın.
Liderlik sergile	Çerçeveyi yapılandırın ve devam ettirin: klinik temasın temel kurallarını ve koşullarını açıklayın; ancak bunları otoriter bir liderlik ile yapıyor olmaktan uzak durun.
Görüşmeci rollerini dengele	Kısmen empatik bir dinleyici, kısmen uzman ve kısmen de otorite olun; birinciyi oldukça bol bir şekilde sergilerken diğer ikisini daha az ve akıllıca uygulayın.
Danışan rollerini dengele	Danışana normal ve saygıyı hak eden bir insan, bunun yanında bir hastalık ya da bozukluk yaşayan biri olarak saygı duyun (ve danışanın kendisine saygı duymasına yardımcı olun); danışana mağdur (danışanın çekirdek kimliğinin bozukluğu etrafında şekillenen biri) ya da VIP (örneğin problemlerinden dolayı gece 3'te arama hakkını kendinde gören ayrıcalıklı tedaviyi hakkettiğini düşünen danışanlar) muamelesi yapmaktan kaçının.

KAYNAK: The Clinical Interview Using DSM-IV-TR (Vol. 1)'den alınmıştır. E. Othmer ve S. C. Othmer, 2003 (Washington, DC: Amerikan Psikiyatri Yayınları).

Klinisyen burada birçok şey başarmış olur. İlk olarak, görüşmenin sonuna doğru yaklaşıldığının sinyali verilir (çerçevenin belirlenmesi). İkincisi, danışan işbirliği için takdir edilir ve klinisyen görüşmenin danışan için ne kadar stresli olduğunu anladığını bir kez daha belirtebilir (duygusal destek). Üçüncüsü, son dakikada ele alınacaklar için önerilen plan danışanı sorular sormaya ya da sözcüklere dökülmemiş ancak önemli olabilecek yorumlar yapmaya davet edebilir.

Bazen, görüşmenin son aşaması, klinik açıdan önemli olan davranışı ya da bilgiyi ortaya çıkarır. Örneğin, danışmanın şunları söylediğini varsayalım: "Aman Tanrım, saate bak, avukatımın ofisine yetişmek için acele etmeliyim, aksi takdirde pazartesiye kadar oğlumun velayetini alıp almadığımı öğrenemeyeceğim". Bazı danışanlar, bu tür bir bilgi vermek için görüşmenin sonuna kadar bekleyebilir çünkü klinisyenin bunu bilmesini istemesine rağmen bu tür bir bilgiyi tartışmaya henüz hazır değildir. Diğerleri, bu tür bir bilgiyi ağızlarından kaçırır çünkü görüşmenin bittiğini hissederek bilgiyi saklamaya çalıştıkları savunma mekanizmalarını bırakır. Bazıları ise sadece görüşmesinin bitmesini istemez. Bu nedenlerden ötürü, klinisyenler en az görüşmenin ilk aşamaları kadar görüşmenin son aşamasına da büyük önem atfederler. Fakat sınırları korumak klinisyenin sorum-

luğunda olduğu için – bu durumda zaman kısıtlılığı – aşağıdaki gibi bir açıklama yapılabilir:

> "Sonucun ne olduğunu öğrenmek için beklerken diken üstünde olmalısınız (endişeli olmalısınız). Oğlunuzun velayeti çok önemli görünüyor. Bugün bunun hakkında konuşmadık fakat gelecek sefer bunu yapabiliriz ya da eğer isterseniz başka bir randevu planlayabiliriz. Umarım her şey sizin için en iyi şekilde sonuçlanır."

Bu tür bir ifade aracılığı ile terapist empati sergileyebilir, cezalandırıcı olmayan bir şekilde danışanın tartışmadan atladığı bu bilgiye işaret eder ve bunu daha sonra ayrıntılı bir şekilde konuşmak istediğini belirtir.

Görüşmede İletişim

Görüşmede iletişimin en temel amacı – tıpkı diğer bütün insan iletişimlerinde olduğu gibi – karşı tarafın iletmiş olduğu mesajı doğru bir şekilde kodlamak, aktarmak ve çözümlemektir. Konuşmacı aktarmak istediği şeyleri, sözcükler ve beden dilinden oluşan aktarılabilir mesajlar şeklinde kodlamalıdır. Dinleyici, konuşmacının aktardığı mesajları almalı, kişisel ve kültürel referans çerçevesi içinde bunları çözümlemeli, diğer bir deyişle yorumlamalıdır. Bu süreçte birçok noktada hem sözel hem de sözel olmayan iletişimde bazı hatalar, anlam kaymaları olabilir. Örneğin, başparmağı yukarı kaldırmak, Amerika'da insanları onaylamak anlamına gelirken Avustralya'da "Defol git!" anlamına gelmektedir.

Klinisyenler, görüşmede sorun yaratabilecek bunun gibi çok belirgin olmayan iletişim problemlerinden danışana gönderdikleri ve ondan aldıkları mesajların anlaşılabilirliğini artırarak kaçınmaya çalışmaktadır. Aşağıda yer alan zayıf iletişim örneği üzerinde düşünelim ve daha sonra bu tür iletişim kazalarını azaltmak için kullanılabilecek bazı yöntemleri inceleyelim. Hipotetik olarak sergilenen bu iletişimde konuşmacının düşünceleri parantez içinde verilmiştir:

KLİNİSYEN: (Ergen iken sosyal hayatının nasıl olduğunu merak ediyorum) Bana biraz lise arkadaşlarınızdan bahsedebilir misiniz?

DANIŞAN: (Düzinelerce sosyal arkadaşım vardı ancak içlerinde sadece birisi benim gerçekten yakın arkadaşımdı) Mike adında sadece bir arkadaşım vardı.

KLİNİSYEN: (Oldukça yalnız biriymiş) Bununla ilgili olarak ne hissediyorsunuz?

DANIŞAN: (İyiydi. Harika zaman geçirdim, birçok partiye gittim, birçok sevgilim vardı. Fakat, oldukça kişisel şeyleri konuşmak için daima Mike'a güvenebileceğimi biliyordum). Çok hoşuma gitti. Ben ve Mike gerçekten iyi anlaşırdık.

KLİNİSYEN: (Sadece sosyal olarak izole biri değil aynı zamanda bundan da hoşlanıyor. Bununla ilgili olarak kendine dürüst olup olmadığını merak ediyorum) Hiç daha fazla arkadaşınız olmasını istediniz mi?

DANIŞAN: (İnanamıyorum, sanki yakın tek bir arkadaşın olması suçmuş gibi konuşuyor. Sanırım bunun hakkında yeterince konuştuk) Hayır.

Yukarıdaki örnekte, klinisyen gündelik ve yakın arkadaşlıkları ifade etmek için *arkadaş* terimini kullanmıştır. Ancak bu sözcük danışan için farklı bir anlama geldiği için, yanlış anlamalara yol açmıştır. Görüşmeci ve danışan iletişim problemlerini düzeltmeden önce konuşma oldukça uzun bir süre bir sonuca ulaşmadan bu şekilde devam edebilirdi.

Danışan ve görüşmecinin teknik olarak aynı dili konuştuğunu, bu nedenle birbirlerini anladığını varsaymamıza rağmen, görüşmeci iletişimi zedeleyebilecek eğitimsel, sosyal, etnik, kültürel, ekonomik ve dinsel faktörlerin farkında olmalıdır (Gureje, 2004; Karasz, 2005; Yutrzenka, 1995). Örneğin, kültürel bir gruptan gelen annenin yakınmaları (*örn., oğlum genellikle* çok kötü) başka bir kültürden gelen görüşmeci tarafından kolaylıkla yanlış anlaşılabilir. Klinisyen danışanın kökenini ve iletişimde kullandığı referans çerçevesini dikkate almazsa ve belirsiz noktaların netleştirilmesini talep etmezse (örn., haftada kaç kere bu şekilde davranır?) görüşmede bu tür iletişim kazalarının olması kaçınılmaz olacaktır.

Danışanların kafası da klinisyenler kadar karışmış olabilir. Fakat, aptalca görünmek istemiyorlarsa ya da birinin otoritesini sorgulamakta istekli değillerse kafa karışıklıklarını açığa vurmayabilirler. Korsch ve Negrete (1972) tarafından klinik ortamda yürütülen bir çalışmada bu durumu destekleyen bulgular elde edilmiştir. Onların yapmış oldukları çalışmanın bulguları, doktorlar pediyatri kliniğinde bulunan hastaların anneleri ile iletişim kurarken tıbbi terimler kullandıkları için zorluklar yaşandığını, bu iletişimin kafa karışıklığı ve memnuniyetsizlikle sonuçlandığını göstermiştir. Örneğin, omurilikten su almanın (lumbar puncture) bazen çocukların ciğerlerini boşaltma operasyonu sanıldığı; kuluçka (inkübasyon) süresinin ise bir anne tarafından çocuğun yatakta geçirmek zorunda kaldığı süre olarak yorumlandığı belirtilmiştir.

Klinik görüşmelerde bu tür problemlerden belirli unsurlara dikkat edilerek uzak durulabilir. Donanımlı görüşmeciler teknik terimlerden (jargon) uzak dururlar, kolay anlaşılır bir şekilde sorular sorarlar (örn., "Mastürbasyon yaparken neler yaşıyordunuz?" şeklinde sorarken, "Kendinize hiç dokunur musunuz?" şeklinde soru sormazlar) ve danışanlarından geribildirim isterler ("Bütün bunlar size anlamlı geliyor mu?" veya "Sizi doğru anladım mı?"). Aynı zamanda sözel davranışlarının sabır, ilgi ve kabul içerdiğinden emin olurlar. Sabırsızlık sergilemek ya da yargılayıcı olmak genellikle kabuledilebilir davranışlar arasında değildir.

Sözsüz iletişim

Tıpkı diğer insan iletişimlerinde olduğu gibi, danışanın ve klinisyenin sözel davranışlarına sürekli olarak sözsüz davranışları eşlik etmektedir. Gerçekte, sözel olmayan iletişim kanalları, sözel kanallar kapandığında bile açık olmaya devam eder. Bir görüşme ikilisinin her iki üyesinin de sözel olmayan mesajlar alması ve göndermesi nedeniyle, klinisyenler sadece gelen sinyallere değil aynı zamanda kendilerinin aktarmış oldukları sinyallere karşı da duyarlı olmalıdır. Tablo 4.6 klinisyenlerin görüşmelerde büyük ilgi gösterme eğiliminde olduğu danışanların kullandığı sözel olmayan iletişim çeşitlerini sergilemektedir.

Klinisyenler danışanın sözsüz davranışlarını not etmenin yanı sıra, sözel ve sözel olmayan kanallar arasındaki tutarsızlığa da dikkat etmelidir. "Bugün oldukça iyi hissediyorum" ifadesi danışan ağlamak üzere söyleniyorsa farklı, yüzünde kocaman bir gülümseme varken söyleniyorsa daha farklı algılanacaktır.

Ayrıca, bütün görüşmeciler mesajlarını net bir şekilde karşı tarafa iletmek için kendi sözel ve sözel olmayan davranışlarını koordine etmeye çalışmaktadır. Danışan, oldukça hasas bir konu hakkında konuşurken kendisine verilen "acele etmeyin" mesajını klinisyen tarafından yavaşça ve sessizce söylenmişse, saate bakarak söylemesinden daha gerçekçi ve içten algılayacaktır. Aynı şekilde, içten bir göz teması, başı sallamak, ara sıra gülümsemek ve özenli bir duruş, danışana görüşmecinin kendisini dikkatli bir şekilde dinlediğini anlama olanağı verecektir. Ancak bunları aşırı yapmak geri tepebilir. Yüze yapıştırılmış bir gülümseme, sürekli olarak kaşları kaldırmak, yan yan bakmak ve diğer teatral davranışların görüşmecinin ilgisinden daha çok kaygısını ya da deneyimsizliğini iletmesi daha olasıdır.

Klinisyenler, danışanlarının sözel olmayan mesajlarının anlamları ile ilgili ne düşündüklerine göre farklılaşmaktadır. Örneğin, davranışçı bir klinisyenin danışanı, seks hakkında konuşurken nefes alıp vermenin hızlanması, terleme, kıpırdanma gibi davranışları konuştuğu konunun yaratmış olduğu duygusal uyarılma olarak yorumlaması olasıdır. Psikodinamik bir görüşmeci ise bu tür sözsüz davranışları (örn., parmağındaki yüzükle oynamak) cinsel aktivitenin sembolik temsilleri olduğunu varsayarak yorumlarda bulunabilir. Geştaltçı terapist ise danışanlarının "dönüp dolaşıp aynı yere geldikleri" inancının ortaya çıkardığı farkındalık ile ilişkili olumsuz duygulardan kaçınmaya çalıştığından şüphelenebilir. Alfred Adler ise danışanın nereye oturmayı tercih ettiğini yorumlamıştır: "masaya doğru yönelen birinin" bu hareketini olumlu olarak değerlendirmiştir (Adler, 1933). Bundan çıkarsadıkları şey ne olursa olsun, klinisyenlerin çoğu, sözel olmayan davranışların güçlü bir iletişim kanalı olarak işlev gördüğüne ve görüşme verisinin önemli bir kaynağı olduğuna inanmaktadır.

Bu bölümde ele aldığımız, görüşmenin unsurlarına yönelik endişelere ek olarak, klinisyenler, görüşmede başka zorluklarla da karşı karşıya gelebilirler.

Sessizlikle başa çıkmak, danışanın nasıl yönlendirileceği, danışanın kişisel sorularının ele alınması, not tutmak, kayıt almak ve danışanı tutarsızlıkları ile yüzleştirmek bunlardan sadece birkaçıdır. (Görüşme ile ilgili konuları daha derinlemesine araştırmak isterseniz, bu bölümün girişinde yer alan kaynaklara başvurabilirsiniz).

TABLO 4.5

Sözel Olmayan İletişim Kanalları

1. Fiziksel görünüm—boy, kilo, öz bakım, stil ve giyim, sıra dışı karakteristikleri, kas gelişimi, saç stili.
2. Hareketleri—jestleri; tekrarlayıcı kol, el, baş, bacak veya ayak hareketleri; tikler veya doğrudan gözlenebilen diğer istemsiz hareketler; tempo; sigarayı, kibriti ve diğer nesneleri tutuş şekli
3. Duruş —uyuşuk, sert, kavuşturulmuş ya da serbest bırakılmış kol ya da bacaklar, ellerde, çapraz veya kıvrılmış kollar ya da bacaklar, başın ellerin arasında alınması.
4. Göz teması—sürekli, kısa, hiç yok.
5. Yüz ifadeleri—gülümseme, kaşların çatılması, yüzün buruşturulması, kaşların kaldırılması.
6. Duygusal uyarılma—gözyaşları, nemli gözler, terleme, dudakların kuruması, sürekli yutkunma, kızarma ya da sararma, ses ya da ellerde titreme, hızlı solunum, vücut pozisyonunda sürekli kaymalar, irkilme reaksiyonları, uygunsuz gülmeler.
7. Konuşma değişkenleri—ses tonu, hız, kötü telaffuz, peltek konuşma, duraklama, aksan, berraklık, stil, ani kaymalar ya da atlamalar.

Bu Kısmın Özeti: Klinik psikologlar tarafından görüşmenin başında, ortasında ve sonunda kullanılan görüşme teknikleri yönlendirici olmayan ve yönlendirici olan iletişimi içermektedir. Yönlendirici olmayan teknikler, özellikle görüşmenin başında danışanla iyi bir ilişki kurmakta faydalı iken yönlendirici teknikler yapılandırılmış görüşmede kullanılanlara benzemektedir. Bu teknikler klinisyenin incelemek istediği özgül alanlara ilişkin bilginin ortaya çıkarılmasında ve netleştirilmesinde faydalı olabilir. Danışanla kurulan güvene dayalı iyi bir ilişki, empatik ve yansıtıcı tepkiler verilmesi, çerçevenin yapılandırılması, sözsüz ve sözel ipuçlarına dikkat edilmesi gibi bir dizi klinik davranış aracılığıyla güçlendirilebilir. Klinisyenlerin, özellikle, danışanların daha farklı kültürel ya da etnik kökenden geldiği durumlarda yanlış yorumlanabilecek iletişim şekillerine duyarlı olması çok önemlidir.

GÖRÜŞME ÜZERİNE YÜRÜTÜLEN ARAŞTIRMALAR

Bu Kısma Bakış: Klinisyenin birincil aracı olarak görüşmeler sıklıkla zengin veri kaynaklarıdır. Görüşmeler farklı şekillerde yorumlanabilen karmaşık sosyal etkileşimlerdir. Bu nedenle, yapılandırılmış görüşmelerle karşılaştırıldığında yapılandırılmamış görüşmeler daha düşük geçerlik ve güvenirlik değerlerinden yakınır. Klinisyenler değerlendirme verisi kaynağı ve terapi için bir format olarak görüşmenin değeri üzerine yürütülmüş görgül araştırmalardan haberdar olmaya devam etmelidir. Bu tür bir farkındalık klinisyenlere görüşmelerini geliştirebilecekleri alanları işaret edebilir.

Görüşme Üzerine Yürütülen İlk Dönem Araştırmalar

1942'ye kadar, Carl Rogers, terapi görüşmesinin fonografik kayıtlarının deşifre edilmesinden elde edilen, ilk yazılı görüşme transkriptini yayınlamadan önce, klinik etkileşimin doğası tam olarak bilinmiyordu. Bu tarihten sonra klinik görüşmeler üzerine yapılan araştırmalar hız kazanmıştır. Bu dönemde yürütülen araştırmalar, ilk olarak ses kayıtlarının etkisini incelemeye odaklanmış ve klinisyenlerin yaptığı özetlerin doğruluğunu aynı görüşmenin elektronik olarak kaydedilmesi ile karşılaştırmıştır. Kaydetme cihazlarının dikkat dağıtıcı olmadığı ve bir görüşmenin en eksiksiz açıklamasını temin ettiğinin gösterilmesinden sonra araştırmalar birçok yeni alana yayılmıştır.

Bu araştırma yönelimlerinden biri görüşmenin karakteristik özellikleri ile (örn., sıcaklık, empati vb.) sonuç değişkenleri (örn., güvene dayalı iyi ilişki kurma, terapinin etkinliği vb.) arasındaki ilişkiyi açıklamaya yönelik çabaları içermektedir. Bazı çalışmalar, Rogers yönelimli olan ve olmayan terapistler tarafından kullanılan terapi teknikleri arasındaki farklılıklara odaklanırken (Porter, 1943; Seeman, 1949; Strupp, 1960), diğerleri danışanın direnci gibi görüşme değişkenlerini tanımlamaya odaklanmıştır (Snyder, 1953). Hâlâ bazı araştırmacılar görüşme sürecini daha iyi anlayabilmek için görüşmenin içeriğini detaylı analizlerle incelemektedir (Auld ve Murray, 1955). Bir araştımacı grubu tek bir görüşmenin ilk beş dakikasının içerik analizine yıllarını adamıştır (Pittenger, Hockett ve Danehy, 1960).

Hiç kimse için şaşırtıcı olmayan şey, bu araştırmaların, görüşmelerin zengin bir bilgi kaynağı olduğunu ortaya çıkarmasıdır. Birçok kişiyi şaşırtan şey ise bu çalışmaların, danışanla açık uçlu görüşme yapılmasının, görüşmeyi yapan klinisyene bağlı olarak, oldukça farklı bilgiler elde edilmesi ve farklı yargılara ulaşılması ile sonuçlanabildiğini ortaya çıkarmasıdır. Diğer bir değişle görüşme verisinin değeri genellikle kabul edilmektedir.

Görüşme Verisinin Güvenirlik ve Geçerliği

Görüşmeler bağlamında, geçerlik ***danışanın*** farklı ortamlarda ya da farklı gö-

rüşmecilere aynı bilgiyi verme derecesini ifade etmektedir. Güvenirlik ise görüşme verisinin ya da ulaşılan sonuçların doğruluk derecesi ile ilgilidir. Görüşme verilerinin değerini belirlemeye çalışan araştırmacılar için bu faktörlerin etkisi özel bir ilgi alanıdır.

Güvenirlik. Araştırmacılar güvenirliği danışanların tekrarlayan görüşme oturumlarında vermiş olduğu cevaplar arasındaki tutarlılığı inceleyerek çalışmaktadır. Bu prosedür test-tekrar test güvenirliğini ölçmektedir. Araştırmacılar, ayrıca farklı değerlendiricilerin aynı danışan ile yapılan görüşmeden elde edilen sonuçlar (puanlar, tanılar ya da kişilik özelliklerinin tanımları) üzerinde ne derece hemfikir olduklarını incelemektedir. Bu prosedür ise değerlendiriciler arası güvenirliği ölçmektedir.

Özellikle faydalı olan araştırma stratejilerinden biri videoya kaydedilmiş görüşmelerin farklı görüşmecilere izlettirilmesi ve onlardan puanlama yapmaları ya da kayıtlara dayanarak çeşitli çıkarsamalarda bulunmalarını istemektir. Bu yaklaşım klinisyenlerin DSM-IV tanıları hakkındaki yargılarının geçerliğini saptamak (Widiger, Frances, Pincus, Davis ve First, 1991); kültürlerarası görüşmeler uygulandığında çevirmen kullanılmasının (Wallin ve Ahlström, 2006); danışanın terapide göstermiş olduğu ilerlemenin (Goins, Strauss ve Martin, 1995), alzheimer hastalığının şiddetinin (Boothby, Mann ve Barker, 1995), cinsel istismara uğramış çocukların belirttiklerinin inandırıcılığının (Anson, Golding ve Gully, 1993), göçmenlerle yapılan ilk görüşmenin ardından danışan-terapist arasındaki işbirliğinin niteliğinin (Shechtman ve Tsegahun, 2004) değerlendirilmesi gibi çok farklı amaçlarla kullanılmaktadır.

Tahmin ettiğiniz gibi, test-tekrar test güvenirliği görüşmeler arasındaki zaman kısa olduğunda ve yetişkin danışanlardan yaş gibi tehlikesiz demografik bilgiler istendiğinde, en yüksek değerlere ulaşma eğilimindedir (örn., Ross, Stowe, Wodak ve Gold, 1995). Ancak, test-tekrar test aralığı uzun olduğunda, danışanlar küçük çocuklar olduğunda ve görüşmecinin yasadışı madde kullanımı, cinsel deneyimler ya da travmatik deneyimler gibi daha hassas konularda bilgi vermesi gerektiğinde güvenirlik değerleri daha düşük çıkma eğilimindedir (Fallon ve Schwab-Stone, 1994; Schwab- Stone, Fallon ve Briggs, 1994; Weiss, Najavits, Muenz ve Hufford, 1995).

Tabi ki tehlikesiz demografik bilgilerden ziyade hassas alanlara ilişkin bilgiler klinisyenlerin en önemli ilgi alanıdır. Bu nedenle yapılandırılmış görüşmeler daha hassas alanlara ilişkin güvenilir bilgi elde edilmeye çalışılırken daha çok tercih edilmektedir. Genel olarak, yapılandırılmış görüşmelerin test-tekrar test güvenirliği 0.70 ya da daha yüksek olma eğilimindedir. Tanısal ya da diğer amaçlar için en hassas bilginin talep edildiği durumlarda bile yüksek çıkma eğilimindedir (örn., Cohen ve Vinson, 1995; Grant ve diğ., 1995; Jane, Pagan, Turkheimer, Fiedler ve Oltmanns, 2006; Segal, Hersen ve Van Hasselt, 1994). Ya-

pılandırılmamış görüşmelerde hassas olan konular hakkında bulunulan yargılar daha az güvenilir olma eğilimdedir. Yapılandırılmış görüşmeler için değerlendiriciler arası güvenirlik yapılandırılmamış görüşmelerden yine daha yüksektir.

Güvenirlik ayrıca standardizasyonun yapıldığı popülasyona bağlı bir değerdir. Diğer bir deyişle, bir grup için güvenilir olarak kabul edilen bir görüşme yöntemi (örn., İngilizce konuşan Beyazlar) diğer bir grup için aynı derecede güvenilir olmayabilir (örn., İspanyolca konuşan İspanyol kökenliler). Araştırmacılar sıklıkla özel bir değerlendirme aracının farklı gruplara uygulanabilirlik derecesini araştırmaktadır. Bu nedenle, uygulamacı olan klinisyenler, farklı etnik ve kültürel kökenlerden gelen danışanlara görüşme formatlarını ya da psikolojik testleri uygularken bu bilgiyi araştırmalıdır. Örneğin, Grilo, Lorzano ve Elder (2005) Yeme Bozukluklarını İnceleme Görüşmesi`nin İspanyolca versiyonunun İngilizce versiyonu ile karşılaştırılabilir bir güvenirliğe sahip olduğunu göstermişlerdir.

Geçerlik. 3. Bölümde belirtildiği gibi, geçerlik hedeflenen alanın ilgili bütün yönleri kapsaması (*kapsam geçerliği*), görüşme sonuçlarının aynı konuyu ölçen diğer ölçüm araçları ile karşılaştırılması (*eş zamanlı geçerlik*) ya da görüşmenin olası gelecek sonuçları yordama gücü (yordama geçerliği) gibi farklı birçok şekilde değerlendirilebilir. Son iki geçerlik türü görüşmeden elde edilen ölçümlerin bir dış ölçüt ile karşılaştırılmasını içermektedir. Dış ölçüt, bazen *altın standart* olarak adlandırılmaktadır (Komiti ve diğ., 2001).

Yapılandırılmış tanısal görüşme ana hatları ilk defa geliştirildiğinde, bu ana hatlar sıklıkla klinik yargının altın standartlarına karşı doğrulanmıştır (örn., Zetin ve Glenn, 1999). Fakat bazen bu tam aksi yönde de işleyebilir. Klinik yargılar, oluşturulan yapılandırılmış bir görüşmenin altın standartları kullanılarak da doğrulanabilir (örn., Komiti ve diğ., 2001). Eğer görüşmeler bazen klinik yargılara karşı bazen ise klinik yargıyı değerlendirmede bir standart olarak kullanılıyorsa görüşmeleri nasıl değerlendireceğiz?

Bu konuda bize yordayıcı geçerlik verileri yardım edebilir. Herhangi bir değerlendirme aracı belirli sonuçları güvenilir bir şekilde yordadığında, bu aracın önemine olan yüksek güven garantilenmektedir. Bu nedenle, danışanın terapiye vermiş olduğu tepkiyi değerlendirmek için geliştirilmiş bir görüşme, terapiyi daha sonra yarıda bırakan bireyleri bırakmayan bireylerden net bir şekilde ayırdığında yordayıcı geçerlik gösterebilir. Geçerlik ayrıca kavramsal olarak benzer diğer indekslerle ilişkili (*eş zaman geçerliği*) ya da kavramsal olarak farklı olguları ölçen ölçeklerle ilişkisiz olduğunda (*ayırıcı geçerlik*) da güçlenir. Örneğin, hipokondriazis için geliştirilmiş yapılandırılmış bir görüşmeden elde edilen puanlar antisosyal kişilik bozukluğu ölçeklerinden elde edilen sonuçlar ile yüksek korelasyon göstermemelidir.

Farklı türde birçok görüşme olması nedeniyle, görüşmenin geçerliği ile ilgili genel bir ifadede bulunmak mümkün değildir. Seçkin bir araştırmacının belirt-

tiği gibi; "Görüşme farklı becerilere sahip bireyler tarafından farklı birçok amaç için farklı birçok şekilde kullanılabilir. Bu nedenle onun değerlerine ilişkin nihai bir yargıda bulunmak zordur" (Garfield, 1974, sf. 90). Fakat genel olarak, en yüksek geçerliğe sahip görüşme formatları daha yapılandırılmış ve farklı olgularda çapraz geçerliğe sahip olan görüşmelerdir. Bunlar Tablo. 4.3'te verilmiştir.

Son olarak klinisyenler bir popülasyonda geçerliliği gösterilmiş bir görüşmenin bir başka popülasyon için de geçerli olduğunu otomatik olarak varsaymamalıdır. Bir görüşme sadece uygulandığı popülasyon örneklemi için geçerli olabilir. Tekrar belirtmek gerekirse, bu durum özellikle klinisyen, farklı kültürel ve etnik kökene sahip danışmanlarla görüşme yaptığında önemlidir. Görüşmelerin kültürlerarası geçerliği her bir görüşme formatı için farklı etnik/kültürel gruplarda görgül araştırmalar tarafından incelenmesi gereken görgül bir sorudur (örn., Frank ve diğ., 2005).

Görüşmede Hata ve Önyargı

Klinisyenler görüşmenin geçerliğini tehdit edebilecek faktörlere karşı dikkatli olmalıdırlar. Görüşmenin geçerliği için en açık tehdit danışan bir bilgiyi yanlış hatırladığında ya da bilinçli olarak çarpıttığında ortaya çıkmaktadır. Hata ya da çarpıtma olasılığı, danışanda zekâ geriliği bulunduğunda (örn., Heal ve Sigelman, 1995), çeşitli beyin rahatsızlıklarından yakındığında (örn., West, Bondy ve Hutchinson, 1991), davranış problemleri, madde kullanımı, cinsel davranışları, suç girişimleri ya da daha önceki hastaneye yatışı hakkındaki gerçekleri açığa çıkarmak istemediğinde (örn., Morrison, McCusker, Stoddard ve Bigelow, 1995; Williams, 1994) artmaktadır. Bir diğer aşırı uçta, danışan zekâ geriliğine sahipmiş gibi görünmek istediğinde bu izlenimi yaratmayı amaçlayan tepkiler verebilir. Danışanın hasta rolü yapabileceğine ilişkin kaygılar bunu tespit etmeye yönelik bazı özel görüşme tekniklerinin yaratılmasına yol açmıştır (Rogers, Gillis, Dickens ve Bagby, 1991; bknz. Tablo 4.3). Kısaca söylemek gerekirse, ruh sağlığı uzmanlarına kendilerini daha farklı gösterme arzusu *izlenim/ intiba yönetimi* olarak adlandırılmaktadır (Braginsky, Braginsky ve Ring, 1969) ve bu durum görüşme verisinin geçerliğini zayıflatmaktadır.

Kişisel önyargılar görüşmecilerin danışanın görüşme boyunca söyledikleri hakkındaki algılarını etkileyebilir, yaptıkları çıkarsamaları ve sonuçları çarpıtabilir. Bu tür önyargıların rolü, yaklaşık 70 yıl önce sosyal hizmet uzmanlarının, gecekondu sakinlerinin fakirleşerek çaresizleşmesinin sebepleri hakkında ne düşündüğünü inceleyen bir çalışmada belirtilmiştir (Rice, 1929). Bu çalışma, sosyal hizmet uzmanlarının yargılarının sadece görüşülen kişinin cevaplarından değil görüşmecinin kişisel gündeminden de etkilendiğini göstermiştir. Bu nedenle, alkol karşıtı olan bir görüşmeci içki içmeyi fakirliğin bir nedeni olarak görebilirken, sosyalist bir görüşmeci zor durumunun kapitalist ekonomik sisteminin

ortaya çıkardığı ekonomik koşullardan kaynaklandığı sonucuna varabilir. Benzer şekilde, tıpkı 2. Bölümde "Klinik Psikolojinin Geçmişi ve Bugünü" başlıklı konuda tartışıldığı gibi, psikanalistler ve davranışçı terapistler, danışanın davranış problemleri ile ilgili olarak farklı nedensel sonuçlara ulaşma eğilimindedir (Plous ve Zimbardo, 1986). Gerçekten, görüşme-temelli psikotanılar, iş görüşme kararları ve tıp fakültesine başvuru mülakatı sonuçları görüşmecinin görüşme öncesinde danışan hakkında elde etmiş olduğu bilgilerden yanlı bir şekilde etkilenebilir (Dipboye, Stramler ve Fontenelle, 1984; Shaw, Martz, Lancaster ve Sade, 1995; Temerlin, 1968). Bu unsur 3. Bölüm'de belirtilen hususu destekler niteliktedir. Klinisyenler de tıpkı diğer insanlar gibi önceden var olan önyargılarını doğrulayacak bilgileri arama ve hatırlama eğilimindedir.

Hangi bozukluklarla hangi danışan özelliklerinin birlikte görülebileceğine ilişkin önyargılar da görüşmecinin görüşme verisine ilişkin yorumlarını etkilemektedir. Örneğin, geniş ölçekli bir çalışma, tıp ve ruh sağlığı uzmanlarının kadın danışanlara depresyon tanısı koyma olasılıklarının erkek hastalara koyma olasılıklarından daha yüksek olduğunu ortaya çıkarmıştır (Potts, Burnam ve Wells, 1991). Ruh sağlığı, iş yeri ve başka ortamlarda yürütülmüş olan diğer çalışmalar görüşmecinin yargılarının danışanın etnik kökeni, klinisyenin kuramsal oryantasyonu, hatta klinisyenin yaşı gibi faktörlerden de etkilenebildiğini göstermiştir (Pottick, Kirk, Hsieh ve Tian, 2007; Singer ve Eder, 1989; Tomlinson ve Cheatham, 1989). Bu faktörlerin etkisi görüşmeciyi görüşmelerdeki kişisel önyargıların olası etkilerine karşı duyarlı hâle getiren eğitim programları aracılığıyla azaltılabilir (Brown, 1990; Pottick, Kirk, Hsieh ve Tian, 2007; Sinacore-Guinn, 1995).

Bu Kısmın Özeti: Bir değerlendirme aracı olarak görüşmeler üzerine yürütülmüş olan araştırmalar yapılandırılmış görüşmelerin yapılandırılmamış olanlardan daha yüksek geçerlik ve güvenirlik değerlerine sahip *olduğu* ve klinisyenlerin kendi görüşme izlenimlerinin geçerli olduğunu otomatik olarak varsaymamaları gerektiği dışında herkesi kapsayan sonuçlar ortaya çıkarmamaktadır. Klinisyenler özellikle farklı kökenden gelen danışanlarla görüşme yaptıklarında görüşmenin kısıtlılıklarının farkında olmalıdır. Görüşmeleri üstün yetenekli klinisyenler tarafından uygulanan bir sanat türü olarak görmeye yönelik herhangi bir eğilim, geçerlik ve güvenirliğin bilimsel titiz incelemelerinden muaf olması nedeniyle kaçınılmaz olarak görüşmelerin bir değerlendirme aracı olarak kullanılabilirliğini kaybetmesi ile sonuçlanacaktır.

GÖZLEME DAYALI DEĞERLENDİRME: AMAÇ VE FAYDALARI

Bu Kısma Bakış: Gözlemler görüşmeler süresince yapılır, bu nedenle gözlemler hakkında söylenmesi gereken şeylerden bazıları zaten anlatılmış bulunmaktadır. Fakat, görüşmelerden farklı olarak, daha fazla formal gözlemsel değerlendirme tekniği bulunmaktadır. Bu teknikler özellikle davranışın durumsal belirleyicileri ve ekolojik ge-

çerlilik gibi başka türlü elde edilemeyecek bilgileri temin edebilirler. Klinisyenler danışanlarının davranışlarını hastane, okul, ev gibi davranışın doğal olarak sergilendiği gerçek ortamlarda gözlemleyebilir. Ayrıca, danışanlarını özgül türden bir dizi tepkiyi ortaya çıkaracak şekilde düzenlenmiş yapay ortamlar yaratarak da değerlendirebilirler.

Gözleme dayalı değerlendirme sistemlerinin hedefleri iki madde de ifade edilebir: (a) Başka türlü elde edilemeyecek bilgileri toplamak ve/veya (b) Çoklu değerlendirme sistemlerinin bir parçası olarak diğer verileri desteklemek. Örneğin, bir öğretmen ve öğrencisi neden anlaşamadıklarına ilişkin farklı bilgiler vermişse ("O tam bir başbelası çocuk", " O çok kaba, acımasız biri"), ikisi arasındaki ilişkiye ilişkin daha yansız bir resim elde etmek büyük bir olasılıkla ikisinin davranışlarının sınıf ortamında gözlemlenmesi ile ortaya çıkacaktır. Diğer durumlarda; bir insanın ne yapabildiğini ya da yapabileceğini bilmek son derece önemli olduğunda sadece gözlem yapmak yeterli olabilir. Bu nedenle, ruhsal bozukluğu olan bir bireyin daha iyi hissettiğini ve hastaneden ayrılmak istediğini bilmek, bu insanın bir işte çalışabilme becerisini, otobüs sistemini kullanabilme ve günlük hayatın diğer gerekliliklerini yerine getirebilme becerilerini gözlemlemekten daha az değerli olabilir

Spektrumun bir diğer ucunda formal olmayan, testler ya da görüşmeler boyunca sergilenen danışan davranışlarının anekdotsal açıklamaları bulunmaktadır. Doğrudan gözlenebilen davranışlara daha fazla önem veren klinisyenler, formal olmayan gözlem yöntemlerinde en az iki şekilde ilerleme kaydettiler. İlk olarak, davranışı gözlemlemek ve niceliğini ölçmeye yönelik daha doğru ve sistematik yöntemler geliştirdiler. İkincisi, test ya da gözlem odası dışındaki ortamlarda gözleme dayalı veri toplamakta esneklik gösterdiler. Bu gelişmelerle birlikte araştırmacıların ve klinisyenlerin farklı ortamlarda sergilenen geniş ranja yayılmış olan insan davranışlarını bilimsel olarak gözlemlemeleri mümkün olmuştur.

Gözleme Dayalı Değerlendirmelerin Avantajları

Gözleme dayalı veri toplamak zor, zaman alıcı ve pahalı bir prosedür olabilmektedir ve bu değerlendirme yöntemi ile ilgili problemler birçok klinisyeni bu yöntemi kullanmayı denemekten vaz geçirmektedir (Mash ve Foster, 2001). Genellikle daha hızlı ve odaklanmış değerlendirme tekniklerini ödüllendiren yönlendirilmiş bakım hizmetleri veren kurum çevreleri, üstü kapalı bir şekilde klinisyenleri gözlemsel değerlendirme teknikleri ile daha fazla zaman harcamaktan vazgeçirmektedir. Bu zorluklara rağmen gözleme dayalı değerlendirmeyi destekleyen uzmanlar bu yöntemin faydalarının zorluklarından daha ağır bastığını belirtmekte ve eğer klinisyen danışanlarının işlevselliğine ilişkin resmin tamamını görmek istiyorsa gözlemin neden gerekli olduğuna ilişkin birçok gerekçe ileri sürmektedir.

Özbildirimleri tamamlamak. Görüşmelerden ve bazı testlerden elde edilen bireyin kendisi tarafından verilen bilgiler (özbildirimler) bazen hatalı olabilir. İnsanların çoğu için kendi davranışları hakkında, özellikle yoğun duygusal uyarılmaya yol açan olaylarla ilgili objektif ve yansız bilgiler vermek oldukça zordur. Örneğin, sıkıntıları olan bir çiftin özellikle tartışma süresince ilişkilerinde sergilemiş olduğu davranışları objektif ve doğru bir şekilde belirtip belirtmedikleri sorgulanabilir. Diğer hastalar, örneğin demansı olanlar, bazen en iyisini yapmayı çok isteseler bile kendi davranışları hakkında doğru bilgi veremeyebilirler (Larner, 2005). Bu koşullarda gözleme dayalı veri çok daha geçerli bilgi verebilir (Gottman ve Levenson, 1992; Smallwood, Irvine, Coulter ve Connery, 2001).

Bazı durumlarda, danışanlar, davranışları hakkında olumlu bir izlenim vermek istediklerinde, verdikleri bilgileri kasıtlı olarak çarpıtırlar. Bu tür çarpıtmalar; özellikle sigara, madde ya da alkol tedavi programlarında bulunan danışanların özbildirimlerinde yaygındır. Bu bildirimlerin aile üyelerinin gözlemleri ya da bu maddeleri vücutta saptamaya yönelik biyolojik ölçümler ile desteklenmesinin temel nedeni budur. Minesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri -2 (MMPI-2) gibi kişilik testlerindeki bilinçli çarpıtmalar, yaygın olarak karşılaşılan bir durumdur ve danışanın dürüst yanıtlar vermediği özgül göstergeler tarafından belirlenebilmektedir (Berry, Baer ve Harris, 1991; Storm ve Graham, 2000; bknz. Bölüm 5). Gözlemsel değerlendirmeler özbildirimlerin hatalarını düzeltmeye yardımcı olur.).

Davranışın Durumsal Belirleyicilerini Vurgulamak. Geleneksel değerlendirmelerin birçoğu, görüşmeler ve testlere verilen tepkilerin danışanların kişiliklerini ve problemlerini anlamak için yeterli olduğu çünkü bu tepkilerin davranışları kontrol eden genel treytler tarafından kontrol edildiği temel varsayımı tarafından şekillendirilmektedir. Bu görüşü benimseyen klinisyenler tarafından gözlemler, daha temel, gözlenemeyen yapıların işaretleri olarak görülmektedir. Tam tersine, davranışsal ya da bilişsel-davranışsal görüşü benimseyen klinisyenler, gözleme dayalı veriyi, önemli birey-durum etkileşimlerini anlamalarına yardımcı olan davranış örneklemleri olarak görmektedirler. Bu klinisyenlerin farklı durumlar karşısında değişmeyen ve uzun zamandır sabit olarak sergilendiği düşünülen kişilik özellikleri ve problemler hakkında çıkarımda bulunma olasılıkları daha düşüktür. Gözlem odaklı fonksiyonel davranış analizi yapmak, klinisyene işaret-odaklı ölçme (sign-oriented testing) ve görüşme yaklaşımları ile bağlantılı aşırı çıkarımlardan kaçınma olanağı verir. Gözleme dayalı prosedürler, sadece gerçekleri toplamak için oluşturulmuştur. Bu nedenle, danışan hakkında yanlış çıkarımlarda bulunma olasılığını en aza indirmektedirler. Gözleme dayalı değerlendirmeler, klinisyene problemli davranışın hangi koşullar altında daha büyük bir olasılıkla ortaya çıktığını, hangi durumsal uyarıcıların davranışı tetiklediğini ve ortamda bulunan hangi pekiştirici sonuçların olumsuz davranışların devamlılığına hizmet ettiğini belirleme olanağı verir (Patterson, 1982). Geleneksel testler ve görüşmeler, bu tür bir fonksiyonel analize olanak verecek şekilde tasarlanmamışlardır (Cairns ve Green, 1979).

Ekolojik Geçerliği Güçlendirmek. Gözlemler, danışanların yaşadıkları gerçek fiziksel ve sosyal ortamlarda gerçekleşmektedir. Bu nedenle, gözleme dayalı değerlendirme insanlara ve problemlerine ilişkin en net resmi elde etmeyi sağlayabilir. Bu gözlemler, sadece ekolojik olarak geçerli değildir, aynı zamanda okulda, evde ya da çalışma ortamlarında kolaylıkla uygulanabilecek tedavi programlarını tasarlamakta klinisyene yardımcı olan ortamsal detayları da sağlamaktadır. Danışanın özelliklerine göre tasarlanmış bu müdahaleler tedavinin başarısını artırabilir. Ekolojik geçerlik konusuna bu bölümün ilerleyen kısımlarında tekrar döneceğiz.

Bu Kısmın Özeti: Danışanın davranışlarını gözlemlemek zaman alan fakat avantajları olan bir değerlendirme yöntemidir. Gözlemler danışanın özbildirimlerini düzeltebilir ya da destekleyebilir, davranışın çevresel/durumsal belirleyicilerini ortaya çıkarabilir ve ekolojik geçerliği oluşturabilir.

GÖZLEME DAYALI DEĞERLENDİRME: YAKLAŞIMLAR

Bu Kısma Bakış: Gözleme dayalı değerlendirmeler ikiye ayrılabilir: doğal gözlemler ve sistematik (kontrollü) gözlemler. İlki danışan davranışlarının ev, okul, hastane, alışveriş merkezi, havaalanı gibi doğal olarak sergilendiği ortamlarda gözlenilmesini içermektedir. Sistematik gözlemler ise danışanın klinik olarak ilgilenilen davranışları ortaya çıkarmak için amaçlı bir şekilde yapılandırılmış ortamlara konulmasını içermektedir. Uçak simülasyonları, iş görüşmesi provaları ya da diğer canlandırma (rol-oynama) senaryoları ve bilgisayar tarafından yaratılmış sanal gerçeklik ortamları, amaçlı olarak yapılandırılmış ortamlara örnek olarak verilebilir. Bütün gözleme dayalı değerlendirmelerde, klinisyen mutlaka dikkat edilecek özgül davranışları seçmeli ve gözlemleri kaydedecek bir sisteme sahip olmalıdır. Tercihen, kaydetme sistemi gözlemlerin doğruluğuna zarar verebilecek hataları ve yanlılıkları sınırlayacaktır.

Gözleme dayalı yöntemler, "davranışların *seçimi, ortaya çıkarılması, kaydedilmesi* ve *kodlanması*" olarak tanımlanmaktadır (Weick, 1968; italik eklenmiştir). Bu tanım gözlemsel sistemlerin neredeyse tümünün sahip olduğu temel öğeleri vurgulamaktadır. Gözlemci ilk olarak ilgi odağı olacak yani gözlenecek insanları, davranış kategorilerini, olayları, ortamları ya da gözlemin yapılacağı zaman periyodunu seçmektedir. İkincisi, davranışların ve ilgilenilen durumlarının gözlemcinin müdahalesi ile tetiklenerek mi ortaya çıkarılacağına (örn., yapay bir şekilde ortaya çıkarılması) yoksa kendiliğinden mi ortaya çıkmasının beklenece-ğine karar verilmektedir. Üçüncüsü, gözlemlerin gözlemcilerin hazırladıkları, kayıt sayfaları, ses ya da video kayıtları, fizyolojik izleme sistemleri, zamanlayıcılar, sayaçlar veya başka araçlar kullanarak kaydedilmesi için planlar yapılmaktadır. Son olarak, işlenmemiş ham gözlemlerin kullanılabilir bir forma dönüştürülmesi için bir kodlama sistemi geliştirilmelidir. Kodlama, genellikle gözleme dayalı prosedürün en zor kısmıdır.

Farklı gözlem yöntemlerini organize etmenin bir yolu, onu gözlemci tarafından sergilenen etki ya da kontrol düzeyi açısından organize etmektir. Bir uçta, değerlendiricinin davranışı kendi doğal ortamında (örn., evde ya da okulda) ortaya çıktığında gözlemlemesini içeren doğal gözlem yer alırken, bir diğer uçta ise sistematik (kontrollü) gözlem yer almaktadır. Sistematik gözlemde, klinisyen ya da araştırmacı özgül bir ortam oluşturarak bu ortamda davranışı gözlemlemektedir. Bu iki uç arasında ise her ikisinin de özelliklerini içinde barındıran özgül değerlendirme ihtiyaçlarını ele alan yaklaşımlar yer almaktadır. Bu nedenle, doğal ve sistematik gözlemlerin her ikisinin de birçok alt tipi bulunmaktadır. Bazı değerlendirme ortamlarında, gözlemciler, danışan tarafından görülebilen hatta onunla etkileşime girilen katılımcılar olabilirler (ebeveynlerin çocuklarının davranışını kaydetmesinde olduğu gibi). Çoğu durumda danışanlar gözlendiklerinin farkında olmalarına rağmen *katılımcı olmayan* gözlemcileri görmezler. Bu konu ile ilgili daha kapsamlı bilgi bir dizi kaynakta mevcuttur (örn., Bellack ve Hersen, 1998; Eid ve Denier, 2005; Miller ve Leffard, 2007; Haynes ve O'Brien, 2000; Repp ve Horner, 2000).

Doğal Gözlem

Ev, okul, iş yeri gibi doğal ortamlar danışanın davranışlarını ve bunları etkileyen faktörleri anlamak için gerçekçi ve uygun bir zemin sağlar. Ayrıca, doğal gözlemler danışanın kendilik bilinci ya da belli bir izlenim yaratma motivasyonu tarafından çarpıtılmamış bir davranış örneklemi temin etmeye olanak verecek kadar üstü kapalı bir şekilde yapılabilir. Doğal gözlemler kişilik özelliklerini (Santostefano, 1962), zekâyı (Lambert, Cox ve Hartsough, 1970), sosyal amaçları (Brown, Odom ve Holcombe, 1996) ve bilişsel gelişimi (Schweinhart, McNair, Barnes ve Larner, 1993) anlamak için kullanılmaktadır. Fakat doğal gözlemin öncelikli amacı yeme bozuklukları, istem dışı olarak zihinde beliren girici düşünceler, uyumsuz sosyal davranışlar ve psikotik davranışlardan okulun sekteye uğraması ve yere çöp atma gibi klinisyenlerin çözmesi beklenen her tür problemin doğasını ve değişimini değerlendirmektir (Haynes, 1990).

Katılımcı Gözlemciler Tarafından Yapılan Gözlem. Doğal gözlemlerin klasik örneği; bir bilim insanının bir kabile, alt kültür ya da bir sosyal organizasyonun içine girerek onun özelliklerini ve üyelerinin davranışlarını gözlemlediği antropolojik alan çalışmasıdır (örn., Mead, 1928; Williams, 1967). Bu durumda, gözlemci, içinde bulunduğu şeyin her anlamda parçasıdır ve gözlemler, daha sonra *etnografya* olarak adlandırılan detaylı açıklamalar şeklinde ortaya çıkan anektodsal notlar şeklinde kaydedilir.

İlk formlarında, doğal klinik gözlem, gözlemcinin belirli davranışların ne anlama geldiği, hangi davranışların kaydedilmesi ya da kaydedilmemesi gerektiği hakkında çıkarsamalarda bulunmalarını ve bir karar vermelerini ge-

rektirmekteydi. Bunun sonucu olarak, doğal gözlemlerin gözlemciler arası güvenirliği sıkıntılı idi. Lee Cronbach (1960, syf. 535) bu konudaki problemi güzel özetlemiştir: "Gözlemciler ne gördüğünü yorumlamaktadır. Yorum yaptıklarında ise yorumlarına uymayan unsurları gözden kaçırma eğilimindedirler ve bir olayı yorumladıkları gibi tamamlamak için olgular uydurabilirler". Şekil 4.1, aynı danışandan alınan gözlemlerin nasıl değişebileceğini göstermektedir.

Doğal klinik gözlemdeki anektodsal açıklamaların niteliğini geliştirmek için birçok farklı yöntem kullanılmaktadır. Sistematik olmayan danışan davranışlarının bildirimini azaltmak için, en modern gözlem düzenlemeleri gözlemcinin dikkatini özgül bir davranış üzerine odaklar. Bu davranışların sıklık ve şiddeti daha sonra ya kontrol listesine ya da değerlendirme ölçeği üzerine kaydedilir. Daha özgül gözlemler yapıldıkça gözlemcinin kanaate dayalı karar alma ihtiyacı azalacaktır (örn., "el ile fiziksel olarak diğer çocuğa vurma" ifadesi "şiddet" ifadesinden daha özgüldür). Gözlemciler arası güvenirliğin mümkün olduğu kadar yüksek olması için gözlemciler, bu yöntemleri tutarlı bir şekilde kullanmaları için eğitilmektedir.

Örtük Ölçümler. Doğal gözlemlerdeki bir diğer yaklaşım, davranışın yan ürünlerini incelemektir. Örneğin, okul notları, tutuklanma kayıtları ve mahkeme dosyaları suçlu gençlerin ve yetişkinlerin (Davidson, Redner, Blakely, Mitchell ve Emshoff, 1987; Rice, 1997) tedavilerini değerlendirmek için kullanılabilir. Akademik not ortalamalarında ortaya çıkan değişimler, sınav kaygısındaki iyileşmenin işareti olarak hizmet edebilir (Allen, 1971). *Kurumsal* ya da *davranış-ürünü* ölçümleri olarak da adlandırılan yaşam kayıtları, *reaktif olmayan* ya da örtük ölçümler olarak adlandırılan daha geniş bir gözleme dayalı yaklaşımın bir parçasını oluşturmaktadırlar. Klinik psikologlar ve diğer davranışçı bilim insanları, insanların davranışı hakkında süreç içinde onu değiştirmeksizin bilgi toplamak için bu örtük ölçümleri kullanmaktadır.

Klinik araştırmalarda örtük ölçümler davranış problemlerinin nedenlerini açıklamak için geliştirilmiş kuramları test etmek için kullanılabilir. Örtük ölçümlerin yaratıcı bir şekilde kullanımı şizofreninin öncüllerini belirlemek için yürütülmüş bir çalışmada görülmektedir (Walker, Grimes, Davis ve Smith, 1993). Bu çalışma, günümüzde birçok ailenin çocuklarını büyürken kameraya almasını bir avantaj olarak kullanmıştır. Bu çalışmada, eğitimli gözlemciler daha sonra şizofreni hastası olan çocukların ve aynı cinsiyette olan ancak şizofreni geliştirmemiş olan kardeşlerinin video kayıtlarını tek tek incelemişlerdir. Sonuçlar, şizofrenik bireylerin daha bu tanıyı almadan çok önce diğer çocuklardan (bazı farklılıkları, çocuklar dört yaşına girmeden çok önce ortaya çıkmaktadır) anlamlı olarak daha fazla olumsuz yüz ifadesi gösterdiğini ortaya çıkarmıştır.

Aşağıdaki bölümlerde, tam olarak örtük ölçüm olmayan, danışanları tanıyan ve onları çok fazla rahatsız etmeden gözlemleyebilecek konumda olan kişiler

tarafından yapılan özgül davranış kategorilerinin sıklığının, yoğunluğunun, süresinin ya da formunun kaydedilmesine olanak veren doğal gözlem sistemleri üzerinde durmaktayız. Bütün gözlemlerde, temel amaç gözlemci yanlılığını azaltmaktır (Haro ve diğ., 2006).

Hastane ve Klinik Gözlemler: Hastanede yatmakta olan danışanların gözlenmesi, değerlendirilme süreçlerinin önemli bir parçasıdır. Hastane servisinde görev yapan personel tarafından kullanılan, "Yatan Hasta Çok Boyutlu Psikiyatrik Değerlendirme Ölçekleri (The Inpatient Multidimensional Psychiatric Scales-IMPS)" hastanede kullanılan gözlem sistemi için mükemmel bir örnek oluşturmaktadır (Lorr, McNair ve Klett, 1966). IMPS, gözlemci tarafından ya 5'li veya 9'lu likert ölçekler kullanılarak puanlanan ya da "evet-hayır" şeklinde cevaplanan 75 maddeden oluşan bir değerlendirme aracıdır. Bu veriler heyecan, düşmanca agresiflik, paranoya, yansıtma, grandiyöze taşkınlık, oryantasyon bozukluğu ve kavramsal dezorganizasyon gibi boyutlarda puanlara dönüştürülmektedir. Ölçekten elde edilen puanlar, daha sonra gözlemlenen danışanı betimleyen profiller olarak çizilmektedir. Bu tür sistemlerin son dönem örneği, Hasta Gelişimini Rutin Değerlendirme'yi (the Routine Assessment of Patient Progress- RAPP) içermektedir (Ehmann ve diğ., 1995).

Hastaneler ve klinikler, görüşme ve diğer değerlendirme yöntemlerini öğrenmeye çalışan stajyerlerin becerilerindeki gelişimi gözlemlemek için de mükemmel yerlerdir. Bu prosedürleri eninde sonunda uygulama ihtiyacı hissedecek olan eğitimdeki psikologlar, stajyer doktorlar ve diğerleri süpervizyon veren öğretim üyeleri tarafından gözlenmektedir ve bu gözlemler, eğitimin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Tıpkı diğer gözlemlerde olduğu gibi süpervizyon veren öğretim üyelerinin eğitim alanlara faydalı ve yansız geribildirim verebilmeleri için gözlemlenen özgül davranışların net ölçümlerine sahip olmaları gerekmektedir (Holmboe, 2004).

Gözlemci A: (2) Robert yerini parmağıyla takip ederek sözcük sözcük okur. (4) Kutudaki kızı düşünceli bir şekilde gözlemler (5) Şarkı söylenirken çok fazla katılmaz, ilgi daha çok başka yerdedir. Şarkının hareket içeren bölümlerine daha fazla katılım gösteriyor gibi görünür. Görünüşte anlamsız hareketler gösterme eğilimindedir. Parmaklarını çekmek, kollarını amaçsızca itmek gibi.

Gözlemci B: (2) Girer girmez kameraya baktı (Şaşkın ve ilgili göründü) (2) Okur (açık bir ilgi ve oldukça kolaylıkla) (3) Kızlar ile gürültülü bir şekilde oynamakta (4) (İstemeden) Bir kız tarafından tekme atılır atılmaz ona tepki verdi (kızgınlıkla) (5) Şarkı söyleme aralarında yanında oturan kız ile konuştu. Şarkıya eşlik etti (zaman zaman hevesli göründü). Diğerleri ile birlikte her zaman şarkı söylemedi. (6) Diğerleri ile oynarken bir anlaşmazlığa düştü (haklarını savunuyor göründü). Bir başka erkek çocuğa karşı agresif davranışlar sergiledi. Öğretmeni ve diğer arkadaşları konuşurken ceplerinin içini dışına çevirdi. (7) Yardım almadan galoşları giydi. Merdivenin basamaklarının tepesine tırmandı. Başka bir kızın bulunduğu basamağı ondan almaya çalıştı fakat kız buna izin vermeyince başka bir yere razı oldu.

Gözlemci C: (1) Kameraya gülümser (meraklı). Gruplar ara verdiğinde, sinirli hareketler yapar, kollarını havaya doğru kaldırır. (2) Okuma dersine dikkat. Yüzünde ciddi bir ifadeyle okur, satır işaretleyicisi kullanmak zorunda. (3) Kızları kovalar, onlara sataşır. (4) Elini kızın bacağına koyduğunda kız onu tekmeler. Robert alay ederek yüzünü gözünü tuhaf şekillere sokar.(5) Şarkı söyler. Ağzı açık, dizlerini birbirine vurur, bacaklarını çizer, parmaklarını ağzına sokar (görünüşe göre bir çok sinirli alışkanlıkları var, fakat duygusal olarak sinirleri gergin değil ya da sıkılgan değil). (6) Kart oyunundaki anlaşmazlıkta haklarını savunur. (7) Kendi haklarını savundu. (7) Kısa bir tartışma çünkü çocuk tırmanma merdiveninin basamağının üzerinde durmak ister.

Gözlemci D: (2) Sözcükleri takip etmek için rehber kullanır, yavaşça okur, oldukça zorlanmış ve seslerin dikkatlice oluşturulması ile (belki kendinden emin değil ve hata yapmaktan korkuyor). (3) Duruşunu değiştirirken yanındaki çocuğu bir tarafa itmesinden anlaşıldığı gibi muhtemelen biraz saldırgan. Neşeli bir şekilde diğer çocuklarla oynar, gülümser, koşar, özellikle kızlarla. Bu durum oyunlarda ve şarkıda otururken kendisini daha çok belli eder. (5) Şarkı söylemeye çok ilgili değil, kıpır kıpır, elleri ve bacakları hareket ettirir (çekingen ve sinirli olabilir). Şarkının sözlerinin büyük bir kısmına aşina gözükmüyor, kıpır kıpır hareket ederek ve etrafında dönerek ilgisiz görünür. Koroyu yakaladığında ilgi gösterir. Özel arkadaşı her zaman yanında oturduğu kız olduğu görülüyor.

ŞEKİL 4.1. Aynı Danışanın Dört Gözlemi. Bir erkek çocuğunun sınıfta ve oyun alanındaki görüntülerinin yer aldığı 10-dakikalık "***Bu Robert***" isimli filmi izleyen farklı gözlemciler tarafından farklı izlenimler edinildiğine ve farklı çıkarsamaların yapıldığına dikkat edin. (Gözlemcilerden çıkarsamalarını ya da yorumlarını parantez içine yazmaları istenmiştir. Numaralar karşılaştırmaya izin vermek için filmde yer alan sahneleri göstermektedir.)

(Kaynak: Pasajlar Essentials of Psychological Testing'den 534–535 sayfalardan alınmıştır., 5. Basım. Yazar: Lee J. Cronbach. Telif Hakkı 1949. Telif Hakkı 1984, Harper ve Row tarafından, Yayınevi, Inc. Telif Hakkı, 1960, 1970, 1990; Lee J. Cronbach.)

Okul Gözlemleri. Klinik ve eğitimsel amaçlar nedeniyle çocukların davranışlarını gözleme isteği, okullarda, oyun odalarında ve benzer ortamlarda kullanılacak bazı sistemleri ortaya çıkarmıştır (Nock ve Kurtz, 2005; Ollendick ve Greene, 1990). Sidney Bijou (Bijou, Peterson ve Ault, 1968) ve Daniel O'Leary (O'Leary ve Becker, 1967) tarafından geliştirilen kayıt ve kodlama sistemleri, çocukların ve zaman-örneklem gözlemleri (time-sample observations) süresince onların etrafında bulunan yetişkinlerin davranışlarını, belirtmek için semboller kullanmaktadır. Tıpkı benzer diğer gözlem sistemleri gibi toplanan veri sayısal (nicel) nitelikte özetlenebilmektedir. Bu durumda, bir çocuğun görevde, ayakta ve diğer çocuklarla konuşarak ne kadar zaman harcadığını özetlemek için yüzdeler hesaplanabilir. Sınıf gözlemleri sırasında tek bir çocuk üzerine ya da çocuğun etkileşim içinde olduğu diğer çocuklar üzerine odaklanılabilir ya da gözlemci ardışık olarak sürekli sınıfa katılabilir ve gözlenmesi hedeflenen çocukların hatta bütün sınıfın davranışlarını değerlendirebilir (Milich ve Fitzgerald, 1985). Çocukların gözleme dayalı yöntemlerle değerlendirilmesi ve bu amaç için geliştirilen araçlar hakkında 11. Bölümde "Klinik Çocuk Psikolojisi" konu başlığı altında daha fazla bilgi verilmektedir.

Ev Gözlemleri. Gözleme dayalı değerlendirme prosedürleri, klinik ilgi odağı olan davranışları danışanların evlerinde de ölçmek için kullanılmaktadır. Tıpkı diğer alanlarda olduğu gibi ilk dönem evde yapılan klinik gözlemler de daha fazla çıkarsamaya ve hedef davranışların oldukça sistemsiz seçimine izin vermekteydi (örn., Ackerman, 1958). Günümüzde artık daha güvenilir ev gözlem sistemleri geliştirilmiş durumdadır. Bu gelişmiş ev gözlem sistemlerinden ilki Gerald Patterson tarafından (Patterson, Ray, Shaw ve Cobb, 1969) davranış bozukluğu olan çocukların evlerinde kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Patterson, bunu yapmak için bilgilendirilmiş onay aldıktan sonra, eğitilmiş gözlemcileri genellikle akşam yemeğinden hemen önce birkaç gün boyunca her gün bir ya da iki saat gözlem yapmaları için yerleştirmiştir. Bu gözlem sisteminde gözlemciler aile üyeleri ile etkileşimden kaçınmakta ve her defasında sadece bir aile üyesi ve onunla etkileşimde bulunan bir diğer aile üyesinin davranışlarını kaydetmektedir. Bu şekilde hem çocuğun belirlenen uygunsuz davranışını hem de bu davranışın öncüllerini ve sonuçlarını kaydetmek mümkün olmaktadır (Patterson, 1982). Son dönemde, Zaslow ve arkadaşları (2006) okul öncesi çocukların davranışlarını ve annelerin çocuklarının davranışları ile ilgili belirttiklerini gözlemlediler. Araştırma sonucunda araştırmacılar çocukların davranışlarına ilişkin gözlemlerin, çocukların dört yıl sonraki davranışlarını, annelerinin belirttiklerinden daha iyi yordadığını buldular.

İçeridekiler Tarafından Yapılan Gözlemler. Buraya kadar açıklamış olduğumuz doğal gözlem sistemleri bu amaç doğrultusunda özgül olarak eğitilmiş katılımcı ya da katılımcı olmayarak gözlemde yer alacak olan profesyonel gözlemcileri kullanmaktadır. Bazı araştırmacılar dışarıdan kullanılan gözlemcilerin,

gözlemledikleri davranışları yanlışlıkla etkilemeden görevlerini yerine getirip getirmediklerini sorgulamaktadır. Bu nedenle, gözlemler bazen danışanın günlük yaşamının bir parçası olan bireyler tarafından yapılmaktadır. Çocuk Davranışı Tarama Listesi (the Child Behavior Checklist – CBCL; Achenbach ve Rescorla, 2001) bunun bir örneğidir. CBCL, çocuk ve ergenlerde gözlenilen problem davranışları değerlendirmek için kullanılan popüler ölçeklerden biridir. Adından da anlaşılacağı gibi, ölçme aracı ebeveynler tarafından doldurulan bir tarama listesidir. Bir başka örnek ise daha önce tartışmış olduğumuz hastanede bulunan hemşireler ya da diğer servis çalışanları tarafından toplanılan veriye dayanan IMPS'dir.

Danışanın yaşam alanı içinde olan bireyleri klinik amaçlar için yetişkin davranışlarının gözlemcileri olarak kullanmak fazla yaygın olmamasına rağmen bilinmeyen bir yöntem değildir. Örneğin klinisyen, danışanların sigarayı bırakmalarına yardım ederken, aile üyelerinden ya da arkadaşlarından danışanların tedavi planına uymada yaşadıkları başarı ya da başarısızlıkları teyit etmelerini isteyebilir (örn., Mermelstein, Lichtenstein ve McIntyre, 1983). Bu tür bildirimler alkolizm ve madde kullanımının (örn., Frank ve diğ., 2005), cinsel aktivitenin (örn., Rosen ve Kopel, 1977), evlilik ilişkilerinin (Johnson, 2002; Jouriles ve O'Leary, 1985) ve diğer yetişkin davranışlarının değerlendirilmesinin bir parçası olarak da talep edilebilir.

Kendini Gözlem. Kendini izlemede, danışanlardan egzersiz, baş ağrısı, olumlu düşünceler, saç koparma, sigara içme, yeme alışkanlıkları, stres, uyku bozuklukları, kaygı bozuklukları, sağlıklı yaşam davranışları gibi olguların sıklıklarını, nerede olduklarını ya da yoğunluklarını kaydetmeleri istenir. Danışan ve terapist hedef davranışlar üzerinde anlaşırlar ve danışan bu davranışların kaydını ya da günlüğünü tutmaya devam ederken olayları, davranışların ortaya çıktığı koşulları ve sıklıkla olaylarla ilgili düşünceleri kaydeder. Ne yazık ki kendini izleme ile ilgili endişeler özellikle madde kullanımı gibi konular için gözlenen davranışın sıklığının normalden çok daha az ya da bazen çok daha fazla kaydedilmesini içermektedir (Clark ve Winters, 2002).

Kontrollü Gözlemler

Doğal gözlemlerin genellikle dışarıdan kontrol edilemeyen ortamlarda gerçekleşmesi nedeniyle, gözlemcinin hesap etmediği beklenmedik olaylar değerlendirme sürecini etkileyebilir. Örneğin; danışan, gözlemcinin görüş alanından çıkabilir ya da stres verici olayla başa çıkmada birinden yardım alabilir. Bu yardım olmaksızın danışan nasıl tepkide bulunabilirdi? Doğal gözlemlerin bir diğer dezavantajı da düşük olasılıklı olayların ortaya çıkmasından önce bazen uzun süre beklemek zorunda kalınmasıdır (örn., aile tartışmaları).

Doğal gözlem ile ilişkili güçlüklerin üstesinden gelmenin bir yolu, özel du-

rumlar yaratılarak danışanın planlanmış, standardize edilmiş olaylara tepki verirken gözlemlenmesidir. Bu yaklaşım kontrollü gözlem olarak adlandırılmaktadır çünkü 5. Bölümde anlatmış olduğumuz psikolojik testler uygulanırken yapmış olduklarıyla aynı şekilde, klinisyene değerlendirme yapılan değişken üzerinde kontrolü devam ettirme olanağı verir. Kontrollü gözlemler aynı zamanda *analog davranış gözlemi (analog behavior observation* [ABO]), *durumsal testler* ve *yapay gözlemler* olarak da adlandırılmaktadır.

II. Dünya Savaşı boyunca, askeriyede çalışan psikologlar kişilik özelliklerini ve davranışsal becerileri değerlendirmek üzere birçok kontrollü gözlem geliştirdiler. Operasyonel Stres Testi buna örnek olarak verilebilir. Bu testte pilot adaylarının uçma simülatörü ile uçağı kontrol etmesi istenmektedir. Adaylar, testlerin olumsuz geribildirim eşliğinde gittikçe karmaşıklaşan yönergelerin verilmesi ile (örn., "Çok fazla hata yapıyorsunuz", Melton, 1947) onları amaçlı olarak engellenmeye çalıştığını bilmemektedir. Bu test boyunca, değerlendirici adayın eleştiri ve strese vermiş olduğu tepkiyi puanlar ve bu puanlar simülatör ile sergilemiş olduğu beceriler hakkındaki nesnel veri ile desteklenir.

Stratejik Hizmetler Değerlendirme Kurmay Ofisi (The Office of Strategic Services Assessment Staff, OSS; daha sonra CIA olmuştur, 1948) gözleme dayalı değerlendirmeleri casus ajanlar ve diğer özel personel arasında girişkenlik, baskınlık, işbirliği ve grup liderliği özelliklerini çıkarsamakta kullanmıştır. Adaylara, Tinker oyuncak setine benzeyen geniş ahşap direk ve bloklar kullanılarak 5 ayaklı küp şeklinde bir çerçeve inşa etme görevi verilmiştir. Onlara, kendilerini Kippy ve Buster olarak tanıtan iki asistan verilmiştir (gerçekte psikolog olan). Kippy pasif ve ağır hareket eden bir şekilde davranmıştır. Kendisinden özel olarak bir şey istenmediğinde hiçbir şey yapmamış fakat etrafta ayakta durarak sık sık bir şeylere engel olmuştur. Diğer taraftan Buster agresif, pratik öneriler sunmayan, memnuniyetsizlik ifade etmek için hazır ve adayların en zayıf noktaları olduğundan şüphelendiği noktaları çabuçak eleştiren bir tavır sergilemiştir. Onların görevi 10 dakika içinde adaylar için mümkün olduğu kadar fazla engel ve kızgınlık yaratacak şey sergilemeleriydi. Bunu yaptıklarında, adayların sinirlerini bozmayı başardılar ve yapı asla izin verilen zaman dilimi içinde bitirilemedi (OSS, 1948). OSS durumsal testlerinin daha hafif olan formları II. Dünya Savaşından beri personel seçiminde kullanılmaktadır.

Performans Ölçümleri. Günümüzde, araştırmalarda ve klinik ortamlarda kullanılan kontrollü gözlemler birçok form alabilir. Bazı durumlarda, "kontrol" danışanları – genellikle çiftleri, aileleri ya da ebeveyn-çocuk çiftlerini - klinik ya da laboratuvar ortamına çağırarak bir tartışma yapmalarını ya da bir problemi çözmeye çalışmalarını istemeyi içerir. Kontrollü performans gözlemlerinde, klinisyenler danışanları klinik olarak ilgili bir durumla karşı karşıya kaldıkları durumda gözlemler. Örneğin, evlilik terapisinde, bir çiftten aralarında çatışma

olan bir konuda tartışmaları istenilebilir. Bu sürede terapist ya daha sonra analiz etmek için gözlemlerini kaydeder ya da tartışmayı videoya alır (Heyman, 2001). Zayıflama programlarındaki bireylerin yeme tarzları (miktar, hız, tercihleri) kontrollü bir ortamda yemek yerlerken ya da bir şeyler atıştırırken kaydedilebilir. Alkolik olan ve olmayan içiciler hastane ortamında özel olarak yapılandırılmış kokteyl odalarında ya da oturma odalarında gözlemlenebilir (Collins, Parks ve Marlatt, 1985).

Örneğin, Özgül Duygulanım Kodlama Sistemi (Specific Affect Coding System (SPAFF); Gottman ve Krokoff, 1989) üzerinde düşünelim. Bu gözleme dayalı kodlama sistemi çiftlerdeki özgül türden pozitif (sevgi, mizah, ilgi, beklenti, heyecan) ve negatif (öfke / hor görme, iğrenme, sızlanma, üzüntü, korku / kaygı) duygulanımlarını değerlendirmek için kullanılmaktadır. Johnson (2002) SPAFF'tan elde edilen verileri bir başka kodlama sistemi ile karşılaştırmış, öfke/ hor görme ve mizah/sevgi duygularının evlilik doyumu ile en güçlü korelasyon gösteren duygular olduğunu bulmuştur (üzüntü, korku ve kaygı evlilik doyumu ile en zayıf ilişki gösteren duygular olmuştur). Klinisyenler bu sonuçları farklı yerlerde kullanabilirler. Örneğin; evliliklerini iyileştirmek isteyen çiftlere özgül türden etkileşimleri geliştirmeye çalışarak yardımcı olabilirler.

Davranış Provası/Rol Oynama Testleri (Role-Playing Tests). Psikologlar bazen yapay/hayali durumlar yaratarak buralarda danışandan tipik bir davranışı rol yaparak canlandırmalarını isteyebilir. Davranış provası tekniğinin önemi klinisyenler tarafından uzun yıllardır savunulmaktadır (örn., Borgatta, 1995) ve farklı birçok psikodinamik ve hümanistik tedavi yaklaşımlarının köşe taşı olarak işlev görmektedir (örn., Moreno, 1946; Perls, 1969). Fakat, 1960'ların sonlarına kadar bu teknik sistematik klinik değerlendirmenin bir parçası olmamıştır. Bu tarihten sonra, davranış provası testleri çocukların sosyal ve güvenlik becerilerinin (Harbeck, Peterson ve Starr, 1992), ebeveyn-çocuk etkileşimlerinin (Carniero, Corboz-Warney ve Fivaz- Depeursinge, 2006; Jouriles ve Farris, 1992), depresif davranışın (Bellack, Hersen ve Himmelhoch, 1983), sosyal yeterliliğin ve sosyal kaygı ya da kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerdeki iletişim becerilerinin (Dilk ve Bond, 1996; Norton ve Hope, 2001) gözleme dayalı değerlendirilmesinde standart bir unsur olmuştur. Davranış provalarının çoğunda danışanların ya da eğitim alanların tepkileri kameraya kaydedilir. Daha sonra gözlemci tarafından içeriğin uygunluğu, kabul edici ve geri çevirici atılganlık düzeyi, kaygı, tepki vermede gecikme, tepki süresi, konuşmanın akıcılığı, vücut duruşu, göz teması, bakış, el hareketleri, başın çevrilmesi ve ses tonu gibi bir dizi kriter temelinde derecelendirilir.

Örneğin, Genişletilmiş Etkileşim Testi, danışanların atılganlık becerilerinin genellik ve sağlamlılığını bir kasete kaydedilmiş, gittikçe artan oranda mantıksız istek ve taleplerde bulunan antagonist birinin gösterilmesi ile değerlendirir

(McFall ve Lillesand, 1971). Burada bu testten yapılan bir alıntı yer almaktadır:

Anlatan: Çalışma zamanı için kendini gerçekten baskı altında hissediyorsun çünkü cuma öğleden sonra bir sınavın var. Şimdi, masada ders çalışıyorsun ve yakın bir arkadaşın yanına geliyor ve "Merhaba, tahmin et ne oldu. Ailem aradı ve bana bir uçak bileti almayı teklif ettiler, böylece bu hafta sonu eve uçabileceğim. Harika, değil mi!? Tek sorun cuma sabahı olan dersimi kaçıracak zorunda olmam ve ders notlarını kaçırmaktan nefret ediyorum. Bunu çok nadiren yaparım. Bak, senin bu sınıfta olmadığını biliyorum, fakat eğer cuma günü sınıfa gidebilirsen ve benim için not tutabilirsen benim için gerçekten de çok büyük bir iyilik yapmış olursun. Böylece ben de cuma günü eve gidebilirim. Bunu benim için yapabilir misin? " diye soruyor.

Eğer katılımcı teklifi reddederse, kayıt devam eder:

"Bunu benim için yapmanı beklemek bir tür delilik sanırım ama eğer ayrılmak için hazırlanacaksam yapacak bir sürü işim var. Bu nedenle etrafta soru sorarak vakit kaybetmek istemiyorum. Haydi, bunu benim için bir kerelik yapacak mısın? "

Eğer katılımcı teklifi reddederse, kayıt devam eder:

"Bak, eğer arkadaşlar dara düştüklerinde birbirlerine yardım etmezlerse arkadaşlık ne işe yarar? Eğer sen benden böyle bir şey istemiş olsaydın yapardım. Ne diyorsun, olur mu?"

Eğer katılımcı teklifi reddederse, kayıt devam eder:

"Ama bunun için sana güveniyordum. Ailemi geri arayarak gelemeyeceğimi söyleyecek olmaktan nefret ediyorum. Bana yardım etmek için sadece bir saatini ayıramaz mısın?

Eğer katılımcı teklifi reddederse, kayıt devam eder (alaylı bir biçimde):

"Bak şimdi, senin değerli zamanını almak istemiyorum. Sadece bana söyle. Bunu yapacak mısın yoksa ailemi geri aramak zorunda mı kalayım?

Muhtemelen, tekrarlanan isteklere karşı duran biri, bir önceki reddetmenin ardından tekrar istekte bulunulan kişinin yaptığından daha atılgan davranır.

Bazen, klinisyen ve araştırmacılar danışanın davranışlarını gözlemlemek için kurgulanmış bir doğal olayı kullanabilirler. Burada amaç, danışanın davranışlarını ona doğal görünen kontrollü bir ortamda gözlemlemektir (Gottman, Markman ve Notarius, 1977). Örneğin, örtük davranış provası (rol-yapma) testleri psikiyatri servisinde yatan hastalarda sosyal becerilerin düzeyini değerlendirmek için kullanılmaktadır (Goldsmith ve McFall, 1975). Bu testlerde danışandan bir yabancı ile buluşması ve konuşması istenmektedir (gerçekte klinisyenin asistanı olan). Yabancı rolündeki asistandan, danışan ile şu üç "kritik anda" karşı karşıya gelmesi istenir: Danışanın adını anlayamadığı durum, bir öğle yemeği davetini başka bir zaman yapma olasılığını açık bırakarak bir mazeretle geri çevirme

durumu ve konuşmadaki ilk uygun arada "Bana biraz kendinden bahset" demesi gereken durum. Benzer yapılandırılmış durumlar, danışanların anne-babalık özelliklerini (Carneiro, Carboz-Warney ve Fivaz-Depeursinge, 2006; Hawes ve Dadds, 2006) ve üniversite öğrencileri arasındaki sosyal davranışları (Kern, 1982) değerlendirmek için de kullanılmaktadır. Bunu gerçekleştirmek için anne-baba adaylarına oyuncak bir bebek gösterilerek kendilerine tarif edilen durumu rol yaparak canlandırmaları istenebilir ya da ebeveynlerden video kaydında uygunsuz davranışlar sergileyen bir çocuğa tepkide bulunmaları istenebilir.

Katılımcılardan gerçek amacın ve prosedürün gizlenerek danışanın kandırılmasını ve mahremiyetin ihlâlini içeren gözlemler elbette büyük bir özenle, danışanın refah ve saygınlığını dikkate alacak şekilde yapılandırılmalıdır. Örtük kontrollü gözlemin kullanılmasını destekleyen klinisyen ya da araştırmacılar bu yöntemin potansiyel tehlikelerinden uzak durmaya çalışmaktadır. Bu nedenle bu tür gözlemlerin kullanımının karmaşık kişilerarası etkileşime dayalı sosyal becerilerden daha çok reddetme gibi özgül davranışların ölçülmesi ile sınırlandırılmasının faydalı olabileceğini vurgulamaktadırlar.

Fizyolojik Ölçümler. Diğer performans testleri kalp hızı, solunum, kan basıncı, galvanik deri tepkisi, kas gerginliği ve beyin işleyişi gibi farklı uyarıcılar ile ilişkili görünen fizyolojik aktiviteyi ölçmektedir. Baş ağrılarından yakınan bir hastanın baş ağrısı ile ilgili bir film izlerken alın kaslarının gerginliğinin ölçüldüğü bir çalışma bu tür ölçümlerin erken dönem kullanım örneklerinden biridir (Malmö, Shagass ve Davis, 1950). Gordon Paul'un (1966) konuşma kaygısı yaşayan danışanları belirlemeye yardımcı olmak için konuşma yapmadan hemen önce kalp atış hızı ve terleme miktarı ölçümlerini kullandığı çalışma buna klasik bir örnektir. Bu ölçümler kaygı azaltma tedavileri süresince tedavinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla birçok kez tekrarlanmıştır (Ayrıca bknz.; Nietzel, Bernstein ve Russell, 1988).

Klinik psikologların uykusuzluk, baş ağrısı, kronik ağrı, cinsel işlev bozuklukları, sindirim bozuklukları, HIV / AIDS, diyabet ve net bir şekilde psikolojik bileşeni olduğu bilinen diğer bozukluklarla ilgili çalışmalarda son yıllarda daha çok yer almaya başlamaları nedeniyle bu tür fizyolojik ölçümlerin kullanım eğilimleri gittikçe artmaktadır (Bölüm 12, "Sağlık Psikolojisi"ne bknz.). Örneğin, cinsel uyarılma ve cinsel işlev bozukluklarının değerlendirilmesinde fizyolojik ölçümlerin kullanılmasını ele alalım. Böyle bir performans değerlendirme sisteminde, erkek deneklerden uygun ve uygun olmayan cinsel uyarıcıları içeren farklı türden erotik davranışların yer aldığı kayıtları dinlemeleri ya da seyretmeleri istenir. Katılımcılar sunulan materyali izlerken ya da dinlerken (ses kaydı çalarken) penislerine bağlı bir gerinim ölçer (phallometric ölçümler olarak adlandırılmaktadır) penisin boyutlarındaki değişiklikleri kaydeder (phallometric ölçümler olarak adlandırılmaktadır). Kendilerine sunulan materyale verilen daha büyük ereksiyon tepkisinin daha yük-

sek düzeyde cinsel uyarılmanın sinyali olduğu varsayılmaktadır. Bazı çalışmalar çocuk pornografisi suçluları arasında, erektil yanıt düzeyi yüksek olanlarda pedofili girişimlerinde bulunma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir (Seto, Cantor ve Blanchard, 2006). Ne yazık ki, spesifik türden uyarıcılara verilen uyarılma paternleri farklı cinsel suçların her biri için tespit edilememiştir (Looman ve Marshall, 2005, Blanchard ve Barbaree, 2005) ancak bunu yapabilecek diğer teknolojilerin eninde sonunda geliştirileceğine ilişkin umut devam etmektedir.

Psikolojik faktörlerin sağlık ve hastalıkta oynadıkları role ilişkin artan ilgiye paralel olarak (bknz., Bölüm 12), klinik değerlendirmede fizyolojik kayıt cihazlarının kullanımı da muhtemelen artmaya devam edecektir. Özellikle, günümüzde birçok şirket, sanal gerçelik sistemleri de dahil olmak üzere uyarıcıları gösteren ve verilen tepkileri kaydeden nispeten ucuz ve taşınabilir cihazları piyasaya sürmektedir.

Sanal Gerçekliğe Dayalı Değerlendirme (Virtual Reality Assessment). Sanal gerçekliğe dayalı değerlendirmede danışan, bilgisayar tarafından yürütülen gerçekçi bir simülasyona maruz bırakılmaktadır. Uygulama sırasında danışan bazen bir ekran görür, ancak simülasyon sıklıkla danışanın taktığı bir başlık setinin sunduğu görsel, işitsel ve bazen de dokunsal uyaranlar aracılığı ile gerçekleştirilmektedir. Bu teknoloji üç boyutlu olarak gösterilen bir uyarıcının daha net bir şekilde sunulmasına ve kontrol edilmesine izin vermektedir. Sunum sırasında, klinisyenlerce, özbildirim ölçümleri elde edilebilir, davranışsal gözlemler yapılabilir ve fizyolojik ölçümler ya da diğer değerlendirme indeksleri toplanabilir. Bu tür ölçümlerin elde edilebilmesi sanal gerçekliğin hem bir değerlendirme aracı olarak hem de tedavinin uygulanmasındaki öneminin pekişmesine yardımcı olmaktadır (Gorman, 2006; Cote ve Bouchard, 2005).

Simülasyonlara veya sanal gerçekliğe dayalı değerlendirmelerin gerçek durumlara taşınamayabileceğine ilişkin endişeler, büyük oranda temelsiz görünmektedir. Uçuş simülasyon eğitimi hem sivil hem de askeri pilotlar arasında uzun yıllardır etkili bir değerlendirme ve eğitim yöntemi olarak kullanılmaktadır. Belki de otizmli danışanlar hariç, sanal gerçekliğe dayalı değerlendirme ve tedavi uygulamalarının gerçek yaşam alanlarına oldukça iyi transfer edilebildiği görülmektedir (Standen ve Brown, 2005). Örneğin, Lew ve arkadaşları (2005) travmatik beyin hasarı geçiren danışanların uzun vadeli sürüş performansını değerlendirmek için bir sürüş simülatörü kullanmışlardır. Bu çalışmada, sanal gerçekliğe dayalı değerlendirmenin gelecekteki sürme performansını yol testinden (gerçeklik tabanlı) daha iyi yordadığı bulunmuştur.

Davranışsal Kaçınma Testleri (The behavioral avoidance tests - BAT). Kontrollü gözlemde kullanılan bir başka popüler performans testi davranışsal kaçınma testidir ya da DKT. Bu testler özgül bir durum ya da nesneye karşı gösterilen açık kaygıyı değerlendirmek için geliştirilmiştir. DKT'lerinde danışan

korkulan uyarıcı ile karşı karşıya bırakılır ve gözlemci sergilenen kaçınmanın derecesini ve niteliğini kaydeder. Formal olmayan DKT'lerin 1920'ler kadar erken dönemlerde çocuklarda kullanılmasına rağmen (örn., Jones, 1924 a, b), sistematik kaçınma-testi prosedürlerinin kontrollü gözleme dayalı değerlendirmenin yaygın bir formu hâline gelmesi, 1960'ların başından önce gerçekleşmemiştir.

Yılan fobisi için sistematik duyarsızlaştırmanın kullanıldığı bir çalışmada, Peter, Lang, David ve Lazovik (1963) danışandan bir kafes içinde zararsız yılanın bulunduğu bir odaya girmesini, yılana yaklaşmasını, ona dokunmasını ve onu tutmasını istemişlerdir. Gözlemciler danışanların yılana bakmayı, dokunmayı ve onu tutmayı yapıp yapamadığına dayanarak onlara kaçınma puanları vermişlerdir. Sıçanlar, örümcekler, hamam böcekleri ve köpekler olmak üzere diğer birçok korku uyaranı DKT'lerinin diğer versiyonlarında kullanılmaktadır ve tepkileri puanlamak için kullanılan "bak-dokun-tut" kodlama sisteminin yerini daha sofistike ölçümler almış durumdadır. DKT'lerinde de sanal gerçeklik teknolojisi danışanların tepki verdikleri yapay ortamlar yaratmayı olanaklı hâle getirmektedir.

Bu Kısmın Özeti: Gözleme dayalı tekniklerin bir kısmının her ikisinin de unsurlarını bir arada bulundurmasına rağmen, gözleme dayalı değerlendirme doğal ya da kontrollü olarak sınıflandırılabilir. Danışanların okullarda, evlerde, kliniklerde ve diğer ortamlarda doğal gözlemlenmesi ekolojik geçerlik sağlamakta ve danışanın spesifik tetikleyicilere vermiş olduğu tepkiler hakkında değerli bilgiler ortaya çıkarabilmektedir. Doğal gözlemlerin bazısında, klinisyenler ya da araştırmacılar katılımcı tarafından görülmezler ve gizlice gözlem yaparlar. Diğer durumlarda ise, klinisyen bir katılımcı-gözlemcidir. Kontrollü gözlemler klinisyene en büyük klinik ilgi odağı olan davranışları ortaya çıkaran durumları hedef almasına olanak verir. Fizyolojik ölçümler ve sanal gerçekliğe maruz bırakma gibi belli teknikler, odaklanmış gözleme dayalı değerlendirme yöntemleri olarak başarılı olacağa benzemektedir.

GÖZLEME DAYALI DEĞERLENDİRME ÜZERİNE YAPILMIŞ ARAŞTIRMALAR

Bu Kısma Bakış: Görünür (ekolojik) geçerliğe sahip olmalarına rağmen, gözleme dayalı değerlendirmeler bazı sınırlılıklara sahiptir. Aynı davranış setini araştırmadıkları ve aynı şekilde kodlamadıkları zaman gözlemcilerin aynı fikirde olmama olasılığı yüksektir. Bu nedenle davranışsal hedeflerin özgül olması, net bir şekilde kodlanmış ve kaydedilmiş olması önemlidir. Tıpkı görüşmelerde olduğu gibi, kaydedilen gözlemlerin ne anlama geldiği hakkında net çıkarsama kuralları olduğunda da güvenirlik artırılmaktadır. Gözleme dayalı değerlendirmede özel endişe kaynağı olan klinisyen yanlılıkları genellikle kabul edilmemektedir çünkü gözlemler oldukça nesnel görünmektedir. Klinisyenler, yaptıkları gözlemler üzerine temellendirdikleri sonuçları diğer değerlendirme verilerinden elde edilen sonuçlarla karşılaştırarak çapraz geçerliği test etmelidirler. Klinik uygulamada, formal gözleme dayalı değerlendirmeler onları uygulamak için gerekli

olan zaman ve çaba nedeniyle çok sık kullanılmamaktadır. Günümüz sağlık hizmetlerinde daha çok odaklanmış görüşmeler ve psikolojik testler tercih edilmektedir.

Gözleme dayalı değerlendirmenin en güçlü destekleyicilerinden olan davranışçı klinisyenler, gözlemlerin en doğru ve ilgili değerlendirme verisi kaynağı olduğunu öne sürmektedir. Gözlemler insan davranışının açık ve yansız bir görünümünü sağladığı düşünülen fotoğraflara benzetilmektedir. Fakat herhangi bir fotoğrafçının bildiği gibi, bir fotoğraf sadece bir sahneyi resmetmek değildir. Sahneyi oluşturan unsurların, fotoğrafçının ekipman ve kadraj hakkındaki tercihlerinin, geliştirme ya da kurgulama süreçleri boyunca vermiş olduğu hükümlerin bir kombinasyonunun ürünüdür. Benzer şekilde bir dizi faktör gözleme dayalı değerlendirmenin güvenirlik ve geçerliğini etkileyebilir.

Gözlemsel Hedefleri Belirlemek

Gözleme dayalı değerlendirmede hem geçerliği hem de güvenirliği sağlamanın en temel koşulu, ölçülecek olan hedefi netleştirmektir. Bu nedenle, davranışın hangi yönlerinin aranacağına ve kodlanacağına ilişkin kararlar ve bu hedeflerin nasıl tanımlandığı, değerlendiricinin bakış açısının varlığını ve bir gözlemin anlamını yansıtır. Örneğin; atılganlığı ele alalım. Bir klinisyen atılganlığı danışanın mantıksız teklifleri geri çevirebilme becerisini gözlemleyerek değerlendirirken bir diğeri pozitif duygulanımın doğrudan ifadesi üzerine odaklanabilir. Bu tanımlama sorunu herkesi memnun edecek şekilde belki de hiçbir zaman çözülmeyecektir fakat bir gözlemsel sistemin güvenirlik ve geçerliğini değerlendirme hangi davranışsal özelliklerin kodlanacağına ilişkin sorular ile başlamaktadır.

Gözleme Dayalı Değerlendirmenin Güvenirliği. Gözleme dayalı değerlendirmeler ne kadar güvenilirdir? Test-tekrar test güvenirliğini ölçmek eğer danışanın davranışları zaman içinde çok büyük değişiklik göstermiyorsa zor olabilir. Örneğin, eğer çiftler bir konu hakkında tartıştıkları zaman düşmanca ve oldukça öfkeli davranışlar sergiliyorlarsa bu duyguları bir hafta sonra çok daha az gösterebilir. Bu durumda düşmanlığın iki hafta sonra tekrarlanan ölçümleri oldukça farklı olabilir. Bu nedenle, değerlendiriciler arası güvenirlik daha önemli olabilir.

Değerlendiriciler arası güvenirlikte iki faktör özellikle önemlidir: Görevin karmaşıklığı ve değerlendiricinin eğitimi. Görevin karmaşıklığını azaltmak genellikle değerlendiriciler arası güvenirliği artırır (örn., gözlemci eğer 100 kategorili kodlama sistemi yerine 15 kategorili bir sistem kullanırsa güvenirlik artırılabilir). Gözlemci eğitimi de güvenirliği etkileyebilir. Eğer gözlemciler gülmeyi kaydetmeyi istiyorlarsa fakat gülmenin işlevsel tanımı yapılmamışsa bir gözlemci kıkırdamayı değil sadece içten bir kahkahayı sayarken, bir diğer gözlemci gülümsemekten şiddetli kahkahaya her şeyi dâhil edebilir. Kısmen değer-

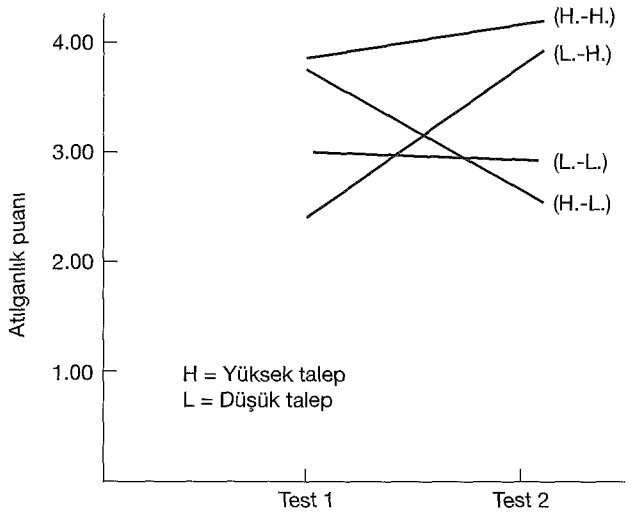
lendiriliyor olmaları nedeniyle, insanlar gözlem sistemlerini kullanmak için ilk defa eğitildiklerinde, uygulama oturumları sırasında genellikle oldukça sıkı çalışırlar ve görevin üzerine oldukça dikkatli bir şekilde odaklanırlar. Daha sonra "gerçek" veri toplanırken, gözlemciler kimsenin onların güvenirliğini sorgulamadığını düşünürlerse dikkatsizce davranabilirler.

Gözleme Dayalı Değerlendirmenin Geçerliği. İlk bakışta, klinik değerlendirme yaklaşımları arasında bir geçerlik sıralaması yapıldığında, davranışın gözlemlenmesi en üstte yer alacakmış gibi görünmektedir. Davranışı bir görüşmede dinlemek ya da uygulanan testler aracılığı ile davranış hakkında tahminlerde bulunmak yerine, gözlem yapan bir klinisyen gerçek bir şey izleyebilir.

Belirli bir ölçüde, doğrudanlık ya da klinik gözlemin görünüm geçerliği, onun geçerliğinin geleneksel yöntemlerle değerlendirilmesine daha az vurgu yapılmasına yol açmaktadır. Bununla birlikte, eğer evli bir çiftte saldırganlığı değerlendirmememize rağmen saldırgan davranışlar gözlemliyorsak, bu kullandığımız tekniğin geçerliğini ortaya koymada yeterli midir? Cevap ancak şu koşulları sağlamışsak evettir: (1) Kodlanmış olan davranışlar (örn., sesini yükseltmek) saldırganlığın tatmin edici bir tanımını içeriyorsa, (b) Elde edilen veri gözlem süresince sergilenen saldırganlığın doğasını ve derecesini güvenilir bir biçimde tam olarak yansıtıyorsa ve (c) Gözlem altındayken sergilenen davranışlar danışanların gözlenmediği ortamlardaki tipik davranışlarını doğru bir şekilde temsil ediyorsa.

Gözlemin geçerliğini değerlendirmenin bir yolu, gözlem yoluyla elde edilen sonuçların diğer değerlendirme yöntemlerinden elde edilen sonuçlarla ne derece korelasyon gösterdiğini sormaktır. Örneğin, mantıksız talepleri geri çevirebilme yaşıtları tarafından atılgan olarak değerlendirilen bireylerde daha sık mı gerçekleşmektedir? Eğer böyle ise, akranların değerlendirmeleri gözlem ile ilişkilidir ve biz gözlemin eş zaman geçerliliği gösterdiğini söyleyebiliriz. Gözlemin; görüşmeler, fizyolojik ölçümler, özbildirim ölçekleri ve diğerlerinin değerlendirmeleri gibi diğer değerlendirme araçlarından elde edilen veriler ile göstermiş olduğu korelasyon arttıkça, gözlemin eş zamanlı geçerliği de yükselecektir.

Eğer gözleme dayalı değerlendirmeden elde edilen veriler, beyin hasarına sahip bir hastanın güvenli bir şekilde araba sürüp süremeyeceği (örn., Lew ve diğ., 2005) gibi gelecekteki bir davranışı doğru bir şekilde yordarsa, gözleme dayalı değerlendirmenin yordayıcı geçerliğe sahip olduğunu söyleyebiliriz. Beklendiği gibi, gözlemlenecek hedef davranışın ve uygun koşullar altında tekrarlanan davranış örnekleminin net bir şekilde tanımlanmasını içeren gözlemler daha yüksek yordayıcı geçerliğe sahip olma eğilimindedir.



ŞEKİL 4.2 Gözlenen Atılganlık Üzerindeki Durumsal Etkiler

(Kaynak: M. T. Nietzel & D. A. Bernstein, 1976.)

Gözlemlenen Davranışın Temsil Edilebilirliği. Gözleme dayalı değerlendirmeyi kullanan klinisyenler, gözlem altında olan danışanların farkında olarak ya da olmayarak klinik olarak ilgilenilen davranışları değiştirme olasılığı hakkında kaygılanmalıdır. Gözlem durumunun kendisi sosyal ipuçları ya da hangi davranışların uygun ve beklenilir hangi davranışların böyle olmadığını öneren *talep özellikleri (sosyal istenirlik)* aracılığı (Orne, 1962) ile danışan davranışı üzerinde yönlendirici bir etki uygulayabilir. Bu nedenle, eğer bir klinisyen danışanların nasıl davranması gerektiğine ilişkin güçlü sosyal ipuçlarını içeren bir ortamda bir çifti gözlemlerse (örn., biz sizin gerçekte ne kadar sık kavga ettiğinizi ölçmek istiyoruz) gözlem bu çift için gerçekte olduğundan daha yüksek bir çatışma ortaya çıkarabilir. Örneğin, atılganlığı ölçmenin hedeflendiği bir çalışmada, üniversite öğrencilerinden kayıtlarda daha önce belirtmiş olduklarına benzer sosyal durumlara tepki vermeleri istenmiştir (Nietzel ve Bernstein, 1976). Vermiş oldukları tepkilerin atılganlık düzeyi 5 dereceli bir ölçekle puanlandırılmıştır. Bütün katılımcılar ya aynı ya da farklı talep durumları altında ses kayıtlarını iki kere dinlemiştir. "Düşük-talep" durumunda katılımcıdan normal tepkilerini sergilemesi istenmiştir. "Yüksek-talep" durumunda ise kendilerinden "en güçlü ve atılgan olduğunu düşündükleri biri kadar atılgan" olmaları istenmiştir. Sonuçlar Şekil 4.2.'de özetlenmiştir. Elde edilen sonuçlar, bu yönergelerin sadece başlangıç etkisine sahip olmadığını aynı zamanda katılımcıların davranışını bir testten diğerine anlamlı olarak değiştirdiğini de göstermiştir. Benzer şekilde, gözleme dayalı kaygı değerlendirmelerinin yapıldığı diğer çalışmalar verilen yönergelerin, deneycinin ortamda bulunup bulunmamasının, fiziksel ortamın özelliklerinin ve diğer durumsal değişkenlerin danışanın davranışsal kaçınma testlerinde hissetmiş olduğu korku miktarını etkilediğini göstermektedir (örn., Bernstein, 1973; Bernstein ve Nietzel, 1977).

Gözleme dayalı değerlendirmedeki durumsal yanlılıkları en aza indirmek için birçok strateji önerilmesine rağmen (Bernstein ve Nietzel, 1977; Borkovec ve O'Brien, 1976) problem tamamen ortadan kaldırılamamaktadır. Danışanın davranışları gözleniyorken sergilenen uyarıcıların danışanın gözlemlenmediği durumda sergilenenlerden farklı olduğu sürece, formal gözlem süresince sergilenen davranışın diğer durumlara genellenebileceğinden emin olamayız. Klinisyenlerin yapabileceği en iyi şey davranışı etkileme olasılığı olan herhangi bir uyarıcıyı en aza indirmektir. Tamamen doğal ve örtülü gözlem kuramsal olarak olası olmasına rağmen pratikte sıklıkla uygulanabilir değildir. Bu nedenle, klinisyenler bazı davranışsal hedefleri değerlendirmek için yapay, analog gözlemlere güvenmeye devam edeceklerdir.

Gözlemci Etkileri. Klinisyenler ve araştırmacılar gözlemcinin doğruluğuna ilişkin birçok faktöre dikkat etmelidirler çünkü gözleme dayalı verinin niteliği gözlemci yanlılığı tarafından tehdit edilebilir (Harris ve Lahey, 1982). Hedefler iyi tanımlanmadığında, farklı kodlama şemaları ya da farklı kuramsal yönelime sahip gözlemciler tarafından gözlemden elde edilen verinin ne anlama geldiğine ilişkin çıkarsamalarda bulunulduğu durumlarda gözlemci çıkarımlarındaki farklılaşmaları daha önce tartışmıştık. Bu olgunun çalışıldığı bir çalışmada psikiyatristler, psikologlar ve lisansüstü öğrencileri uyumlu bir kişiyi tasvir eden bir aktörün yer aldığı kaydedilmiş bir görüşmeyi dinlemişlerdir (Temerlin, 1968). Görüşmeyi nötr olan koşullarda dinlediklerinde, görüşmecilerin %75'i kişiyi sağlıklı olarak değerlendirirken %43'ü onu nevrotik olarak adlandırmıştır. Katılımcıların hiçbiri görüşmedeki kişinin psikotik olduğunu düşünmemiştir. Ancak, görüşme kaydının "mükemmel bir şekilde sağlıklı" ya da "nevrotik görünen ancak aslında psikotik olan" birine ait olduğu söylendiğinde değerlendirmeler yanlılaşmıştır. Kişinin sağlıklı olduğuna ilişkin önyargının oluşturulduğu koşulda, dinleyicilerin hepsi kişiyi sağlıklı olarak değerlendirirken, psikotik-önyargı koşulunda, ortalama olarak yaklaşık %30'u kişiyi psikotik ve %60'ından fazlası ise nevrotik olarak tanılamıştır.

Gözlem Yöntemlerinin Kullanımındaki Eğilimler

Son yirmi yılda değerlendirme için davranışçı ve bilişsel yaklaşımların birleştirilmesi ile birlikte gözleme dayalı değerlendirmeler giderek daha fazla oranda danışanın bilişlerini de içermektedir. Bilişler doğası gereği tabi ki doğrudan gözlenememektedir, ancak bilişsel davranışçı klinisyenler danışandan belirli bir noktada gözlem süresince *sesli düşünmesini* isteyerek bilişleri gözlemlemektedir. Bazen, bu *düşünce örnekleme* bir bipleyici ya da diğer cihazlar tarafından elde edilmektedir. Ayrıca, klinisyen yeniden gösterdiği video kaydının belirli bir noktasında danışandan düşüncelerini bildirmesini de isteyebilir (Sanders ve Dadds, 1992).

Birçok klinisyen için doğal ve informal gözlem en temel veri kaynağı olmaya devam etmektedir fakat aynı şeyi kontrollü gözlemlerin birçoğu için söylemek mümkün değildir. 1984'de Davranışçı Terapiyi Geliştirme Derneği'nin (Association for the Advancement of Behavior Therapy) üyelerinin sadece %20'si kontrollü gözlemsel yöntemlerin kullanılmasını önermiştir (Piotrowski ve Keller, 1984). Son dönemde yapılmış olan daha güncel araştırmalar da kontrollü ve analog gözlemlerin klinik uygulama ve lisansüstü eğitim programlarında çok az ilgi çektiğini göstermeye devam etmektedir (Mash ve Foster, 2001). Araştırmacılar sistematik gözleme dayalı yöntemlerin kullanımını yaygınlaştırmak ve geliştirmek için çaba sarfetmeye devam etmektedir. Ancak, klinisyenler hâlâ bu yöntemleri uygulamalarının temel unsuru yapabilmiş değillerdir.

Kontrollü gözlemlerin klinik uygulamalarda daha az yer almasına ilişkin birçok neden ileri sürülebilir. En önemli neden maliyet ve zaman gibi pragmatik endişelerle ilgilidir. Anlatmış olduğumuz gözlemlerden bazılarını yapmak oldukça fazla zaman ve kaynak kullanımı gerektirmektedir. Yapılandırılması gereken durumlar, öğrenilmesi gereken kodlama sistemleri, kiralanması ve eğitilmesi gereken gözlemciler, toplanması ve deşifre edilmesi gereken veriler vardır. Bu etkinlikler üniversite tabanlı kliniklerde ve eğitim hastanelerinde çalışan araştırmacı klinisyenler için standart faaliyetler olmasına rağmen, alanda çalışan uygulamacı klinisyenlerinin birçoğunun sahip olduğu kaynakları aşmaktadır. Ayrıca, bazı klinisyenler kontrollü gözlemlerin içerik ve sunumunun, örneğin psikolojik testlerin yapıldığı şekilde, standardize edilemeyeceğine ilişkin endişelerini dile getirmektedirler (Norton ve Hope, 2001). Birkaç çok popüler gözlemsel teknik dışında diğerleri hakkındaki kısıtlı erişim ve ayrıntılı bilginin olmaması ile ilgili endişeler bir araya getirildiğinde, klinisyenlerin neden gözleme dayalı teknikleri daha ulaşılabilir ve ekonomik psikolojik testleri ya da yapılandırılmış görüşmeleri uyarladıkları şekilde uyarlamadıkları oldukça açık bir hale gelmektedir. Mash ve Foster (2001, syf. 13) "Analog davranışsal gözlem oldukça ümit verici bir teknik olarak duyurulmuş olmasına rağmen bir klinik değerlendirme yöntemi olarak oldukça hayal kırıklığı yaratan bir geçmişe sahiptir" sonucuna varmıştır.

Klinisyenlerin hâlâ karşı karşıya kaldıkları belki de en önemli sorun sıklıkla oldukça zahmetli, maliyetli ve zaman alıcı olan prosedürleri uygulamadaki faydası açık olan gözleme dayalı verinin toplanması için pratik bir şekle dönüştürmektir. Bazı ilerlemelere rağmen hâlâ davranışsal gözlemler için evrensel olarak kabul edilen bir prosedür bulunmamaktadır (Miller ve Leffard, 2007). Belki de en önemlisi, klinisyen ya da araştırmacı daha önce tartışmış olduğumuz çeşitli karıştırıcı faktörlerin etkisini en aza indirecek şekilde gözlem yapmalıdır. Böylece genel bir değerlendirme planı içinde en yüksek değere sahip veriler elde edilebilir.

Bu Kısmın Özeti: Gözleme dayalı yöntemler ekolojik geçerliğe sahip olmalarına rağmen (Gerçek davranışlar gerçek koşullar içinde gerçekleşir), eş zamanlı ve yordayıcı geçerlikleri genellikle inceleme altına alınmamıştır. Bu yöntemler incelendiğinde, kesin olarak tanımlanmış ve puanlanmış ölçümler daha yüksek geçerliğe sahip olma eğilimindedir. Gözlemler hedef davranış net olarak özgül hale getirilmediğinde ve farklı gözlemciler farklı karar verme kuralları kullandıklarında daha az geçerli olma eğilimindedirler. Bu nedenle aynı gözlem setinden farklı sonuçlar çıkarılabilir. Klinisyenler özellikle kısıtlı tek bir gözlemden çok fazla çıkarımda bulunurken, gözlem sırasındaki önyargı potansiyellerinin farkında olmalıdırlar. Klinisyenler gözlemlere dayalı sonuçları diğer değerlendirme verilerinden elde edilen sonuçlarla karşılaştırarak çapraz-geçerleme yapabilirler. Hâlâ kullanışlı bir değerlendirme aracı olmasına rağmen formal gözleme dayalı değerlendirmeler bunları uygulamak için gerekli olan zaman ve çaba nedeniyle klinik uygulamada çok sık kullanılmamaktadır.

BÖLÜM ÖZETİ

Görüşmeler önceden belirlenmiş bir amaç doğrultusunda, klinik durumlarda yapılan sözlü iletişimler olarak tanımlanmaktadır. Bu amaçlar, ilk görüşme, problem-sevk, oryantasyon, sonlandırma, krize müdahale ve gözlemi içermektedir. Yönlendirilmemiş görüşmelerde klinisyen danışanın konuşmasına mümkün olduğunca az müdahalede bulunurken, yapılandırılmış görüşmelerde önceden belirlenmiş bir sıra ile planlanmış sorular mevcuttur. Yarı yapılandırılmış görüşmeler ise bu iki uç arasında yer almaktadır.

Görüşmelerin büyük çoğunluğu başlangıç, orta ve sonuç kısımlarına sahiptir. İlk görüşme ve problem-tanılama görüşmeleri, örneğin, genellikle danışanın kendini rahat hissetmesini sağlayacak çabalarla başlar, bilginin toplandığı orta aşamaya geçilir ve özetleme ve tartışma ile sonlandırılır. Görüşmenin her evresini yapılandırmak ve bir aşamadan diğerine yumuşak bir şekilde geçmek, sağduyunun, etkili dinleme becerilerinin, iyi ifade edilmiş soruların ve inceliğin bir kombinasyonunu gerektirir. Eğer görüşmelerin en yüksek değere sahip olması isteniyorsa, danışan ile görüşmeci arasındaki hem sözel hem de sözel olmayan iletişim kanallarının mümkün olduğunca açık olması gerekir.

Görüşmelerin, özellikle yapılandırılmış olanların, güvenirliğinin genellikle iyi olmasına rağmen güvenirlik genellikle soruların nasıl ifade edildiği, danışanın görüşmeci ile ne kadar rahat hissettiği, duygusal durum, bellek becerileri ve motivasyon gibi birçok değişkene bağlı olabilir. Geçerlik ve güvenirliğin her ikisi de özellikle belirli özelliklere sahip danışanlara ilişkin peşin hükümlerle ilgili olan görüşmeci hataları ve yanlılığı tarafından tehdit edilebilir. Bu tür hata ve yanlılıkları ortadan kaldırmak, klinisyenler için önemli bir sorundur.

Gözleme dayalı değerlendirme sistemleri danışan hakkında başka türlü elde edilemeyen ya da diğer değerlendirme yöntemlerinin doğal olarak sahip olduğu yanlılık-

ları (örn., görüşmelerde belirtilen özbildirimlerde yer alan yanlılıklar) düzelten bilgilerin elde edilmesi için tasarlanmıştır. Gözlemler doğal ya da kontrollü çevrelerde (bazen her ikisinin birleşimi), katılımcı olan ya da olmayan gözlemciler tarafından yapılabilir. Bazen kendini izleme adı verilen prosedürde olduğu gibi danışanların kendi davranışlarını gözlemlemesi ve kaydetmesi de istenebilir.

Doğal gözlemler, hastanelerde, okullarda ve evlerde kullanılmak için geliştirilmiştir. Bu sistemler gerçekçilik ve geçerlilik avantajlarına sahip olmalarına rağmen maliyetli ve zaman alıcıdır ve kontrol edilemeyen durumsal faktörlerden etkilenebilir. Bu problemleri en aza indirgemek için klinisyenler danışanın özel koşullar altında standardize edilmiş durumlara tepki verirken gözlemlendiği kontrollü gözlemleri kullanmaktadırlar. Rol oynama ile canlandırılan sosyal etkileşimler ve sigara içme, yemek yeme, içki içme ya da korkulan bir nesne ya da durumla meşgul olma gibi performans testleri bu standardize edilmiş durumlara örnek olarak verilebilir. Kontrollü gözlemler süresince klinisyenler danışanın fiziksel tepkilerinin yanı sıra diğer açık tepkilerini de izleyebilir.

Gözlem birçok görüşme ve test prosedürünün geçerlik ve güvenirliğini azaltan çıkarımsal problemlerin bazılarının üstesinden gelmesine rağmen mükemmel bir değerlendirme aracı değildir. Öncelikle, gözleme dayalı değerlendirmeden elde edilen veri danışanın davranışlarının dışında diğer faktörlerden etkilenebilir. Gözlemsel verinin geçerlik ve güvenirliği gözlemin hedefinin net olarak tanımlanması, gözlemcinin eğitilmesi ve takip edilmesi, gözlemci yanlılığının etkilerine karşı koyacak çabaların sergilenmesi, gözlem sürecine tepkisellik ve talep özellikleri gibi danışanın davranışlarını temsil etmeyen davranış örnekleri yaratabilecek durumsal etkilerin varlığına bağlıdır.

ÇALIŞMA SORULARI

1. Görüşme türleri nelerdir?
2. Görüşmeci farklı kültürel ya da etnik kökene sahip bir danışan ile görüşme yaparken hangi faktörleri dikkate almalıdır?
3. Azınlıklar tarafından kullanılan sağlık hizmetleri oranı çoğunluk tarafından kullanılan orandan nasıl farklılaşmaktadır?
4. Yapılandırılmamış görüşme teknikleri nelerdir?
5. Yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış görüşme formatları nelerdir? Her birini temsil eden örnekler nelerdir?
6. Yapılandırılmış görüşmelerin avantaj ve dezavantajları nelerdir?
7. Klinisyenler görüşmenin başında danışanı rahatlatmaya yönelik neler yapabilir?
8. Çerçevenin yapılandırılması nedir ve amacı nedir?
9. Görüşmelerin geçerlik ve güvenirliğini etkileyen faktörler nelerdir?
10. Gözleme dayalı değerlendirmenin avantaj ve dezavantajları nelerdir?
11. Gözleme dayalı iki temel değerlendirme türü hangileridir?

12. Sanal gerçeklik değerlendirmesi ve davranışsal kaçınma testleri nedir?
13. Gözleme dayalı değerlendirmenin geçerlik ve güvenirliğini etkileyen faktörler nelerdir?
14. Gözleme dayalı değerlendirmenin klinik kullanımını etkileyen yönelimler nelerdir?

WEB SİTELERİ

- Dünya Sağlık Örgütü Birleştirilmiş Uluslararası Tanısal Görüşme (The Composite International Diagnostic Interview [CIDI]) hakkındaki internet sitesi: http://www.hcp.med.har vard.edu/wmhcidi/about.php
- Hastalık Kontrol Merkezleri'nin CIDI hakkında bilgi veren internet sitesi: http://www.cdc.gov/nchs/data/nhanes/cidi_quex.pdf
- DSM-IV için Tanısal Görüşme Çizelgesi İçin Bilgi: http://epi.wustl.edu/dis/dishisto.htm
- DSM-IV İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme İçin Bilgi: http://epi.wustl.edu/dis/dishome.htm

BÖLÜM 5

Çeviren:
Doç. Dr. Müjgan İNÖZÜ

Klinik Psikolojide Ölçme

Bölüme Bakış: Bu bölümde, psikolojik testlerin doğası, testlerin nasıl oluşturulduğu ve klinik psikologlar tarafından nasıl kullanıldığı konularını ele alacağız. Psikolojik testlerin büyük bir kısmı a) zihinsel yetenekleri; b) tutumları, ilgi ve değerleri veya c) psikopatoloji de dâhil olmak üzere kişilik boyutlarının ölçümünü yapanlar şeklinde gruplandırılabilir. Testler ayrıca nasıl cevaplandırıldıklarına göre de gruplandırılabilir– bazıları kısa, öz ve kolay puanlanan cevaplar (örn., doğru ya da yanlış) isterken, bazıları daha uzun ve zor puanlanan cevaplar (örn., hikayeler ya da çizimler) istemektedir. Bu bölümde, klinisyenler tarafından yaygın olarak kullanan birçok test açıklanmakta ve psikometrik özelliklerine ve klinik faydalarına ilişkin bilgi verilmektedir. Bölümü, son zamanlarda psikolojik ölçmedeki gelişmeleri değerlendirerek sonlandıracağız.

Klinik psikolojide ölçmenin popülaritesinde, yıllar içinde büyük değişimler sözkonusudur. Testler, 1930'ların başından 1960'ların ortalarına kadar, zekâ, kişilik ve yetenek ile ilgili gerçeklere ulaşmamızı sağlayan yarı sihirli yollar olarak lanse edildi (Reisman, 1976). Bu süre zarfında, klinik psikoloji öğrencileri, testlerin kullanımı konusunda yoğun bir şekilde eğitildiler. Fakat ölçme 1960'ların sonundan 1970'lere doğru cazibesinin çoğunu kaybetti ve bir eğitim amacı ve profesyonel bir aktivite olarak daha az vurgulanır oldu. Bu süre zarfında ölçmedeki düşüş, a) araştırmaların birçok testin geçerlik ve güvenirliği ile ilgili olumsuz sonuçlar ortaya çıkarması; b) testlerin sahip olabileceği önyargılara ilişkin farkındalık oluşması c) testlerin, özellikle zekâ değerlendirme ölçümlerinin, belirli azınlık grupların üyelerini dezavantajlı bir konuma getirebildiğinin kabul edilmesi, d) ölçme sürecinin testi alan kişinin özeline girebileceği korkusu ve e) testlerin oldukça kolay bir şekilde yanlış kullanılabileceğine ve yorumlanabileceğine ilişkin endişelere bağlı olarak meydana gelmiştir.

Ancak son birkaç yıldır, ölçme eski saygınlığını yeniden kazanmış ve günümüzde klinisyenlerin büyük çoğunluğunun hem eğitimlerinin hem de profesyonel faaliyetlerinin önemli bir parçası haline gelmiştir. Bu yeniden canlanış

kısmen, daha önce bahsedilen endişelerin üstesinden gelmek için yeni ve daha iyi testler geliştirilmesi sonucunda gerçekleşmiştir. Bu çalışmaların sonuç verdiğini günümüz eğitim ve sağlık sisteminin testlere duyduğu ihtiyaçtan anlayabiliriz. Testler, gelişmeye devam etmekte ve klinik psikoloji eğitim, araştırma ve uygulamalarının önemli bir parçası olmayı sürdürmektedir.

PSİKOLOJİK ÖLÇMEDE TEMEL KAVRAMLAR

Bu Kısmın Özeti: Bu bölümde testlerin temel doğasını ve diğer ölçme formlarına nasıl benzediği ve farklılaştığını ele alacağız. Test geliştirme yöntemleri ve iyi bir test için temel gereklilikler: yeterli standardizasyon, güvenirlik ve geçerlik kavramları ile tartışılmaktadır. Ayrıca test geliştiricilerin ve kullanıcıların önyargıdan kaçınma ihtiyacını ele alacağız. Son olarak, klinisyenler arasındaki test kullanım örüntüleri hakkında bilgi verilerek konu sonlanmaktadır.

Test Nedir?

Test, bir kişinin belirli bir durumdaki davranışlarını gözlemleme ve tanımlamaya dayanan sistematik bir işlemdir (Cranbach, 1970). Testler, bir dizi planlanmış uyaran sunar (örn., mürekkep lekeleri ya da doğru – yanlış soruları) ve danışandan bu uyaranlara çeşitli şekillerde cevap vermesini ister. Daha sonra klinisyen, danışanın cevaplarını objektif ve görgül olarak elde edilmiş puanlama kurallarını kullanarak puanlar ya da yorumlar. Klinisyenler, test sonuçlarını genellikle görüşmeleri ve diğer bilgi kaynaklarını da içerebilen genel değerlendirme verileri ile birleştirirler (bknz. *Bölüm 3*).

Yapmış olduğumuz bu test tanımı, testlerin iki önemli özelliğinin altını çizmektedir. Birincisi; nasıl ki bir cetvel, uzunluğu objektif olarak ölçmek için geliştirilmişse testler de ölçmeyi hedefledikleri şeyi objektif olarak ölçecek araçlar olarak geliştirilmiştir. Hiçbir test mükemmel bir şekilde objektif olmamasına rağmen, objektiflik amaçtır çünkü testler, klinisyenler arasındaki farkları değil, danışanlar arasındaki farkları ölçmek için geliştirilmektedir. İkincisi; bizim tanımlamamız, *standardizasyonun* önemini vurgulamaktadır. Aynı testi alan herkes aynı uyaran dizisine maruz kalmalı ve aynı puanlama ölçütüyle değerlendirilmelidir. Örneğin, bir zekâ testinde 5 yaşındaki çocuklardan birine "Ayakkabı nereye giyilir?" ve diğerine de "Kaç tane çeyreklik, 2 dolar eder?" diye sorulursa ve çocuklardan biri doğru cevap verip diğeri vermezse çocuklar arasındaki bu puan farkının çocukların bilgi seviyesinden mi yoksa test uygulamasındaki farklılıktan mı kaynaklandığını bilmek çok zor olacaktır.

Domino ve Domino (2006), nesnellik ve standardizasyon prensiplerinin bir psikolojik test ile bir deneyi aynı mantıkta görmemizi sağladığını belirtmektedir. Her ikisinde de temel düşünce, karıştırıcı değişkenleri ortadan kaldırmak ve böy-

lece sonuçları tek bir kaynağa atfedebilmektir. Eğer bir deneyde başarılı isek, bağımlı değişkendeki değişiklikler karıştırıcı değişkenlere değil, bağımsız değişkendeki değişikliklere atfedilebilir. Aynı şekilde, eğer psikolojik bir testin geliştirilmesinde ve kullanılmasında başarılı isek, testin sonuçları da, testin uygulanması, puanlanması ve uygulamacısıyla ilgili özellikleri değil, testin uygulandığı kişiyi güvenilir bir şekilde yansıtır.

Testler deneyler gibidir fakat aynı zamanda, Bölüm 4'te "Klinik Psikolojide Görüşme ve Gözlem" kapsamında tartışılan yapılandırılmış görüşmelere de benzemektedir. Görüşmeciler danışana daha önceden belirlenmiş sırada sorular sorar ve verilen cevaplar belirli kurallara göre puanlanır. Testler, klinisyene danışanını test ortamında gözlemleyebilme fırsatı sağlayarak gözleme dayalı değerlendirmeyle de karakteristik ortak özellikler paylaşmaktadır. Bu benzerliklere rağmen testler bazı özellikler açısından diğer değerlendirme tekniklerinden ayrılmaktadır.

1. Danışanların test puanları genellikle, o testi daha önce aynı standart koşullarda alan yüzlerce ya da binlerce kişinin cevaplarıyla istatistiksel normlara göre niceliksel olarak karşılaştırılabilir. Dolayısıyla standardizasyon bize, özgül bir 5 yaş performansını 5 yaşın ortalama performansıyla karşılaştırma fırsatı verir.
2. Danışanın testi tek başına doldurduğu durumlarda gözleme dayalı veri elde edilmez.
3. Testler hem grup hem de bireysel olarak uygulanabilir. SAT ve diğer üniversite giriş sınavları, testlerin aynı anda çok sayıda insanı değerlendirmek için nasıl kullanıldığına dair örnekler sağlamaktadır.

Testler Neyi Ölçer?

Testler, bizlere A'dan (anksiyete /kaygı) Z'ye (başarı testlerindeki z-puanları) her şeyin ölçümünü verir. Gerçekte, bu testlerin hepsini listelemek ve geçerliğini, güvenirliğini ve kullanımını değerlendirmek için bu konuda özel bir yayın gerektirecek kadar çok sayıda test bulunmaktadır. Bunlardan en iyi bilinen ve güvenilir olanı ilk defa 1938'de yayınlanan (Buros, 1938) ve sık sık güncellenen (Impara ve Plake, 2003) *'Zihinsel Ölçümler Yıllığı'dır* (Mental Measurements Yearbook). Bu yayın 2.200' ün üzerinde standardize edilmiş psikolojik test ve ölçeği değerlendirmektedir. Anlaşılabileceği üzere, bunlardan 286 tanesinin tam değerlendirmeleri bulunurken diğerlerine ilişkin daha kısa bilgilere yer verilmektedir.

Testler; bebeklerde, çocuklarda, ergenlerde, yetişkinlerde, yaşlı vatandaşlarda, öğrencilerde, askerlerde, akıl hastalarında, ofis çalışanlarında, işe başvuranlarda, mahkûmlarda ve hayal edebileceğiniz her tür grupta kullanılmak-

tadır (Impara ve Plake, 2003). Bu testlerden bazıları doğrudan ve özgül sorular yöneltirken ("Hiç cesaretinizin kırıldığını hissettiniz mi?") diğerleri daha belirsiz uyaranlara verilen genel tepkileri sorgulamaktadır ("Bana bu çizimde ne gördüğünüzü anlatın"). Bazıları doğru cevaplar gerektirirken ("Tavuk bir memeli midir?"), diğerleri düşünceleri ya da tercihleri sorgular ("Çiçeklere bakmayı severim: doğru ya da yanlış?"). Bazıları kalem-kâğıt formunda sunulurken, bazıları sözel olarak verilir. Bazıları sözel beceri gerektirirken ("Analoji ne anlama gelmektedir?"), bazıları katılımcının sözel olmayan bir şekilde performans göstermesini gerektirir ("Lütfen bu labirentte doğru yolu izleyin."). Bunun yanı sıra bir başka grup da, sözel, sayısal ve performans maddelerini birleştirir. Genellikle benzer karakteristikleri ölçmek için geliştirilmiş birçok farklı test bulunmaktadır.

Testlerin çoğalmasındaki sebeplerden biri, testi uygulayanların klinik yapıları daha güvenilir, geçerli ve sofistike yollarla ölçmeyi umut etmesidir. Örneğin, bir klinisyen popüler bir kaygı testinin kaygıyı başarılı bir şekilde ölçmediğini düşünebilir, dolayısıyla yeni bir kaygı testi geliştirebilir. Ancak diğer psikologlar da bu her iki testi beğenmeyip yenilerini oluşturabilir. Testlerin çoğalmasından sorumlu bir diğer faktör, testörlerin ilgilerinin giderek daha fazla özgülleşmesidir ve bu durum özel amaçlı testlerin geliştirilmesine yol açmaktadır. Örneğin, zekâ testlerinde; bebeklere, fiziksel engellilere, İngilizceyi akıcı konuşamayan ya da belirli bir kültürel kökenden gelen bireylere uygulamak için farklı araçlar mevcuttur.

Muazzam çeşitliliklerine rağmen testler *a) Zihinsel ve bilişsel yetenekleri, b) Tutumlar, ilgiler, tercihler ve değerleri ya da c) Kişilik özelliklerini* ölçmeyi amaçlayıp amaçlamadıklarına göre üç temel kategoride gruplanabilir (bknz. Tablo 5.1). ABD' de ve diğer yerlerde klinik psikologlar tarafından en yaygın kullanılan testler zihinsel fonksiyonları ve kişilikle ilgili değişkenleri değerlendirenlerdir. Bu değişkenler, klinisyenlerin büyük çoğunluğunun tedavi ve araştırma faaliyetleri ile özellikle ilgili olan değişkenlerdir. Aynı zamanda diğer insanlar da klinisyenlerin bu tür özellikler hakkında öneriler sunmasını beklemektedir.

TABLO 5.1

Klinik Psikologlar Tarafından Kullanılan Test Örnekleri

Biliş/ Zihinsel İşlevler

Stanford-Binet V
Wechsler Yetişkinler için Zekâ Ölçeği (WAIS-III)
Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği IV (WISC-IV)
Wechsler Okul öncesi ve İlköğretim Zekâ Ölçeği (WPPSI-III)
Kaufman Çocuklar İçin Değerlendirme Bataryası (K-ABC-II)
Woodcock-Johnson Psikoeğitimsel Test Bataryaları III
Mini Mental Durum Değerlendirme Testi
Bender-Gestalt Görsel Motor Algılama Testi

Kişilik

Cattell 16PF
California Psikolojik Envanteri (CPI)
Myers-Briggs Tip Göstergesi (MBTI)
NEO Kişilik Envanteri-Revize Edilmiş Form (NEO-PI-R)
İç-Dış Denetim Odağı (I-E)
Cümle Tamamlama Testleri
Projektif Çizimler (örn., Ev-Ağaç-Adam Çizme Testi)

Duygusal İşlevsellik/ Psikopatoloji

Minesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri-II (MMPI-2)
Millon Çok Eksenli Klinik Envanteri (MCMI-III)
Psikolojik Tarama Envanteri (PSI)
Psikolojik Belirti Tarama Testi 90 - Revize Edilmiş Form (SCL-90-R)
Beck Depresyon Envanteri (BDI-II)
Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği
Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği
Tematik Algı Testi (TAT)
Rorschach Mürekkep Lekesi Testi
Miller Umut Ölçeği (MHS)
UCLA Yalnızlık Ölçeği
Günlük Stresler (Hassles) Ölçeği

Tutumlar, İlgiler ve Değerler

Strong İlgi Envanteri (SII)
Kuder Mesleki İlgi Envanteri (KOIS)
Rokeach Değerler Envanteri (RVS)
Değerler Çalışması (SoV)

Belirli Popülasyonlar İçin Testler

Çocuk Gelişimi
Bayley Bebek Gelişim Ölçekleri
Gesell Gelişim Ölçekleri
Çocuklar İçin Kişilik Dğerlendirme Ölçeği (PIC)
Peabody Resim Kelime Testi-Revize edilmiş (PPVT-R)
Çocuk Davranışlarını Kontrol Listesi (CBCL)

Evlilik / Aile Sorunları

Çift Uyum Ölçeği
Aile Ortamı Ölçeği
Evlilik Doyumu Ölçeği

Nörolojik Değerlendirme/ Yaşlanma

Halstead-Reitan Nöropsikolojik Test Bataryası
Luria-Nebraska Nöropsikolojik Batarya
Wechsler Bellek Ölçeği

Adli

Yetkinlik Tarama Testi
Georgia Eyaleti Mahkeme Yeterlilik Testi
Kalifornia F (faşizm) Testi
Yasal Tutum Anketi (LAQ)

Not: Bu tablodaki testler birincil kullanım alanlarına göre listelenmiştir. Fakat herhangi bir kategoride kullanılan testler aynı zamanda başka bir kategoride de kullanılabilmektedir.

Testler Nasıl Geliştirilir?

Bazı psikolojik testlerdeki, özellikle belli başlı bazı kişilik testlerindeki, tuhaf görünüşlü maddeler, birçok insanın psikologların bunları nasıl oluşturduğunu merak etmelerine yol açmıştır. Bunun cevabı psikologların sıklıkla analitik ve görgül yaklaşımın bir arada kullanıldığı ardışık sistem yaklaşımını kullanmalarına karşın test geliştirirken genellikle analitik ya da görgül yaklaşım yöntemlerinden birini kullanmalarında saklıdır (Burisch, 1984).

Analitik yaklaşımı en basit haliyle örneklendirmek için, bir klinisyenin erkek ve kadınları ayırmak için bir test geliştirmek istediğini varsayalım. İlk adım, hangi tür test maddelerinin her iki cinsiyetin üyeleri tarafından farklı şekilde cevaplandırılabileceğini sormak olacaktır. Bir sonraki basamakta, maddelerin seçimini, klinisyenin bilgisi, deneyimi ve desteklediği kuramın cinsiyetler hakkında farklı ne söylediği şekillendirecektir. Eğer klinisyen fiziksel özelliklerdeki farklılıklar üzerine odaklanmak isterse ve doğru yanlış formatını tercih ederse test, aşağıdaki gibi maddeler içerebilir:

1. Prostat beziyle dünyaya geldim.
2. Rahimle dünyaya geldim.
3. Penisle dünyaya geldim.
4. Vajinayla dünyaya geldim.

Klinisyenin cinsiyet farklılıkları konusundaki ilgisinin biyolojik cinsiyetten daha çok kadın ya da erkek olma ile ilgili özelliklerin dağılımı ile ilgili olduğunu varsayalım. Dolayısıyla klinisyen, erkeksilik ve kadınsılıkla ilişkili olan bilinçdışı süreçlerle bağlantılı maddeler geliştirebilir. Bu tür bir test danışandan aşağıdaki gibi yarım bırakılmış cümleleri doldurmasını isteyerek bilinçdışı temaları araştırabilir:

1. Bağımsız biri .....
2. Güç.....
3. Erkeklerin çoğunun sorunu
4. Kadınların çoğu.....

Bu örnek bize ölçülmek istenen kavramın açık bir şekilde tanımlanmasının önemini göstermektedir. Cinsiyetle ilgilenen bir test geliştiricinin, amacın biyolojik cinsiyeti, toplumsal cinsel kimliği ya da cinsiyet rolü kalıp yargılarını ölçmek olup olmadığına bağlı olarak, oldukça farklı araçlar geliştirmesi olasıdır. Her durumda, analitik olarak geliştirilmiş bir testte yer alan maddeler, test geliştiricinin belirli kavramların hangi yönlerinin, nasıl incelenmesi gerektiğine ilişkin kuramından güçlü bir şekilde etkilenecektir.

Analitik test yapısına ana alternatif ise, *görgül (ampirik) yaklaşımdır.* Bu yaklaşımda belirli bir hedefi ölçmek için öncelikle test içeriğinin nasıl olması gerektiğine karar vermek yerine, testi geliştiren testör testin kendi içeriğini kendisinin belirlemesine izin verir. Dolayısıyla, cinsiyetle ilgili bir test yapımında klinisyen çok fazla sayıda özbildirim maddesini, performans görevlerini, mürekkep lekelerini ya da diğer uyarıcıları bir araya getirebilir. Daha sonra, oluşturduğu bu testi daha önceden, örneğin kromozom analizi gibi biyolojik bir yöntemle, kadın ya da erkek olarak tanımlanmış büyük bir gruba uygulayabilir. Son olarak, bütün grubun test materyallerine vermiş oldukları cevapları, hangi maddelerin, görevlerin ya da uyarıcıların tutarlı bir biçimde kadınlar ve erkekler tarafından farklı cevaplandırıldığını inceleyebilir.

Psikologlar bazen rasyonel/akılcı olarak da adlandırdıkları analitik yaklaşımı, 'Ölçmek istediğim şeyin özellikleri nelerdir ve ben bu özellikleri nasıl tanımlarım?" sorularını sorarak kullanmaya başlarlar. Daha sonra, bu sorulara cevap verecek olan maddeleri oluşturarak testi geliştirirler. Diğer bir deyişle, testi geliştiren uzman, test materyallerini ya da maddeleri, ölçülmek istenen alanın içeriğini ve bu içerik ile eşleştiğine inandığı (ya da kuramın belirttiği) soruları analiz ederek geliştirir.

Cinsiyetleri güvenilir bir biçimde ayırt eden herhangi bir uyaran, cinsiyet farkları ile açık bir ilişkisi olup olmadığına bakılmaksızın, cinsiyet testinin ilk versiyonunun oluşturulmasında kullanılabilir. Böylece, eğer erkekler kadınlardan daha sık olarak "Genellikle uykuyla ilgili problemlerim var." ya da "Ayakkabılarım çok sıkı." gibi maddelere doğru yanıtını verirse, bu maddeler testin bir parçası olur. Görgül yaklaşımla çalışan test geliştiriciler genellikle, yapısal ilişkisi açık bir şekilde açıklanamayan ancak hedef grupları güvenilir bir şekilde ayıran bu maddeleri teste dahil etmeye isteklidirler. Bu da, bazı testlerin neden böyle garip maddeleri içerdiğini açıklamaktadır.

Birçok faktör test geliştiricilerin analitik (çözümleyici) ya da görgül prosedürler arasındaki seçimini etkilemektedir. Analitik yaklaşım daha hızlı ve ucuz olabilir çünkü testi oluşturabilecek maddelerin birçok insana uygulanması gibi bir ön şartı bulunmamaktadır. Bu özellikler, geniş bir test materyali ve gönüllü katılımcı havuzuna ulaşmakta sıkıntı yaşayan ya da kısa bir sürede test geliştirmek zorunda kalan klinisyenler için analitik yaklaşımı daha çekici hale getirmektedir. Analitik yaklaşım ayrıca belirli bir kuramı değerlendirmek isteyen klinisyenler tarafından da tercih edilme eğilimindedir. Bir kuramın insanların sosyal izolasyon eğilimlerinin farklı olduğunu ileri sürdüğünü ancak bunu ölçmek için de hiçbir testin bulunmadığını varsayalım. Kişiliğin sosyal izolasyon boyutunu araştırmak için araştırmacılar bu konuda kuramın söylediklerine uyacak bir teste ihtiyaç duyacaklardır. Test aynı zamanda kuramla tutarlı ölçme yöntemlerini de kullanabilir. Dolayısıyla, Sosyal İzalasyon Testi büyük ihtimalle analitik zeminde ilerleyecektir.

Yeterli zamanı olan ve diğer kaynaklara ulaşabilen klinisyenler, özellikle insanlar hakkında özgül yordamalar yapmak istediklerinde, görgül yaklaşımı daha fazla tercih etmektedirler. Eğer bir klinisyenin amacı, bir hukuk fakültesinden mezun olabilecek olası öğrencileri belirlemek ise, o zaman mezun olan öğrencileri, mezun olamayan ve okulu bırakanlardan güvenilir bir şekilde ayıracak test maddelerini belirlemek mantıklı olacaktır. Kısaca analitik yaklaşım işe yarayabilirliği tartışılan fakat mantıklı test maddelerine ulaşmamızı sağlarken, görgül yaklaşım mantıklılığı tartışılan, fakat işe yarayan maddelere ulaşmamızı sağlamaktadır.

Ardışık Sistem Yaklaşımı, test geliştirmek için analitik ve görgül yaklaşımların tekniklerini birleştirmektedir. Hangi maddelerin deneneceğine karar vermek genellikle analitik zeminde yapılır. Bazı maddeler var olan testlerden seçilirken, bazıları klinisyenin değerlendirilmesinin *"gerekli"* olduğuna inandığı maddelerden seçilir. İlk test maddelerini analitik olarak seçen test geliştirici, daha sonra hangi maddelerin bir başkasıyla korelasyonu olup hangilerinin olmadığını, hangi maddelerin çok kolay ya da çok zor olduğunu ve hangi maddelerin ilgilenilen özellik yönünden insanları birbirinden daha iyi ayırdığını ya da ayıramadığını belirlemek için sonuçları istatistiki olarak inceler. Daha sonra, birbiri ile ilişkili olan maddelerden oluşan gruplar kişiliğin, zihinsel yeteneklerin ya da benzer yapıların belirli boyutlarının nispeten salt ölçümleri olduğu düşünülen ölçekler olarak tanımlanır (Maloney ve Ward, 1976). Bir ölçme aracı olarak testin değeri, nasıl geliştirildiğine bakılmaksızın, görgül araştırmalar tarafından gösterilen geçerlilik ve güvenilirlik değerlerine bağlıdır (bknz. Bölüm 3).

Standardizasyon ve Puanların Yorumlanması

Daha önce bahsettiğimiz gibi, standardizasyon, bir testin puanlanmasında ve uygulanmasındaki tutarlılığa işaret etmektedir. İdealde testler, her ne kadar bundan çok uzak olunsa da, testi alan herkese aynı şekilde verilir. Örneğin; biz biliyoruz ki, zekâ testi kursunda bir eğitmen, öğrencilerine-uygulayıcılara belirli uyaran materyallerini danışanın doğrudan önüne ve masanın köşesinden 7 inç (yaklaşık 18 cm) uzaklığa yerleştirmesini zorunlu kılacaktır. Hatta, bu yönergenin aynen uygulandığından emin olmak için yapılan uygulama boyunca elinde bir cetvelle masanın etrafında bile dolaşabilir. Uygulamalarda tam bir tutarlılık imkânsız olsa da, uygulayıcı yüksek düzeyde tutarlılığı devam ettirmeye çalışmalıdır.

Uygulamadaki tutarlılığa ek olarak, stardardizasyonun işaret ettiği bir diğer konu, testin ilk olarak geliştirildiği örneklemdir. Bu örneklemin önemini göstermek için 8 yaşında Amy adındaki bir çocuğun bir bellek testine girdiğini ve sorulan 23 maddenin 14'ünü doğru cevapladığını varsayalım. Peki, bu puan yüksek midir, yoksa düşük mü? Bunu cevaplayabilmek için Amy' nin puanlarını

onunla aynı yaşta olan geniş bir örneklemden elde edilen puanlarla karşılaştırmalıyız. Eğer 8 yaşındaki 1000 kişilik bir grup bu testi alır ve sadece %8'i bu testte 14 veya daha fazla soruyu doğru cevaplandırırsa, o zaman Amy' nin almış olduğu puanın örneklemin %92'sinden kesinlikle daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Bu örnekte, testi alan 1000 kişi test için standardizasyon örneklemini oluşturmaktadır. Bu örneklemden alınan puanlar, sonrasında alınan puanların karşılaştırılması için bir standart oluşturmaktadır. Standardizasyonun yapıldığı örneklemin puanları, testten alınan her bir bireysel puan için temel bir yorumlayıcı çerçeve oluşturmaktadır.

Standardizasyon örnekleminden gelen değerler (örn., ortalama, varyans, yüzdelikler vb.) *norm* olarak adlandırılmaktadır. Bunlar bizim test performansı hakkında anlamlı yorumlama yapabilmemizi sağlayan mihenk taşlarıdır. Yaklaşık her on yılda kullanmış olduğumuz ana testler yeniden standardize edilerek norm değerleri güncellenmektedir. Bu süreç oldukça karmaşık ve pahallı bir süreç olabilir çünkü geniş çapta temsil edici gönüllü bir katılımcı grubun belirlenmesini, bulunmasını ve elde edilen bütün verinin analiz edilip rapor edilmesini içermektedir. Yeniden standardize etme sürecinden elde edilen bu sonuçlar genellikle, teste eşlik eden kullanım talimatlarının bulunduğu el kitabında yayınlanır. Dolayısıyla test uygulayan bir klinisyen, elde ettiği puanları, standardizasyondan elde edilen bu normlarla karşılaştırır. Bu bölümde bahsedilen testlerin çoğu da *norm referanslı* testlerdir.

Test puanları normatif örneklem verilerinden başka, testi geliştiren tarafından belirlenen kriterlere göre de yorumlanabilir. Örneğin pilot yeterliliğinde, adayların puanlarının ortalamanın üzerinde olduğunun söylenmesi yeterli değildir; adayların ayrıca önceden belirlenen kriterleri ya da yeterlikleri karşılaması gerekir (Domino ve Domino, 2006). Son olarak, testten elde edilen sonuçlar sadece testi alan diğer kişilerin puanları ya da önceden belirlenmiş dış bir kriterle karşılaştırarak değil, testi alan kişinin bizzat kendisi ile karşılaştırılarak da yorumlanabilir. Buna *bireysel ölçütlü* ölçüm (ipsative measurment) adı verilmektedir. Örneğin, bir klinisyenin vermiş olduğu testte kişiden gelecek yıl için en önemli hedeflerini listelemesini istediği varsayın. Burada normları ya da kriterleri kullanmak uygun bir yaklaşım olmayacaktır. Ancak, bu test için kişinin tedavinin başındaki ve 6 ay sonraki cevaplarını birbiri ile karşılaştırmak bilgi verici olabilir. Bireysel ölçütlü ölçümler klinisyenlerin tedavinin sonuçlarını değerlendirmesine yardım ettiği için giderek daha önemli olmaktadır.

Test Puanlarının Çarpıtılmasından Kaçınmak

Çok sayıda faktör, test sonuçlarının değişmesine ya da çarpıtılmasına yol açabilir. Klasik bir örnek olarak, üniversitede okuyan erkek öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışma gösterilebilir. Çıplak kadın fotoğraflarının gösterilmesinin ardından erkek

öğrencilerin TAT' ye verdikleri cevapların, testi uygulayan kişi informal giyimli genç bir lisansüstü öğrencisi olduğunda daha çok cinsel içerikli iken, testi uygulayan resmi giyimli yaşlı bir erkek olduğunda daha az cinsel içerikli olmuştur (Mussen ve Scodel, 1955). Dolayısıyla testin uygulandığı koşullar (örn., aşırı sıcaklık ve gürültüden kalabalık ve bir yabancının olmasına kadar her şey) testin sonuçlarını etkileyebilir (Plante, Goldfarb ve Wadley, 1993). Örneğin; bir çocuğun zekâ testinden aldığı puanlar test odasında özgül bir yetişkinin bulunup bulunmamasına göre 68'den 120'ye çıkıp sonra tekrar 79'a düşebilmektedir (Handler,1974). Birçok değişim bu kadar uç olmamasına rağmen, verilen bu örnek kurulan güvenin ve dikkati dağıtmaktan kaçınılmasının belirli türdeki testlerin geçerliliğini etkileyebildiğini göstermektedir (örn., Grossarth, Eysenck ve Boyle, 1995).

Test sonuçlarındaki çarpıtmanın bir diğer kaynağı da bazı danışanların maddelerin ne olduğundan bağımsız olarak maddelerin çoğuna belirli bir yönde cevap verme eğiliminde olmalarıdır. Bu eğilim, *tepki kurulumu (Cronbach, 1946), davranım tarzı (Jackson ve Messick, 1958) ve tepki yanlılığı (Berg, 1955)* olarak adlandırılmaktadır. Örneğin; sosyal beğenirlik yanlılığı olan bir kişi test maddelerini, vereceği cevapların gerçek duygu ve düşüncelerini yansıtıp yansıtmadığına bakmadan en çok sosyal kabul gören şekilde cevaplandıracaktır (Edwards, 1957; Rychtarik, Tarnowski ve St. Lawrence, 1989). Danışanların ayrıca, kendini tanımlayıcı neredeyse her maddeyi kabul etme eğiliminde oldukları *kabullenici davranım tarzına sahip olduklarından* şüphelenilmektedir. Ayrıca savunucu, sapkın ve abartılı davranış stilleri de bu durumlara eş görülmektedir. Test puanlarını yorumlarken kullanılan tepki tarzlarının önemi sıcak bir tartışma konusudur çünkü tepki eğilimlerinin kalıcı kişilik özelliklerini mi (McCrae ve Costa, 1983) yoksa test koşulları tarafından tetiklenen ya da pekiştirilen geçici davranış kalıplarını mı (Linehan ve Nielsen, 1983) temsil ettiği çok net değildir. Durum ne olursa olsun, bir kişinin test alırken sahip olduğu bakış açısı, testin değerlendirilmesi sırasında gözden kaçırılamaz.

Test puanlarındaki dış değişkenlerin ortaya çıkardığı değişkenliği tamamen ortadan kaldırmak mümkün değildir. Fakat test geliştiriciler; a) testi uygulayanlar ve alanlar için açık ve basit yönergeler geliştirerek, b) geniş ölçekli pilot uygulamalar yaparak ve maddeler üzerindeki tepki eğilimlerini çalışarak, c) testin geliştirilmesi sırasında test yanlılığında uzman dış katılımcıları sürece dâhil ederek, d) testteki tepki yanlılığı ve amaçlı çarpıtmaların işaretlerini belirleyerek dış değişkenlerin karıştırıcı etkisini en aza indirmeye çalışırlar. Aynı zamanda testi uygulayan kişiler de a) testin amacını açık bir şekilde belirterek ve danışanın sorularını cevaplayarak, böylece hem danışanla kurulan güvene dayalı ilişkiyi güçlendirerek hem de danışanın motivasyonu artırarak; b) testin uygulandığı koşullara dikkatli bir özen gösterip testi alan herkes için koşulların aynı olmasını sağlayarak ve c) test sonuçlarının geçerliğini tehdit edebilecek her bir durumu not alarak ve rapor ederek (örn., sevk kaynaklarına) çarpıtmaları azaltabilir.

Psikolojik Ölçmede Kültürel Etkilerden Arınık Olma ve Önyargı

Bir klinisyen olduğunuzu ve aşağıdaki gibi bir durumun içinde olduğunuzu varsayın:

> P. Hanım, 37 yaşında Vietnam göçmeni bir kadın ve size yeni bir hasta olarak yönlendiriliyor. Makul düzeyde iyi bir İngilizcesi var ve ilk görüşmenin sonrasında muhtemelen depresyon şikayetinin olduğunu düşünüyorsunuz ancak sizin için problemin şiddetini belirlemek zor. P. Hanım aynı zamanda belirsiz bedensel şikâyetlerden söz ediyor ve bunlar sizin başka durumlardan şüphelenmenize neden oluyor ancak yine bunun ne olduğunu tam olarak belirlemek de şu aşamada sizin için zor görünüyor. Sigorta şirketi de tıpkı sizin gibi doğru bir DSM tanısı istiyor. Ancak siz bunun ötesinde hastanızın problemlerini ve zorluklarını daha iyi anlamak istiyorsunuz. Daha net bir resim elde etmek için, hastanızın genel psikolojik problemlerini özellikle de depresyon problemini değerlendirmek için bazı testler uygulamaya karar veriyorsunuz.

Danışan test maddelerini anlayabilecek mi? Maddeleri anadili İngilizce olan biri gibi yorumlayabilecek mi? Test normları Vietnamlı göçmenlere uygulanır mı? Bu örnek daha geniş çaplı bir soruyu içermektedir: Bir psikolojik test psikopatolojiyi, kişiliği, zekâyı ya da farklı popülasyonlarda ki diğer özellikleri ölçmede ne kadar yeterlidir?

Kültürel adaletle (tarafsızlıkla) ilgili endişeler ilk ve en belirgin şekilde zihinsel yeteneklerin ölçümünde gözlenmiştir. Araştırmacılar tutarlı olarak, Afrika kökenli Amerikalılar ve İspanyolların standart zekâ testinden aldıkları puanların ortalama olarak beyazlar ve Asyalılar'dan daha düşük olduğunu bulmuştur. Tartışma, puanların düşük olup olmadığı değil neden böyle olduğudur. Farklı kültürel ya da etnik gruplarının bir testten ortalama olarak farklı puanlar alması, o testin yanlı olduğu anlamına mı gelir?

Tıpkı Domino ve Domino'nun (2006) işaret ettiği gibi, (a) testten kaynaklanan yanlılık belirli kültürel ve etnik grupların ayrımcılık, düşük nitelikli eğitim, yoksulluk, kalıp yargı betimlemeler, zayıf rol modeller ve bunun gibi durumlar tarafından dezavantajlı duruma getirilmesi gibi test öncesi faktörlerden; ya da (b) testte kullanılan kavramların ve kelimelerin bazı kültürden gelen danışanlara diğerlerinden daha yakın olmasında olduğu gibi test sırasındaki faktörlerden kaynaklanabilir. Kültürel gruplar arasında test sonuçlarında gözlenen farklılıkların nedeni bunlardan biri ya da her ikisi de olabilir. Test sonuçlarındaki gözlenen grup farklılıklarını bu kaynaklardan hangisinin açıklayabileceğini belirlemenin bir yolu var mıdır?

Bunu yapmanın en kolay yolu yanlı test maddelerini belirlemektir. Eğer testi geliştiren uzmanlar test örnekleminin cinsiyet ve etnik birleşimi hakkında bilgi

toplarsa, her bir madde için tepkileri analiz edebilirler. Eğer maddelerde yer alan kelime ya da kavramlara aşina olmamaktan dolayı belirli bir grup bu maddeyi anlamlı bir şekilde diğer gruplardan daha fazla yanlış olarak cevaplıyorsa, test geliştiriciler bu test maddesini doğrudan testten çıkarabilir. Kararlarda genellikle %80 ya da 5'te 4 kuralı bir maddeyi yanlı olarak etiketlemek için kullanılır. Bu demektir ki, bir test maddesi için, eğer çoğunluk grup ile azınlık grup puanlarının ortalamaları arasında %20 ve daha fazla fark varsa bu test maddesi yanlı olarak kabul edilir. Test geliştirme süresince bu tür prosedürler kullanılarak günümüzde dikkatli bir şekilde tasarlanmış ve yaygın bir şekilde kullanılan psikolojik testlerin büyük çoğunluğunda kültürel olarak yanlı olan maddelerin sayısı ya büyük oranda azaltılmış ya da bu maddeler tamamen ortadan kaldırılmıştır. Bazı araştırmalar ayrıca karmaşık test yönergeleri ve kültüre özgü test materyali gibi diğer yanlılık faktörlerine de dikkat çekmektedir.

Peki ya kültürel eşitsizlikler gruplar arası puan farklılıklarına bir açıklama olarak getirilirse? Test geliştirme prosedürlerine aşina olan insanların büyük çoğunluğu bu faktörü belirli azınlık gruplarının standardize edilmiş testlerde ortalama olarak çoğunluk grubundan daha farklı puan almalarına en iyi açıklama olarak görmektedir (Domino ve Domino, 2006). Daha iyi anlamak için bu düşünce egzersizini deneyin: Araştırmacıların çoğunluk ve azınlık grubun ortalama olarak aynı puan aldıkları kültüre nötr bir zekâ testi geliştirebildiğini düşünelim. Eğer bu testin geçerli olduğunu kabul ederseniz, yoksulluk, ayrımcılık ve kalitesiz eğitim olanakları gibi diğer faktörlerin bilişsel ve akademik test performansı üzerinde bir etkisinin olmadığını kabul etmemiz gerekebilir. Birçok insan bu sonucu çok mantıklı bulmayacaktır. Tıpkı Anne Anastasi'nin (1998) belirttiği gibi:

> Testler, kendilerine verilen belirli bir zaman dilimi içinde bireylerin ne yapabildiklerini göstermek için tasarlanır. Bize kişinin neden bu şekilde bir performans sergilediğini söyleyemezler. Testler, kültürel yoksunlukları, puanlardan onların etkilerini elimine ederek telafi edemezler. Buna karşılık, testler bu etkileri ortaya çıkarmalıdır ki, iyileştirici uygun adımlar atılabilsin. Kültürel dezavantajın etkilerini gizlemek için bu etkilere hassas olmayan testler geliştirmeye çalışmak, vücut sıcaklığını 101 derece olarak gösteren bir termometreyi kırmakla aynı şeydir (s. 66).

Kısaca, çoğunluk ve azınlık grupları arasındaki ortalama test puanları farklılığı, muhtemelen test yanlılığından çok, kültürel farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Buna destek olarak "kültür-uyumlu" testler geliştirme girişimlerinin çok başarılı olmayışı gösterilebilir. Bu testler, en az standart testler kadar ve bazen standart testlerden daha fazla kültürel ve çevresel faktörlerden etkilenmekte (Samuda, 1975) ve geçerlikleri daha düşük olmaktadır (Humphreys, 1988).

Esasen, test yanlılığının olmadığından bahsetmiyoruz, sadece test madde yanlılığının iyi yapılandırılmış ve üzerinde yoğun çalışılmış testlerde önemli ölçüde kontrol edilebildiğini belirtiyoruz. Bu durum bütün testler için geçerli değildir. Her bir test, standardizasyon örneklemlerinin seçiminde, kültürlerarası genellenebilirlik derecesinin araştırılmasında ve bunun dikkate alınmasında gösterilen özene bağlıdır.

37 yaşındaki Vietnamlı danışana geri dönecek olursak, bilinçli bir klinisyenin, standart kişilik ve psikopatoloji testlerinin Asyalı popülasyonlara genellenebilirliğini destekleyen görgül delilleri araması gerekir. Asya kökenli Amerikalı gruplar standardizasyon örnekleminde yeterli bir şekilde temsil edilmiş mi? Hastanın sahip olduğu dil ve kültürel köken testi geçersiz kılar mı? (ya da Hasta testi geçersiz kılabilecek dil ve kültürel köken faktörlerine sahip mi?) Bu testin hastanın anadilinde geçerliliği test edilmiş bir formu var mı? Klinisyenin, P. Hanım ile aynı kültürel kökene sahip insanlar için geliştirilmiş olan Vietnam Depresyon Ölçeği'ni (Kinzie ve diğ., 1982) kullanması çok daha iyi olabilir. Klinisyen ayrıca, P. Hanım'ın kültürel kökeninin, değerlendirme ve tedavi sürecini nasıl etkileyeceğine (örn., Hays ve Iwamasa, 2006) ve danışanının sağlığı hakkındaki inançlarının diğer batılı danışanlarınkinden farklı olup olmadığına ilişkin (Okazaki ve Tanaka-Matsumi, 2006) yayınlanmış materyallere ya da meslektaşlarının tavsiyelerine başvurabilir.

Birçok klinik araştırmacı halen testlerin kültürlerarası kullanımını görgül olarak vaka bazında incelemeye devam etmektedir. Bu araştırmacıların amacı özel popülasyonlar için geçerli olan testler geliştirmektir. Örneğin, Jia-xi ve Guo-peng (2006) yakın zamanda 16 PF kişilik testinin Çince versiyonunun geçerlilik ve güvenirliğini incelemiştir. Testin iç tutarlılığının daha da iyileştirilmesi gerekmesine rağmen Çince versiyonunun iyi bir uygulanabilirliğinin olduğunu bulmuşlardır. Testlerin kültürlerarası uygulamalarına yönelik çalışmaları desteklemek için Uluslararası Test Birliği (*International Test Consortium*-ITC) oluşturulmuştur (daha detaylı bir inceleme için bknz. Hambleton, Merenda ve Spielberger, 2005).

Ölçmede Etik Standartlar

Kültürel duyarlılığı olan bir değerlendirme, etik ölçme uygulamalarının bir yönüdür. Ölçme birçok etik konuyu da gündeme getirmektedir (Nagy, 2005). Aşağıdaki durumlar ölçmeyle ilgili durumlarda verilmesi gereken etik kararlar konusunda bir fikir oluşturabilir. Bunlar genel olarak gizlilik, özellik, bilgilendirme onayı ve sosyal sorumluluklarla ilgili prensiplerle ilgilidir.

- Eğer klinisyen, bir testin sonuçlarının hasta için zarar verici olduğuna inanıryorsa, bu durumda hastaya test hakkında nasıl bir geribildirim vermelidir?

- Eğer bir ergen (reşit olmayan kimse) test edildiyse, ailesi, okulu, mahkeme ya da diğerleri test sonuçlarını bilme hakkına sahip mi?
- Bir araştırmacı, başlığı kişide yanlılık oluşturacak bir test kullanıyorsa (örn., Sosyal Kaygı Testi gibi) etik ilkelerde bazı tavizler söz konusu ise etik ilkelere uygun olarak bilgilendirilmiş onam nasıl alınabilir ?
- Ödeme yapan üçüncü şahısların (sigorta şirketleri gibi) test sonuçlarıyla ilgili neleri bilmesi gerekir?
- Bir üniversitenin danışma merkezi, test üzerinde belirli öğrencilerin verdiği yanıtları temel almaktadır. Fakat bu durum yetersiz psikometrik çeşitlilikten ötürü kabul edilmemektedir (örn., Geçerli ve güvenilir değildir). Bu durumda fakülte üyesi bir klinik psikolog, danışma merkezinin kararlarına itiraz mı etmeli yoksa bu kararları şikayet mi etmelidir?

Amerikan Psikoloji Derneği (APA), olası etik problemleri ve suistimali azaltmak için üyelerini, Amerikan Eğitim Araştırma Birliği, Amerikan Psikoloji Birliği ve Ulusal Eğitimde Değerlendirme Kurulu tarafından hazırlanan, *Eğitimsel ve Psikolojik Test Standartları'na)* (1999) uymaya teşvik etmektedir. APA'nın *Test Kullanıcıların Yeterlilikleri İçin Yönergeleri'*, testleri kullanmayı düşünen kullanıcılar için ekstra bilgilendirme sağlamaktadır. *Eşit Istihdam Fırsatları Komisyonu* tarafından, testlerin ve diğer yöntemlerin bir seçme tekniği olarak kullanımını düzenlenmek için *Personel Seçme İşleminde Genel Yönergeler* geliştirilmiştir. Bu dökümanlar test kullanıcılarını, testlerin bilimsel prensipler, hasta hakları ve hasta iyiliği gözetilerek geliştirilmesi, uygulanması ve yorumlanması hususlarında yönlendirerek, testlerin, topluma pozitif katkı yapmasını sağlamaktadır. (Robertson ve Eyde, 1993). Tablo 5.2 de etik kuralların genel prensipleri ve her birinin uygulanabileceği durum örnekleri listelenmiştir.

TABLO 5.2 devamı

Psikologların Test Kullanımı İçin Etik Standartlar

Prensip	Uygulama örneği
Yetkinlik/Yeterlilik	Klinisyen hasta hakkında karar vermek için kullanacağı testi uygulamak ve yorumlamak konusunda uzman olmalıdır.
Profesyonel/ Bilimsel Sorumluluk	Klinisyen testin geçerliği, güvenirliği, uygun kullanımı ve sınırlılıkları konusunda literatür araştırmalarına aşina olmalıdır.
Dürüstlük	Klinisyen testleri belirtildiği gibi kullanmalı ve test sonuçları hakkında deneysel kanıtlarla desteklenmedikçe iddialarda bulunmamalıdır.
İnsan haklarına saygı ve ayrımcılık yapmama	Klinisyen örneğin farklı bir kültürlerden testi almak isteyene, testin gönüllülük esasına dayalı olarak uygulandığını garanti etmelidir.
Başkalarının refahını gözetmek	Klinisyen test kullanımında danışana zarar vermemeli. Klinisyen test sonuçlarının uygun olmayan kullanımında ortaya çıkabilecek zararların farkında olmalıdır.
Sosyal sorumluluk	Klinisyen test materyallerini yetkili olmayan kişilerle paylaşmamalı, aynı zamanda testin başkaları (meslektaşları veya kuruluşlar) tarafından hatalı kullanımlarını engellemek için eylemde bulunmalıdır.
Test materyallerine erişim	Etik uygulama, belirli test içeriklerinin toplumla paylaşılmasını yasaklamaktadır (örneğin zekâ testleri). Testlere ticari olarak sadece kalifiye uzmanlar erişebilir.

Bazı testler ticari olarak testi pazarlayan satıcılar tarafından sunulurken, diğerleri klinisyenler tarafından geliştirilir ve profesyonel dergilerde yayınlanmaktadır. Bazen, özellikle test kısaysa, testin tamamı psikometrik özellikleriyle birlikte dergide yayınlanır. Her iki durumda da klinisyenler testin geliştiricisiyle temas kurarak testin kullanım hakkı için izin almalı ve bu testin kullanımında gerekli olan etik ilkelere uymalıdır.

Klinik Psikolojide Test Kullanım Örüntüleri

Daha önce de belirtildiği gibi ölçme klinik psikoloji eğitimlerinde temel odak noktası olmaya devam etmesine rağmen özgül test kullanım paternleri seneler geçtikçe değişikliğe uğramaktadır. Tablo 5.3'te de görüldüğü gibi zekâ, kişilik ve psikopatolojiyle ilgili belirli testler tutarlı bir şekilde ilgi görmeye devam etmektedir. Klinisyenler bunları tercih etmekte ve eğitimciler klinisyenlerden bunların kullanımını öğrenmelerini şart koşmaktadır (Belter ve Piotrowski, 2001). Aynı zamanda bazı testlerin, özellikle projektif tekniklerin, kullanımı azalmakta ve yeni klinisyenlere öğretilme sıklığı da düşmektedir.

TABLO 5.3

En sık Kullanılan İlk 10 Test

Testler	Sundberg (1961) (N = 185)	Lubin, Wallis ve Paine (1971) (N = 251	Lubin, Larsen ve Matarazzo (1984) (N = 221	Watkins, Campbell, Nieberding ve Hallmark (1995) (N = 412)	Camara, Nathan ve Puente (2000) (N = 120
WAIS	6	1	1	1	1
MMPI	7.5	6	2	2	2
Bender-Gestalt Görsel Motor Algı Testi	4	3.5	3	6	5
Rorschach	1	2	4	5	4
TAT	2.5	3.5	5	4	6
WISC	10	7	6	9	3
Peabody Resim Kelime Testi	-	13	7.5	12	20
Cümle Tamamlama Testi (bütün türleri)	13.5	8.5	7.5	3	15
Ev-Ağaç-Adam Testi	12	9	9	7	8
Bir Adam Çiz Testi	2.5	5	10	7	-

Not: Tabloda yer alan sayılar her bir ölçeğin kullanım frekansına dayalı olarak sıralanmasını temsil etmektedir.

Test kullanımlarındaki bu değişiklikler birçok nedenden kaynaklanmaktadır. Bunlardan birincisi görgül kanıttır. Tutarlı bir şekilde yüksek düzeyde geçerlik ve güvenirlik gösteren testler kullanım popülerliği anlamında listede üst sıralara yükselirken daha düşük geçerliğe ve güvenirliğe sahip olanlar ise daha aşağılarda yer alma eğilimindedir. Buna rağmen klinisyenler arasında test kullanım tercihleri görgül kanıtlar kadar klinik gelenekler tarafından da etkilendiği için bu değişim yavaş olabilmektedir (Norcross, Koocher ve Garofalo, 2006).

Test kullanımı aynı zamanda sosyal ve yapısal faktörlerin etkisiyle de değişir. Bu faktörler arasında öne çıkan yönlendirilmiş sağlık hizmetlerinin etkisidir. Sigorta şirketleri ve diğer üçüncü şahıs kaynak sağlayıcılar özellikle etkinlikle ilgilenmektedir. Bunun sonucu olarak kişinin tam bir profilini veren uzun testlerden ziyade daha hızlı ve problem odaklı değerlendirme tekniklerini desteklemektedirler (Pi-

otrowski, Belter ve Keller, 1998). Bu şirketler en etkili ve hızlı tedavi yaklaşımını seçmeye olanak verecek veriler istemektedir. Dolayısıyla bu talepler araştırmacıları testlerin tedavi seçiminde nasıl kullanılabileceğine yönelik düşünmeye ve özellikle tedaviye karar verici yeni testler geliştirmeye yönlendirmektedir.

Testlerin genel özellikleriyle ilgili tartışmalarımızı özetlemek ve sonraki bölümdeki *özgül* testlere ilişkin tartışmalarımıza genel bir çerçeve sunmak için Tablo 5.4 oluşturulmuştur. Bu tablo psikolojik testlerin niteliklerine ilişkin *çeşitli* göstergeleri listelemektedir. *İtinalı* klinisyen ve araştırmacılar *özgül* amaçlarına uygun en iyi testleri seçerken bu göstergeleri kullanmaktadır.

Bir sonraki bölümde klinik psikologlar tarafından en yaygın kullanılan testleri özetleyeceğiz. Bahsedeceğimiz testler ve diğerleri için daha detaylı bilgiler, çocuklar ve yetişkinler üzerinde bireysel ve grup olarak nasıl uygulandığına yönelik yönergeler her bir testin teknik el kitabından ve psikolojik ölçme ile ilgili çeşitli kaynaklardan elde edilebilir (örn., Domino ve Domino, 2006; Gregory, 2006; Groth-Marnat, 2003; Impara ve Plake, 2003; Kaplan ve Saccuzzo, 2004; Kline, 2005).

TABLO 5.4

Bir Testin Psikometrik Özelliğini Değerlendirme Kriterleri

Kriter	Nedir?
Normlar	Temsil edici geniş bir standardizasyon örnekleminden elde edilen, puanların anlamlı bir şekilde yorumlanmasını sağlayan, testin merkezi eğilim ve değişkenlik puanlarıdır.
İç tutarlılık güvenirliği	Genellikle yarı test metodu yöntemiyle elde edilen güvenirlik ölçümüdür.
Test-tekrar test güvenirliği	Aynı bireylerden elde edilen tekrarlı ölçümlerinin benzerliğidir.
Yargıcılar arası güvenirlik	Aynı testin farklı değerlendiriciler tarafından bağımsız puanlanması sonucunda elde edilen sonuçlar arasındaki benzerliktir.
İçerik geçerliği	Test maddelerinin, ölçülen treytler (özellikler) ve becerilerle ilişkili olan bütün önemli yapıları yeterli bir şekilde temsil etmesidir.
Yapı geçerliği	Testin sonuçlarının, aynı yapının iyi yapılandırılmış diğer ölçümleriyle ilişkili olmasıdır.
Genelleme geçerliği	Test sonuçlarının, popülasyonun diğer kesimlerinde de aynı geçerliği devam ettirme derecesidir.
Klinik yarar/kullanışlılık	Test sonuçları, tercih edilen tedavi yaklaşımlarını ya da tedaviden kaynaklanan değişiklikleri güvenilir ve açık bir şekilde gösterebilmelidir.

Kaynak: (Uyarlama) J.Hunsley ve E. J.Mash,2007.

Bu Kısmın Özeti: Testler, kişilere belirli bir uyarıcıyı belirli bir sırayla sunmaktadır. Eğer testin yapısı, uygulanması ve puanlanmasıyla ilgili değişkenler yeterli düzeyde kontrol edilirse test performansındaki farklılıklar testi alan kişilerdeki gerçek farkları yansıtmalıdır. Yanlılıkları tamamıyla ortadan kaldırmak kolay olmadığı için test geliştiriciler belirli gruptaki bireylerin test maddelerine nasıl tepki verdiklerine çok dikkat etmelidir. Test kullanıcılar, testin niteliğini yükselten unsurlardan anlayan ve etik prensipleri takip eden profesyonel yetkinlikte olmalıdır.

ZİHİNSEL FONKSİYON TESTLERİ

Bu Kısma Bakış: Bu bölümde kuramcıların zekâyı nasıl anladığını ve ölçtüğünü *özetleyeceğiz*. Daha sonrasında klinisyenlerin bilişsel yetenekleri değerlendirmede kullandığı çeşitli testleri tanıtacağız. Bu testlerden bazıları geniş bir yelpazeye yayılan yeteneklere odaklanırken, bazıları *özgül* yeteneklere odaklanmaktadır. Bunlardan ilk olarak öne çıkanı Stanford Binet ve Wechsler testleridir. Klinisyenler aynı zamanda çeşitli başarı ve yetenek testlerini de kullanmaktadırlar.

Zekâ Kuramları

Herkes zekânın sahip olunan iyi bir şey olduğu konusunda hemfikir olmasına rağmen onun gerçekte ne olduğu hakkında çok az bir uzlaşma vardır (Furnham, 2000; Sternberg ve Detterman, 1986). Bu durum klinisyenler arasında yarı şaka bir şekilde 'zekâ, zekâ testinin ölçtüğü şeydir' *önerisinin* ileri sürülmesine sebep olmuştur. Aslında birçok zekâ testinin geliştiricisi analitik bir temelden gelmektedir ve geliştirilmiş olan 200'den fazla değerlendirme aracı, geliştiricilerinin zekâ ve zihinsel fonksiyonların doğası ve bu fonksiyonların en iyi nasıl ölçüleceği konusundaki kuramsal görüşlerini yansıtmaktadır. Bu kuramların *açıklanması bu bölümün kapsamı dışındadır* (detaylı bilgi için bknz. Neisser ve diğ., 1996) ancak birçok araştırmacı zekâyı tanımlamak için genellikle, aşağıda kısaca açıklanan üç yoldan birini kullanmaktadır.

Genel Zekâ Modeli (g). Zekâyı zihinsel *ölçme* ya da *psikometrik* bir yaklaşımla tanımlamaya çalışan kuramlardan biri zekâyı *genel* bir *özellik olarak tanımlamaktadır*. İlk olarak Spearman (1904) tarafından geliştirilmiş olan evrensel ve genel bir yetenek kavramı basitçe 'g' olarak adlandırılmaktadır. Herkes farklı alanlarda yetenekleri bakımından farklılık göstermesine rağmen genel zekânın (g) *bütün bilişsel yetenekleri etkileyen biyolojik ve psikolojik* bir treyt olduğu düşünülmektedir. Bu görüş, *örneğin; matematikte başarılı olan bir öğrencinin İngilizce, biyoloji ya da diğer birçok alanda başarılı olmasıyla desteklenmektedir. Bu aynı zamanda* farklı bilişsel görevlerden elde edilen test puanlarının birbiri ile pozitif korelasyon gösterdiğine ilişkin güçlü bulgularla da örtüşmektedir (van der Maas, 2006). Puanların altında yatan ortak faktörün genel zekâ (g) olduğu varsayılmaktadır.

Çok Boyutlu Özgül Zekâ Modelleri. Araştırmacılar değişik bilişsel görevlerden alınan puanların birbiri ile ilişkili olduğunu belirtmelerine rağmen bu ilişki her zaman çok güçlü değildir. Bu nedenle bazı araştırmacılar, zekânın en iyi, nispeten farklı nitelikteki yeteneklerin bir araya gelmesi olarak anlaşılabileceğini öne sürmüşlerdir. Sözel akıcılık, kısa süreli bellek ve algısal hız gibi 120 kadar özgül zihinsel yetenek (s'ler olarak adlandırılan) olduğu öne sürülmüştür (Carroll, 1993; Domino ve Domino, 2006).

Çoklu zekâ kuramlarından oldukça dikkat çekenlerinden biri Robert Sternberg' in Üç *Aşamalı Zekâ Kuramı*'dır *(Triarchic Theory)* (Sternberg, 2004, 2006a). Sternberg, zekânın analitik, yaratıcı ve pratik zekâ olmak üzere üç boyuttan oluştuğunu ve klasik zekâ testlerinin bunlardan sadece ilkini düzgün bir şekilde ölçebildiğini savunmuştur. Sternberg çalışma arkadaşlarıyla birlikte, *Sternberg Üç Aşamalı Yetenek Testi ya da STAT (Sternberg Triarchic Abilities Test)* olarak adlandırılan bu üç boyutu da ölçen bir test geliştirmiştir. Bu test birçok kişi tarafından olumlu karşılanmasına rağmen geçerlik ve güvenirliğiyle ilgili daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Santrock, 2008).

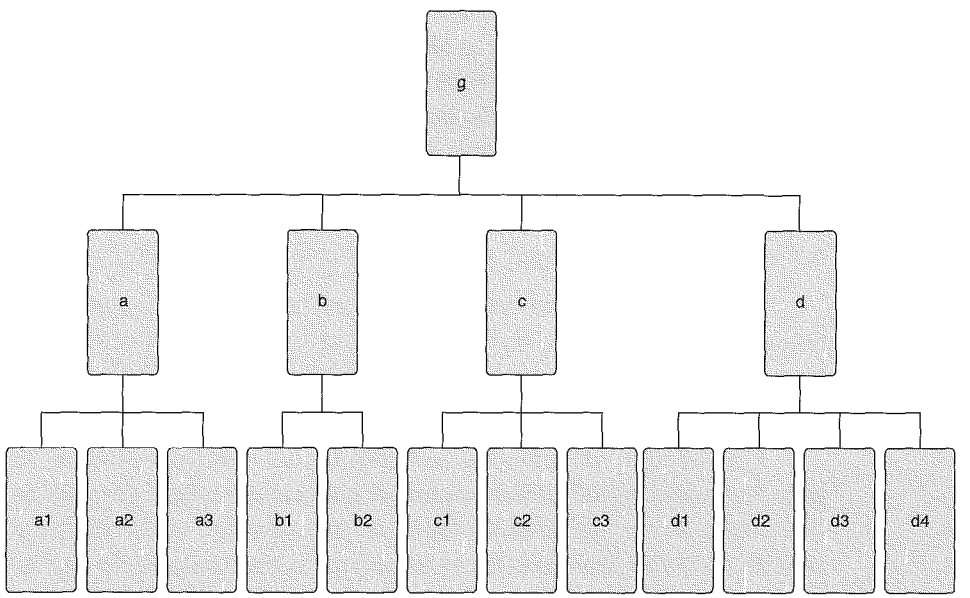
Howard Gardner'ın, zekâyı, sözel, matematiksel, uzamsal, bedensel-kinestetik, müzik, kişilerarası ve doğa zekâsı olmak üzere sekiz boyuta ayırdığı kuramı en popüler ikinci çoklu zekâ modelidir (Gardner, 1993, 2002). Gardner'ın kuramı özellikle eğitim alanında büyük ilgi görmüştür (Gardner, 1998).

Çok boyutlu zekâ modeli, zekânın tek bir faktörden ziyade farklı yeteneklerin bir araya getirilmesiyle daha iyi anlaşılabileceğini ileri sürmektedir. Hem Sternberg' in hem de özellikle Gardner'ın kuramları, zekâ terimini zekânın geleneksel tanımının dışında farklı yetenekleri kapsayacak şekilde genişletmiştir (örn. kinestetik atletik beceriler). Bazıları bu kuramları değerli bulurken, bazıları her şeyin zekânın bir parçası olamayacağını öne sürerek, zekânın tanımının bu şekilde zoraki genişletilmesine karşı çıkmaktadır.

Hiyerarşik ve Faktör Analitik Modeller. Zekâ hakkındaki üçüncü bir diğer görüş, zekânın biraz önce bahsedilen iki kuramın bir araya gelmesinden oluşabileceği düşüncesidir. Bu uzlaşıcı düşüncede ayrı ve genel bilişsel yetenekler hiyerarşik bir düzen içerisinde birbirleriyle ilişkilidir (Şekil 5.1). En temel seviyede kelime bilgisi, görsel patern tanıma ve bunun gibi özel yetenekler vardır (Şekil 5.1; a1, a2, a3, b1, b2, vb.). Özgül yetenekler tamamıyla birbirinden bağımsız değildir. Özellikle bazıları birbirleriyle ilişkilidir, çünkü ortak bir faktörü paylaşmaktadır (örn. iyi bir bellek, sözel bilgi, görsel bilginin hızlı işlenmesi). Genel olan faktörler de Şekil 5.1'de faktör a'dan d'ye gösterilmiştir. Son olarak, bu üst düzey faktörler birbirleriyle bir dereceye kadar ilişkilidir. Bu korelasyon genel faktör, g, tarafından temsil edilmektedir.

Zekâ ile ilgili farklı bu görüşleri değerlendirmenin bir yolu var mıdır? Örneğin, *özel yeteneklerin ne ölçüde bir arada kümelendiğini nasıl bilebiliriz?*

Faktör analizi çalışmaları farklı ölçümlerin birbiriyle ne derece ilişkili olduğunu ölçmektedir. Carroll (1993), Cattel (1943) ve Horn (1965) zekâ ile ilgili yürütülmüş çalışmaları gözden geçirmiş ve zekâ konusunda 461 faktör analizi çalışmasını özetlemiştir. Birkaç düzenlemeyle birlikte bu çalışmadan ortaya çıkan hiyerarşik model, kullanılmakta olan temel zekâ testlerini geliştiren uzmanların büyük çoğunluğu tarafından kabul edilmiştir. Bu bölümde, farklı zekâ testlerinin özelliklerini gözden geçirerek incelerken, yaygın olarak kullanılan zekâ testleri tarafından ölçüldüğü düşünülen faktörlerdeki benzerliklere de dikkat çekmekteyiz.



ŞEKİL 5.1. Zekânın hiyerarşik bir modeli

Binet Ölçekleri

Alfred Binet zekâyı ölçmek için araç geliştiren ilk kişi değildir, ancak onun orijinal testi ve bu testin revize edilen versiyonları, çocukların zihinsel becerilerinin ölçüldüğü çalışmaların en etkilileri arasındadır. Testin ilk formunda (1905), Binet'in testi 30 soru ve bir şeker ambalajını açmak, hareket eden nesneleri gözleriyle takip etmek, farklı ağırlıktaki nesneleri karşılaştırmak, cümleleri ya da sayıları ezberden tekrar etmek ve benzer objeleri tanımak gibi görevlerden oluşmuştur. Çocukların test puanları basitçe başarılı oldukları maddelerin sayısıydı. 1908'de yapılan revizyonla birlikte Binet' in testleri küçük çocukların ilk test maddelerini, daha büyüklerin ise daha sonraki maddeleri başarılı bir şekilde geçmesinin beklendiği *yaş kademeli* bir formda düzenlenmiştir.

Binet'in 1908 ölçeği Amerika Birleşik Devletleri'ne Henry Goddard tarafından taşınmış, Stanfordlu bir psikolog Lewis Terman tarafından 1916 yılında yenilenmiştir. Terman, Alman psikolog William Stern tarafından önerilen zekâ ve takvim yaşı arasındaki ilişkinin sayısal olarak temsil edilmesi fikrini benimsemiştir. Buna göre Stanford Binet test sonuçları, zekâ yaşının (ZY) takvim yaşına (TY) bölümünün 100' le çarpımıyla elde edilen, zekâ bölümü (IQ veya ZB) olarak ifade edilmeye başlanmıştır. Dolayısıyla, takvim yaşı 6, Stanford Binet'in öngördüğü zekâ yaşı 8 olan birinin ZB sonucu 133'tür (8/6*100). Ortalama bir ZB puanını 100 olarak belirleme geleneği böyle başlamıştır.



Alfred Binet zekâ testlerinin babası olarak kabul edilmektedir.

Stanford Binet'in en son versiyonu (SB5) 2003 yılında tamamlanmıştır. Diğer bütün büyük test revizyonlarında olduğu gibi, SB5' in son formu belirlenmeden önce pilot bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Test, ABD popülasyonunu ve yaş, cinsiyet, ırk, coğrafi bölge ve sosyoekonomik düzey gibi katmanları temsil eden, 4.800 kişilik bir örnekleme uygulanmıştır. Pilot uygulama aşamasında değişkenlerden elde edilen sonuçlar aracılığıyla test geliştiriciler, maddelerin farklı etnik gruplar ve cinsiyetler tarafından farklı işaretlenip işaretlenmediğine karar verebilmiştir. Bu aşamada çok sayıda madde pilot olarak test edilmiş, bunun sonucunda maddeler ya testten çıkarılmış ya da testte tutulmuştur (Daha önce değindiğimiz test yapılandırma aşamasına işaret etmektedir). Değerlendirilen 1000'e yakın maddeden 293' ü SB5'i oluşturmak için seçilmiştir (Roid, 2003).

SB5, zekânın hiyerarşik modeline göre inşa edilmiştir. Uygulayıcılar, genel bir ZB puanı (g'nin ölçümü) elde edebilecekleri gibi sözel ve sözel olmayan ZB puanlarını ve alt test puanlarını da (Her bir alt testin ortalaması 10 ve standart sapması 3' tür) elde edebilirler. Ancak, alt testler günümüzde, zihinsel işlevin ana alanlarını temsil eden 5 faktör olarak gruplandırılmaktadır (Tablo 5.5). Bu faktörler Şekil 5.1'deki orta seviye faktörlerle kıyaslanabilir ve faktör analitik çalışmalara dayanarak ortaya çıkarılmıştır. SB5'te yeralan bu faktörler: 1) Akıcı Muhakeme, 2) Bilgi, 3) Sayısal Muhakeme, 4) Görsel-Uzamsal İşlemleme ve 5) Çalışma Belleği olarak adlandırılmaktadır.

Stanford Binet'in 5. baskısı üzerinde yapılan güvenirlik araştırmaları, testin genellikle 0.90'ın üzerinde yüksek bir iç tutarlık katsayısına sahip olduğunu göstermektedir. Tüm-ölçek ZB'nin test-tekrar test güvenirliği 0.93 - 0.95 aralığındayken; faktör puanları için medyan (ortanca değer) 0.88'dir. Güvenirliğin üçüncü bir ölçümü olan, yargıcılar arası güvenirlikte ortanca bir korelasyon olarak 0.90 değeri elde edilmiştir (Roid, 2003). Bu değerler yüksek düzeyde güvenirliğe işaret etmektedir.

Testin geçerliğini değerlendirmenin bir yolu, testin sonuçlarını iyi yapılandırılmış bir diğer zekâ testi sonuçlarıyla karşılaştırmaktır (ölçüt geçerliliği). SB5'de tam ölçek ZB puanları, Wechsler zekâ testlerini de kapsayan diğer zekâ testlerinden (Korelasyon 0.78 ile 0.84 aralığındadır) elde edilen puanlarla benzerdir. Test ayrıca yetenekli, engelli ve öğrenme bozukluğu olan çocuk örneklemlerini başarılı bir şeklilde birbirinden ayırabilmiştir (Roid, 2003). Özetle, Stanford Binet Testi, çocukların değerlendirilmesinde, zekâ geriliğinin tanılanmasında ve akademik başarının yordanmasında ve açıklanmasında yaygın olarak kullanılan oldukça güvenilir bir test olmayı sürdürmektedir (Walsh ve Betz, 2001).

TABLO 5.5

Stanford -Binet 5' de Yeralan Madde Türleri

Kelime: Tren, ingiliz anahtarı, mektup, cesaretlendirme, hata gibi kelimeleri tanımlama.

Nesne Dizileri / Matrisler: Gösterilen bir seri resimdeki doğru sırayı seçme.

Mantıksızlıklar: Hataları ya da resimlerdeki saçmalıkları tespit etme. Örneğin, bir tırmığın yanlış ucunu tutan bir adamın ya da giysinin bir kısmını yanlış bir şekilde giyen bir kızın gösterildiği resimlerdeki uygunsuzlukları bulma.

Sayısal Muhakeme: 32, 26, 20, 14 gibi sayısal bir seride, sonrasında hangi sayının geleceğine karar verme.

Cümle Hafızası: Sunulan cümleleri doğru bir şekilde tekrar etme.

Sözel İlişkiler: 3 nesnenin ya da kelimenin birbirine nasıl benzer fakat bir dördüncüden nasıl farklı olduğunu gösterme. Örneğin, kedi, köpek ve bir at nasıl birbirine benzer ancak bir çocuktan nasıl farklılaşır.

Blok Aralığı: Blokları sarı ve yeşil biçimde kodlanan sıralarda ayırma.

Wechsler Ölçekleri

New York Bellevue Psikiyatri Hastanesi'nin baş psikoloğu olan David Wechsler, 1930'larda, özellikle yetişkinler için bir zekâ testi geliştirmeye başladı. Bu çabanın sonucu olarak 1939 yılında *Wechsler-Bellevue (W-B) Zekâ Testi* yayınlandı. Testte yer alan görevlerin bazıları Stanford-Binet' den alınmış ya da uyarlanmış olmasına rağmen birçok açıdan ondan farklı bir testi. Birincisi, W-B 17 yaş ve üzerindeki erişkinlere yönelikti. Ikincisi, W-B kişilerin her bir doğru yanıt için puan aldığı bir *puan testiydi*. Bu yöntemle ZB, kişilerin zekâ yaşı ve kronolojik yaşı arasındaki ilişkiyi yansıtmamakta, danışanın aldığı puanları standardizasyon örneklemindeki aynı yaşta olan kişilerin puanlarıyla karşılaştırmaktaydı. Ortalama bir ZB yine 100 olmasına rağmen, bu ZB hesaplama metodu birçok test için bir standart oluşturmuştur.

Wechsler çocuklar için de benzer bir test geliştirmiştir: *Wechsler Çocuklar için Zekâ Testi* (WISC, fonetik olarak genellikle 'Wisk' şeklinde okunur) ve *Wechsler Okul Öncesi ve İlköğretim Zekâ Testi* (WPPSI, ya da 'Whipsee'). Her biri çeşitli revizyonlar geçirmiş ve en çok kullanılan zekâ testleri arasında yerlerini almıştır.

WAIS. Wechsler 1955'te yetişkinler için geliştirmiş olduğu zekâ testini revize etmiştir. *Wechsler Yetişkinler için Zekâ Testi* (*Wechsler Adult Intelligence Scale*) ya da WAIS olarak adlandırılan bu revizyon, kısa bir süre içinde ABD' de en popüler yetişkin zekâ testi olmuştur (Tablo 5.3). Test 1981' de (WAIS-II) ve yakın bir zamanda 1997'de (WAIS-III) tekrar revize edilmiştir. Daha önceki sürümlerinde olduğu gibi, WAIS-III'ün her alt testinde, maddeler giderek artan bir zorluk derecesine göre sıralanmıştır. Klinisyen her bir alt testi önceden belirlenen üst üste yapılan hata sayısına ulaşıldığında durdurur ve bir sonraki alt teste başlar. Test tamamlandığında klinisyen, Tüm Test, Sözel ve Performans ZB puanlarını, kişinin toplam puanını, ortalaması 100, standart sapması 15 olan standart ZB puanlarına dönüştürerek hesaplar. WAIS–III' de yer alan bazı madde örnekleri Tablo 5.6'da gösterilmiştir.

WAIS-II bazı açılardan daha önce geliştirilmiş olan testlerden farklılaşmaktadır. 89 yaşına kadar ZB puanlarının hesaplandığı genişletilmiş bir yaş aralığına sahiptir. Bu, yaşlı bireyler için daha uygun yeni maddelerin teste eklenmesi ve yaşları 16'dan 89'a kadar değişen 2.450 kişinin oluşturduğu bir örneklem üzerinde normlarının geliştirilmesiyle başarılmıştır. Örneklem aynı zamanda yaş, cinsiyet, eğitim ve coğrafi bölge katmanları açısından da eşleştirilmiştir.

TABLO 5.6

Wechsler Yetişkinler İçin Zekâ Testi' nde (WAIS-III) yer alan madde türleri.

Alt test	WAIS-III deki temsili maddeler
Genel Bilgi	Ekmek neden yapılır ?
	Shakespeare ne yaptı?
	Fransa' nın başkenti neresidir?
	İstanbul Ankara arası kaç kilometredir?
Yargılama	Sokakta bulduğun bir cüzdanla ne yapmalısın?
	Neden yabancı arabalar yerli arabalardan daha pahalıdır?
	'Gıcırdayan tekerlek yağlanır' ne anlama gelmektedir?
Aritmetik	4 elman var, ikisini verdin geriye kaç elman kaldı?
	Eğer 4 kişi bir işi 6 günde bitirirse, kaç kişi aynı işi iki günde bitirir?
Benzerlikler	Matkap-tornavida, tasvir- kısa hikaye, köpek-çiçek gibi çiftlerin benzer yönlerini belirleyin
Şifre	Eşleştirilmesi verilen rakam ve sembollerden, rakamlar verilerek mümkün olduğunca sembolün doğru hatırlanması
Sözcük Dağarcığı	Koltuk, ucuz, öğle yemeği, paragraf, vadi, baraka, model, cilt kelimelerini tanımlama.
Resim Tamamlama	Gittikçe karmaşıklaşan resimlerde kayıp objeleri bulma
Küplerle Desen	Gittikçe karmaşıklaşan standarttaki desenleri eşlemek için blokları düzenleme
Resim Düzenleme	Artan sayıdaki resimleri karmaşıklaşan hikayeleri oluşturmak için sıralama
Sembol Arama	Bir seri sembolu görsel tarama ve tanıma

WAIS-III' deki en önemli değişikliklerden biri, dört yeni indeks/bileşik puanın (Sözel Kavrama, Çalışma Belleği, Algısal Organizasyon ve İşlem Hızı) teste eklenmesidir. Bunlar Şekil 5.1' deki orta seviye faktör puanlarına karşılık gelmektedir. Her bir indeks puanı, seçilen alt test puanlarının birleşimiyle elde edilmektedir. Örneğin, Algısal Organizasyon Puanı, Resim Tamamlama, Küplerle Desen ve Parça Birleştirme alt testlerinden elde edilen puanlardan elde edilmektedir. Bu dört indeks puanı faktör analizi çalışmalarından elde edilmiştir (Saklofske, Hildebrand ve Gorsuch, 2000).

WISC ve WPPSI. WISC 1949'da geliştirildiğinde ilk, 5-15 yaş aralığındaki çocuklarda kullanılmak amacıyla tasarlanmıştı. Genellikle 10' u uygulanan 12 alt testen (6 sözel, 6 performans) oluşmuştur. Daha sonra 4 yaş seviyesinde kullanılabilen WPPSI geliştirildi (Wechsler, 1967). Günümüzde kullanılan III.

versiyonunda, 2.5-7 yaş aralığında kullanılmasına olanak verecek şekilde yaş aralığı genişletilmiştir.

WISC'in son versiyonu olan WISC-IV, 6-17 yaş aralığını kapsamaktadır ve önceki versiyonunun temel yapısını ve formatını muhafaza etmesine rağmen bazı önemli değişiklikleri de içermektedir. Testen üç alt test (Resim Düzenleme, Benzerlikler, Labirentler) çıkartılırken, 5 yeni alt test teste eklenmiştir (Resim Kavramları, Harf-Sayı Sıralama, Matris Muhakeme, Kelime Muhakeme, Erteleme). Geliştiriciler ayrıca, Sözel ZB ve Performans ZB puanlarının hesaplanmasını kullanımdan kaldırmıştır. İlk olarak, WISC-III'de yer almaya başlayan, Tüm Test ZB ve 4 farklı bileşik faktör puanı ya da indekslerini ise muhafaza etmişlerdir. Bu bileşik puanlar; Sözel Kavrama, Algısal Muhakeme, Çalışma Belleği ve İşlemleme Hızı puanlarıdır (Wechsler, 2003).

Wechsler ölçeği güçlü psikometrik özelliklere sahiptir. Örneğin; Wechsler ailesi tarafından en son güncellenen WISC-IV'ün standardizasyonu, yaşları 6 - 17 arasında değişen 2.200 çocuk üzerinde yapılmıştır. Bu örneklem, ABD 2000 yılı nüfus sayımı verilerine göre cinsiyet, ırk/etnik köken, ebeveynlerin eğitim düzeyi ve coğrafik bölge dağılımına göre eşleştirilmiştir. Tıpkı son dönemde güncellenmiş olan SB5 (Stanford Binnet-V) gibi, bu ve diğer değişkenlerin dahil edilmesi, kültürlerarası araştırma ve zekâ ölçümünde uzmanlaşmış kişilere, pilot olarak test edilen maddeleri, madde yanlılığı açısından dikkatlice inceleme olanağı vermiştir. Belirli gruplar tarafından farklı cevaplandırılan maddeler bazı grup farklılıkları görülmeyen maddeler lehine atılmıştır.

Wechsler ölçeklerinin her birinin güvenirliği oldukça güçlüdür. WAIS'in Tüm Ölçek, Sözel ve Performans ZB puanları için iki yarım test güvenirliği katsayısı tüm yaş ranjları için 0.93 ya da üzerindedir. İndeks puanları için de güvenirlik katsayısı neredeyse aynı yüksekliktedir. WISC-IV indeks ve Tüm-Ölçek puanları için iki yarım test güvenirliği katsayısı 0.92 ile 0.97 arasında değişmektedir. WISC-IV puanlarının test-tekrar test güvenirliği 0.80 ile 0.90 aralığındadır ve bu değerler ölçek puanlarının zaman içinde oldukça tutarlı olduğunu göstermektedir. Son olarak, testin puanlanmasındaki öznellik büyük oranda azaltılmış ve puanlayıcılar arası görüş birliği 0.98 ile 0.99 arasında bulunmuştur (Wechsler, 2003).

Geçerlik çalışmaları, Wechsler testlerinin Standford-Binet gibi benzer nitelikteki diğer testler ile yüksek düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca, tıpkı Standford-Binet'de olduğu gibi, faktör analizi çalışmaları zekânın ölçümünde önemli olan yapıları temsil eden bileşik indeks puanlarını doğrulamakta oldukça önemlidir (Wechsler, 2003). Okul puanları, başarı testi puanları ve nöropsikolojik performans gibi kriterlerle oldukça yüksek ilişki vardır (Braden, 1995). Her test için yayınlanan teknik el kitapları standardizasyon, geçerlik ve güvenirlik ile ilişkili geniş tartışmaları içinde barındırmaktadır.

Zekâ Testi Puanlarının Yorumlanması. Klinisyenler WAIS, WISC veya SB gibi zekâ testlerini kullanarak bir kişinin bilişsel güçlüklerinin ve zayıflıklarının çok yönlü bir açıklamasını elde edebilirler. Ayrıca, alt test puanlarının değişkenliğini ya da "dağılımını" kullanarak tanılar, beyin hasarı, dürtüsellik veya diğer kişilik özellikleri hakkında hipotezler de geliştirebilirler (Groth-Marnat, 2003; Ryan, Paolo ve Smith, 1992; Wechsler, 2003). Örneğin; Wechsler (2003), Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), öğrenme güçlüğü ya da travmatik beyin hasarı olan çocukların işlemleme hızı ölçümlerinde diğer bireylerle karşılaştırıldığında nispeten daha zayıf performans gösterdiğini belirtmiştir. Ancak diğerleri, klinisyenleri alt ölçek puanlarındaki örüntüleri temel alarak çıkarsamalarda bulunurken dikkatli olmaları konusunda uyarmaktadır. Bu testler (WAIS, SB, WISC) nöropsikolojik değerlendirme amacıyla geliştirilmediğinden, kesin tanılamalar için nadiren tek başına kullanılır. Hunsley ve Mash (2007) tartışmayı daha da ileri götürerek, puanlar arası karşılaştırmanın klinik kullanışlılığının görgül olarak desteklenmediğini ileri sürmektedirler.

Diğer Zekâ Testleri

Günümüzde popülerlik kazanan, bireysel olarak uygulanan bir diğer test ise, *Kaufman Çocuklar için Değerlendirme Bataryası'* dır (*Kaufman Assessment Battery for Children [K-ABC]*) (Kaufman ve Kaufman, 1983, 2004a). 3 - 18 yaş arasındaki çocuklar için uygulanan testin hâlen ikinci basımı kullanılmaktadır (K- ABC-II). Bu test bilişsel psikoloji ve nöropsikoloji alanında yapılan araştırma sonuçlarına dayanarak geliştirilmiştir. Test zekâyı yeni problemleri çözme yeteneği (bu yetenek bazen *akıcı zekâ* olarak adlandırılmaktadır) ve kazanılmış bilgiler olarak (bu bazen *kristalize zekâ* olarak adlandırılmaktadır) tanımlamaktadır. Tıpkı Binet ve Wechsler testleri gibi, Kaufman alt testleri de (toplam 18, asıl 10), zekânın hiyerarşik modelleri ile uyumlu olarak bileşik puanlar olarak gruplandırılabilir. Testin ikili kuramsal temeli 2 temel (yüksek düzey) puan ortaya çıkarmaktadır. Bu puanlardan biri Zihinsel İşlemleme için bir diğeri ise Zihinsel İşlemleme ve Kazanılmış Bilgi'nin kombinasyonu içindir. K-ABC-II ile, orta-düzey bileşik puanların sayısı yaş ile birlikte artmaktadır. Üç yaşındaki çocuklar için 3 farklı bileşik puan bulunurken 4 – 6 yaş arasında olan çocuklar için 4, yedi yaş ve daha yukarısındaki çocuklar için 5 bileşik puan bulunmaktadır. Bu düzenleme, çocuk büyürken zekânın artan karmaşıklığını yansıtmak için geliştirilmiştir.

K-ABC-II'nin standardizasyon örneklemi, Amerikan nüfus sayımı verilerindeki birçok demografik faktörler ile eşleştirilen 3025 çocuktan oluşmuştur. Güvenirlik katsayısı 0.90, test-tekrar test güvenirliği 0.80 ile 0.90 arasındadır. K-ABC-II testinin geliştiricileri kültürel ya da etnik önyargılardan bağımsız bir test geliştirmek istemişlerdir. Test, WISC ile yüksek ilişki göstermesinin yanı sıra okul başarısı, başarı testi puanları ve nöropsikolojik performans gibi diğer değerlendir-

me ölçütleri ile de istenilir düzeyde yüksek korelasyon göstermektedir (Braden, 1995; Kaufman ve Kaufman, 2004a). *Kaufman Kısa Zekâ Testi (K-BIT-2)* olarak adlandırılan kısa versiyonu ise, yaklaşık 20 dakikada kritalize ve akıcı zekâyı değerlendirmek için geliştirilmiştir (Kaufman ve Kaufman, 2004b).

Günümüzde kullanılan diğer zekâ testleri, sözel ya da seslendirme yeteneklerine vurgu yapmadan zekâyı değerlendirmektir. Revize edilmiş *Peabody Resim-Kelime Testi-Gözden Geçirilmiş Form* (The Peabody Picture Vocabulary Test–Revised), *Porteus Labirent Testi* (Porteus Maze Test), *Leiter Uluslararası Performans Ölçeği* (Leiter International Performance Scale) ve *Raven Progresif Matrisler Testi* (Raven's Progressive Matrices) gibi testler, klinisyenlere çocukların ya da sözel becerileri hasar görmüş danışanların zihinsel işlevlerini değerlendirme imkânı vermektedir. Bu testler ayrıca, danışanın standart zekâ testindeki performansını kaygı, sözel beceri eksikliği, kültürel dezavantajlar ya da diğer durumsal faktörlerin etkilemiş olabileceğinden şüphelenildiği durumlarda klinisyene destek bilgi sağlamaktadır. Tablo 5.7'de, popüler 3 zekâ testine ilişkin temel bilgiler yeralmaktadır.

Yetenek ve Başarı Testleri

Zekâ testleri hem yeteneği (bilgi veya beceri kazanma kapasitesi) hem de başarıyı (kazanılmış bilgi ya da beceri) değerlendiren genel zihinsel yetenek ölçme araçları olarak görülebilir. Ancak, daha özgül zihinsel yetenekleri ölçmek için tasarlanmış farklı testler de bulunmaktadır. Bazı yetenek testleri bir meslek ya da eğitim programındaki başarıyı yordamak için geliştirilmiştir. Bu testler, farklı eğitimsel ve yaşama dair deneyimlerin birikimli etkisini ölçmeye ve bu etkiler temelinde performansı yordamaya çalışırlar. Başarı testleri, belirli görevlerdeki yeterliliği bir diğer deyişle insanların ne kadar bildiğini ve özel bir alanda ne kadar iyi performans sergileyebildiklerini ölçmektedir.

Lisans öğrencilerinin büyük çoğunluğunun oldukça aşina olduğu *Akademik Yetenek Testi* (The Scholastic Aptitude Test; günümüzde basit olarak SAT olarak adlandırılmaktadır) lise öğrencilerinin üniversite başarılarını yordamak için kullanılır. Sözel ve sayısal puanları içerir ve son versiyonu olan SAT-II, İngilizce bölümündeki düz yazı şeklinde yazılan denemelere ait puanları içerir. SAT'ın özgül içeriği sürekli revize edilmektedir. Her uygulamada sorular değiştirilir ve test herhangi bir zamanda verilebilir. Testte bulunan bazı maddeler gelecekteki teste kullanılmak için pilot olarak uygulanır. Puan ölçeği aynı kalsa da, test için normlar testin her versiyonunu alan binlerce kişinin puanları temel alınarak hesaplanır.

Yeteneği ve başarıyı ölçen diğer popüler testler, *Woodcock-Johnson Bilişsel Bataryası III* ve onunla benzer özelliklere sahip olan *Woodcock-Johnson Başarı Bataryası III*'tür (Woodcock, McGrew ve Mather, 2000). Bu bataryalar,

2 yaşından 90 yaşına kadar genel zihinsel yeteneği ve özel akademik başarıyı ölçer. *Geniş Aralıklı Başarı Testi* (Wide Range Achievement Test [WRAT-3]; Wilkinson, 1993), *Kaufman Eğitim Başarısı Testi* (Kaufman Test of Educational Achievement [K-TEA-II]; Kaufman ve Kaufman, 1985) ve *Wechsler Bireysel Başarı Testi* (Wechsler Individual Achievement Test [WIAT]) kadar iyi bilinen bir diğer örnektir. Klinisyenler ve (özellikle) eğitim psikologları, öğrenme bozukluğunu belirlemeye yardımcı olmak ve çocuk ve yetişkinler için eğitim planları geliştirmek amacıyla yetenek ve başarı testlerini kullanmaktadır.

Alanda başarı ve yeteneği ölçen başka testler de bulunmaktadır. Testler daha özgül bir alana ait yeteneği ya da başarıyı ölçtükçe bilinme olasılıkları da azalmaktadır. Eğer müzik yeteneğini ölçen *Seashore Müzikal Yetenek Testleri'ni* ya da *Crandford Küçük Parçalar Yetenek Testi'ni* duymadıysanız, bu oldukça özel yeteneklerin ölçüldüğü ortamlarda daha önce hiç bulunmamanızdan kaynaklanmaktadır. Bu tür yetenek ölçümleri klinik psikologlardan daha çok personel görevlileri ve eğitsel, mesleki ve rehberlik danışmanları tarafından uygulanmaktadır.

Bu Kısmın Özeti: Standford-Binet (SB5), Wechsler Yetişkinler İçin Zekâ Ölçeği (WAIS-III) ve Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği (WISC-IV) klinik psikologlar tarafından sıklıkla uygulanan zekâ testleri arasındadır. Testlerin her biri, Tüm Test Zekâ Bölümü (hiyerarşik zekâ modelinde *g*'ye karşılık gelen), Bileşik Zekâ Bölümü (orta seviyedeki faktörlere karşılık gelen) ve özgül alt test puanlarını (özel yeteneklere karşılık gelen) vermektedir. Bazı testler ise genel zekâyı, özel yetenekleri ya da başarı düzeyini değerlendirmek için kullanılmaktadır. Yaygın olarak kullanılan testler genellikle periyodik olarak yeniden gözden geçirilmekte ve standardizasyonu yapılmaktadır. Bu nedenle daha yüksek düzeyde geçerlik ve güvenirliğe sahiptirler.

TUTUM, İLGİ, TERCİH ve DEĞER TESTLERİ

Klinik psikologlar sıklıkla kişinin tutumlarını, ilgilerini, tercihlerini ve değerlerini değerlendirmeyi faydalı bulurlar. Örneğin; sıkıntıları olan bir çiftle çalışmaya başlamadan önce, klinisyen partnerlerin evlilik ya da kurdukları diğer ilişkiler ile ilgili tutumları hakkında bazı fikirler edinmek isteyebilir. Benzer şekilde, doktor olma konusunda çok ciddi çatışmaları bulunan bir danışanı başarılı doktorlardan tamamen ayıran ilgilerin neler olduğunu bilmek oldukça yol gösterici olabilir. Sonuç olarak, tutumların, ilgilerin, tercihlerin ve değerlerin değerlendirilmesi danışanları kariyer kararları ile ilgili olarak kendi özelliklerini araştırmaya teşvik edebilir (Holland, 1996).

Burada, mevcut bütün testleri tanıtacak yeterli yerimiz bulunmamaktadır ancak bunlar arasında danışanların çeşitli amaçlar, meslekler, akademik konular ve aktiviteler ile ilgili tercihlerini değerlendirmede yaygın olarak kullanılan test

örneklerini vermek mümkündür. Bunlar arasında, *Strong İlgi Envanteri* (*Strong Interest Inventory*, SII) (Hansen ve Campbell, 1985), *Campbell İlgi ve Yetenek Envanteri* (*Campbell Interest and Skill Survey*, CISS,2008), *Kuder Mesleki İlgi Envanteri* (*Kuder Occupational Interest Survey*, KOIS) (Zytowski, 2007) ve *Kendini Değerlendirme Envanteri* (*Self-Directed Search*, SDS) (Holland, 1994) sayılabilir.

Rehber öğretmenler, bu tür testleri yaygın olarak öğrencilere üniversitede bölüm ve meslek seçimleri konusunda yardımcı olurken kullanmaktadır. Bu testlerin birçoğu testi alan kişiye ilişkin; biyologlar, mühendisler, subaylar, polisler, diplomatik temsilciler, bankacılar, satış elemanları, avukatlar gibi meslek mensuplarından elde edilen bileşik profiller ile karşılaştırılabilecek bir ilgi profili verir. Orijinal olarak kağıt ve kalem testi olarak geliştirilmelerine rağmen, çoğunun yayıncıları tarafından üretilen, elektronik ortamda doldurulabilecek versiyonları da mevcuttur. Belirli bir ödeme karşılığında, ilgilenen kişiler istediği testi alabilir ve birkaç dakika içinde detaylı bir rapora ulaşabilir.

Değerler Ölçeği (*Study of Values* [SoV]; Allport, Vernon ve Lindzey, 1970) ve *Rokeach Değer Ölçeği* (*Rokeach Value Survey* [RVS]) gibi testler, değerleri ya da genel yaşam yönelimlerini ölçmek için kullanılmaktadır. Rokeach (2000) değerlerin tutumlardan ya da ilgilerden farklı olduğunu, değerlerin sayıca daha az olduğunu ve kişinin inanç sisteminin ve psikolojik işlevlerinin daha merkezinde bulunduğunu ileri sürmüştür. Değerleri ölçmek için kullanılan SoV farklı değerleri ölçen 120 maddeden oluşmaktadır ve testi alan kişiden her maddeye ilişkin kendini ifade eden seçeneği işaretlemesi istenmektedir. Sonuçlar 6 temel ilgi alanına işaret etmektedir: kuramsal (entellektüel bilgi), ekonomik, estetik, sosyal, politik ve dini. RVS'de ise, testi alan kişiden 18 temel (sağlık, sosyal tanınma, konforlu yaşam, dünya barışı) ve 18 ara (açık fikirli, entelektüel, itaatkâr, cesur) değeri önem derecesine göre sıralaması istenmektedir.

İlgi ve değer ölçeklerinin geçerlik ve güvenirlik puanları genel olarak kabul edilebilir düzeyde olmasına rağmen daha önce bahsetmiş olduğumuz bilişsel ölçeklerin çoğu kadar yüksek değildir. Bazı ölçeklerin geçerlik ve güvenirliğini değerlendirmek problemli olabilir çünkü bazı ölçekler sıralamayı ya da bir seçeneğin seçilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu durumda, belirli bazı maddeler üst sıralarda yer alırken diğer maddeler zorunlu olarak daha alt sıralarda yer almaktadır. Testi alan kişiler yaptıkları sıralamadan objektif olarak ölçülebilen daha odaklanmış maddelerin bulunduğu testlerde emin oldukları kadar emin değillerdir (örn., Bir ölçüm sırasında üçüncü sırada yerleştirilen bir madde 6 ay sonra tekrarlanan bir başka ölçüm sırasında altıncı sıraya yerleştirilebilir). Bu testler, bazı psikometrik sınırlılıklarına rağmen, kapsam geçerlikleri, kişisel ve mesleki bazı özellikleri keşfetmeyi harekete geçirme yetenekleri nedeniyle nispeten yaygın bir kullanıma sahiptir.

PSİKOPATOLOJİ VE KİŞİLİK TESTLERİ

Bu Kısma Bakış: Kişilerin tutumları, ilgileri, tercihleri ve değerleri kişiliklerinin bir yönü olarak görülebilir ama bu durum, bu özellikleri ölçmek için geliştirilmiş olan testlerin kişiliği ölçtüğü anlamına gelmez. Bu bölümde, kişiliğin çeşitli yönlerini değerlendirmek için geliştirilmiş ve sıkça kullanılan test örneklerine yer vereceğiz. Bu testlerden bazıları psikolojik anormallikler üzerine odaklanırken diğerleri normal işlevselliğin özelliklerini ölçmek için geliştirilmiştir. Ayrıca, danışana göreceli olarak basit, açık maddeler sunulan (örn., doğru ya da yanlış) objektif kişilik testleri ile danışana daha fazla belirsiz uyarıcı ve görev sunan projektif kişilik testleri (örn., mürekkep lekeleri ya da hikaye anlatma) birbirinden ayırmaktayız. Bu iki kategoriye ait testleri kullanımları, güçlü ve zayıf yönleri açısından tartışacağız.

Kişilik, bireyin diğer insanlarla karşılaştırılan ve farklılaşan davranışsal ve psikololojik özellikleri olarak tanımlanabilir. Bazı klinisyenler kişiliği ayırıcı özelliklerin yani treytlerin organize olmuş birleşimi olarak görürken bazıları içsel psişik güçler, yinelenen öğrenilmiş davranış örüntüleri ya da dünyaya ilişkişkin algılar arasındaki dinamik ilişkisi olarak görmektedir. Klinisyenler arasında kişiliği nasıl ele aldıklarına ilişkin kuram temelli bu farklılaşma kişiliği değerlendirmede kullandıkları geniş bir yelpazeye yayılan yöntemlere de yansımaktadır. Aslında, psikolojik testlerin çoğu kişilik değerlendirmesine odaklanmış durumdadır.

Kişilik testleri, objektif (nesnel) ve projektif (aynsıtmacı) testler olmak üzere 2 temel gruba ayrılmaktadır. Objektif testler, danışanın doğrudan cevaplar, seçenekler ya da puanlamalar ile tepkide bulunabileceği sorular ("Hiç evden kaçmak istedin mi?") ya da ifadeler ("Hiçbir zaman depresif hissetmedim.") gibi oldukça açık ve özgül uyarıcılar sunarlar. Objektif kişilik testlerinin büyük çoğunluğu, üniversitelerde yaygın olarak kullanılan çoktan seçmeli ya da doğru-yanlış testleri gibi kağıt-kalem türü testlerdir ve genellikle bilgisayarlar tarafından matematiksel olarak puanlanabilirler. Bazı objektif testler kaygı, bağımlılık veya ego gücü gibi kişiliğin tek bir yönüne odaklanırken, bazıları birçok kişilik özelliğinin kapsamlı bir genel değerlendirmesini sağlamaktadır.

Projektif testlerde, danışanın belirsiz veya yapılandırılmamış uyaranlara (örn., mürekkep lekeleri, resimler veya yarım bırakılmış cümleler gibi) tepkide bulunması istenmektedir. Verilen tepkiler karmaşık sözel ya da çizimsel (tanımlamalar, hikayeler, çizimler) ürünler olabilir. Daha sonra, verilen bu tepkiler ya da cevaplar klinisyen tarafından kişiliği oluşturan yapı ve dinamiklerin bilinçli ve bilinçsiz yönlerinin bir yansıması olarak puanlanır ve yorumlanır.

TABLO 5.7

Alanda Yaygın Olarak Kullanılan Üç Popüler Zekâ Testi

Test	Yaş Aralığı	Alt Test sayıları	Tahmini Uygulama Süresi[1]	Birincil Alınan Ölçümler
Stanford–Binet Zekâ Testleri (SB5), (Roid, 2003)	2 y–85 y+	10	45-75 dakika	Tüm Ölçek ZB, Sözel ZB, Sözel Olmayan ZB; Beş Bileşim Ölçeği: Akıcı Muhakeme, Kristalize Zekâ, Sayısal Bilgi, Görsel-Mekânsal İşleme, Çalışma Belleği
Wechsler Çocuklar için Zekâ Testleri–IV (WISC-IV) (Wechsler, 2003)	6 y– 16 y 11 ay	10	65–80 dakika	Tüm Ölçek ZB; dört alt boyut; Sözel Anlama, Algısal Muhakeme, Çalışma Belleği, İşlemleme Hızı
Kaufman Çocuklar İçin Değerlendirme Bataryası (K-ABC-II) (Kaufman ve Kaufman, 2004a)	3 y–18 y	7–11 (yaş aralığına göre değişir)	25–75 dakika	Zihinsel İşleme İndeksi; Akıcı-Kristalize İndeksi; Beş Altboyut: Sıralı İşleme, Eşzamanlı İşleme, Öğrenme Yeteneği, Planlama Yeteneği, Bilgi

1 El kitapçıklarında yazan tahmini uygulama süreleri eski tahmini sürelerdir. Uygulamada süreler oldukça farklıdır ve katılımcının yaşına, Tüm Ölçek ZB'sine, uygulamacının deneyimlerine ve uygulamasına bağlıdır (Ryan, Glass ve Brown, 2007).

KAYNAK: Roid (2003), Wechsler (2003), Kaufman ve Kaufman (2004a).

Psikopatolojiyi Değerlendiren Objektif Testler

İlk objektif kişilik testi psikologlar tarafından I. Dünya Savaşı zamanında askerlerin psikolojik problemlerini taramak için geliştirilmiş olan "Kişisel Bilgi Envanteri'dir (*Personal Data Sheet;* Woodworth, 1920). Ölçek de "Mutlu bir çocukluk yaşadın mı?" "Köprüden geçerken zorluk yaşar mısınız?" gibi 'evet' veya 'hayır' olarak cevaplanan sorular yer almaktadır. Seçilen bu maddeler daha önce "nevrotik" tanısı almış bireyler tarafından normaller ile karşılaştırıldığında en az iki kat daha sık bildirilen problemleri ya da semptomları yansıtmaktadır. Eğer madde normal örneklemin %25'i tarafından olumsuz olarak işaretlenmemişse testte yer almamıştır. Madde seçiminde kullanılan bunun gibi prosedürler, daha sonra ortaya çıkan daha sofistike görgül test geliştirme prosedürlerinin başlangıcı olmuştur (Butcher ve Keller, 1984).

Minnesota Çokyönlü Kişilik Envanteri: Kişisel Bilgi Envanteri'nin yayınlanmasının ardından ortaya çıkan yüzlerce objektif kişilik testi arasında en yaygın olarak kullanılan kişilik testi Minnesota Çokyönlü Kişilik Envanteri (MMPI)'dir. Bu test ilk olarak 1930'ların sonlarına doğru Minnesota Üniversitesi'nde psikolog Starke Hathaway ve psikiyatrist J. C. McKinley tarafından klinik hastalara psikiyatrik tanı koymak amacıyla geliştirilmiştir. Hathaway ve McKinley daha önceki kişilik testlerinden ve diğer kaynaklardan aldıkları yaklaşık 1000 maddeyi danışanların "evet", "hayır" veya "fikrim yok" şeklinde cevaplayabilecekleri ifadelere dönüştürmüşlerdir. Maddelerin yarısından fazlası binlerce sağlıklı kişinin yanı sıra psikiyatrik tanı almış kişilere de uygulanmıştır.

Testte belirli cevap şekilleri ortaya çıkmıştır. Herhangi bir psikiyatrik tanı almamış kişilerle karşılaştırıldığında, farklı tanı gruplarının çoğu maddeye istatistiksel olarak farklı cevaplar verdiği görülmüştür. Örneğin, belirli grup madde depresif hastalar tarafından belirli yönde cevaplandırılma eğiliminde iken diğer grup madde şizofreni hastaları tarafından belirli yönde işaretlenmiştir. Bu madde gruplarından ya da ölçeklerden 8'inin belirli tanı kategorileri ile ilişkili olduğu, normal ve anormal bireyleri birbirinden ayırabildiği belirlenmiştir. Ek iki ölçeğin ise kadın ve erkekler ile utangaç, içedönük üniversite öğrencileri tarafından daha farklı cevaplandığı belirlenmiştir. Ayrıca, test almaya ilişkin tutumları ya da çarpıtılmış tepkileri belirlemeye yardımcı olmak için tasarlanmış 4 geçerlik ölçeği de MMPI'ya eklenmiştir. Testin geliştirilme aşaması tamamlandığında, son formu 567 madde içermiştir.

Yaygın olarak kullanılmasına rağmen (Amerikan işaret diline bile çevrilmiştir, Brauer, 1993) orijinal MMPI şu an kullanılmamaktadır (Dahlstrom, 1992). Bu nedenle, MMPI'ın kapsamlı bir revizyonu 1982'de başlamış ve 1989'da tamamlanmıştır. Revizyon çalışmaları, ABD'nin yedi farklı eyaletindeki sağlıklı yetişkin ve ergenlere ek olarak birçok klinik popülasyondan seçkisiz olarak seçilen örneklemlerden toplanılan normatif veri kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Yeniden standardizasyon örneklemi 260 kişiden oluşmuştur. Ayrıca, 154 madde teste eklenme olasılığı için değerlendirilmiştir. Tablo 5.8 revize edilmiş MMPI-2'de yer alan geçerlik ölçeklerine ve klinik ölçeklere ilişkin bilgileri içermektedir (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen ve Kaemmer, 1989).

TABLO 5.8

MMPI 2 Ölçeği ve Maddeleri

Klinik Ölçekler

1 veya Hs (Hipokondriyazis): Hastalardan alınan 32 madde, vücut işlevleri hakkındaki anormallikleri gösterir. Örneğin; 'Haftada birkaç kez göğüs ağrılarım vardır (Doğru cevap).

2 veya D (Depresyon): Hastalardan alınan 57 madde, yoğun karamsarlığı, umutsuzluk duygusunu, düşünme ve harekette yavaşlamayı gösterir. Örneğin; 'Genellikle hayat ilginç ve değerliymiş gibi hissederim.' (Doğru cevap).

3 veya Hy (Histeri): Zorlu çatışma ve sorumluluklardan kaçınmak için bilinçsiz bir yol olarak nevrotik hastalar tarafından fiziksel ve zihinsel semptomları betimleyen 60 maddedir. Örneğin; 'Kalbimin çoğu zaman çok zor attığını hissedebiliyorum.' (Doğru cevap).

4 veya Pd (Psikopatik sapma): Sosyal geleneklere tekrarlı olarak ve bilerek uymayan hastalardan alınan 50 maddedir. Örneğin; 'Faaliyetlerim ve ilgilerim sıklıkla diğer insanlardan etkilenir.' (Doğru cevap).

5 veya Mf (Erkeksilik-Kadınsılık): Hastalardan alınan 56 madde homoerotizmi ve kadın ile erkek arasındaki farklılıkları gösterir. Örneğin; 'Çiçek toplamaktan hoşlanırım.' (Doğru cevap).

6 veya Pa (Paranoya): Hastaların şüphecilikleri ni ve hezeyanlarını gösteren 40 maddedir. Örneğin; 'Zihnimi etkilemeye çalışan düşmanca insanlar vardır.' (Doğru cevap).

7 veya Pt (Psikasteni): Obsesyonları, kompulsiyonları, anormal korkuları, suçluluğu ve kararsızlığı gösteren nevrotik hastaları temel alan 48 maddedir. Örneğin; 'Hiç kullanmasam dahi satın aldığım nerdeyse her şeyi saklarım.' (Doğru cevap).

8 veya Sc (Şizofreni): İlginç veya olağandışı düşünce ve davranışları gösteren hastalardan alınan 78 maddedir. Örneğin; 'Etrafımdaki her şey gerçek görünmüyor.' veya 'İnsanların yakın olması beni rahatsız eder.' (Her iki cevap da doğrudur.).

9 veya Ma (Hipomani): Duygusal heyecanlar, aşırı çalışma ve fikir uçuşmaları tarafından karakterize edilen hastalardan alınan 46 maddedir. Örneğin; 'Bazen görünür bir nedeni olmadan çok enerjik veya çok durgun hissediyorum.' (Doğru cevap).

0 veya Si (Sosyal İçedönüklük): Utangaçlık, diğer insanlara daha az ilgi ve güvensizlik gösteren insanlardan alınan 69 maddedir. Örneğin; 'Partilerde geçen bir hayatım var.' (Yanlış cevap).

Geçerlik Ölçekleri:

L (Yalan): İyi izlenim veren 15 maddedir. Örneğin; 'Tanıdığım herkese gülümserim.' (Doğru cevap).

F (Sıklık veya Nadirlik): Normalin %10 veya daha azı tarafından puan tablosunda cevaplanan 60 maddedir. Örneğin; 'Bana uluslararası bir komplo kurulmuştur.' (Doğru cevap).

K (Doğrulama): Bir probleme karşı savunmasızlık olarak kabul edilen 30 maddedir. Örneğin; 'Başkaları beni eleştirdiğinde kendimi kötü hissederim.' (Doğru cevap).

VRIN (Değişken Tepki Tutarsızlığı): Aynı şekilde cevaplanması beklenen 98 madde çifti vardır. Örneğin; 'İnsanlarla konuşurken zorlanırım.' ve 'Sıklıkla insanlara ne söyleyeceğime karar veremem.' (Biri doğru cevap, diğeri yanlış)

TRIN (Doğru Cevap Tutarsızlığı): İçerikle ters düşen çiftlerdeki 40 maddedir. Örneğin; her iki tutarsızlığı da yansıtan doğru cevap, 'Çoğu zaman yorgun ve motivasyonsuz hissederim.' veya 'Çoğu zaman enerjik ve coşkulu hissederim.' (Her iki cevap da doğru).

F (b) (Sahte): F ölçeği ile benzer, problemleri gösteren maddeleri tanımlamak ve açıklama sıklığı daha az olan 40 madde geliştirilmiştir. Örneğin; 'Her iki bacağım da bazen, nedeni olmadan uyuşur' (Doğru cevap).

KAYNAK: Assessment of Persons kitabından alınmıtır, N.Sundberg, 1977 (Englewood Cliffs,NJ:Prentice Hall), s. 183. Basım 1977, yayınevi: Prentice Hall. İzni ile adapte edilmiştir. Ayrıca, Handbook of Psychological Assessment (4. Basım.), G. Groth-Marnat, 2003 (Hoboken, NJ: John Wiley and Sons), s. 214. Basım 2003, yayınevi: John Wiley and Sons. İzni ile basılmıştır.

Önemli yenilikleri içeren MMPI-2' de, üç özellik oldukça önemlidir:

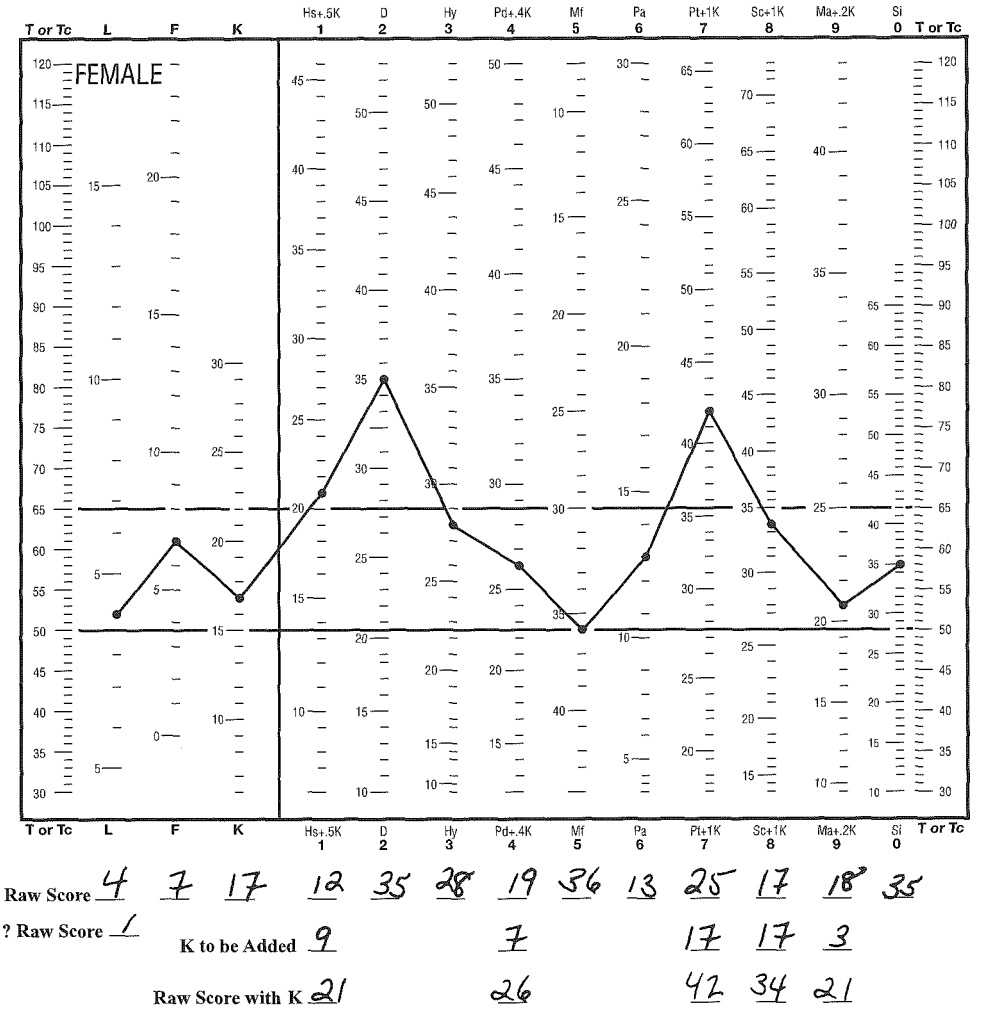
1. Temel klinik ölçekler ile ölçülemeyen kişilik faktörlerinin değerlendirilmesini sağlayan 15 yeni içerik ölçeği vardır. Bunlardan bazıları; kaygı, obsesyon, sağlık sorunları, alaycılık, ailesel problemler ve diğer problemlere yönelik ölçekleridir.
2. L, F ve K ölçeklerine destek olması için bazı yeni geçerlik ölçekleri eklenmiştir.
3. Puanlama farklı ölçeklerdeki benzer puanların klinik önemini eşitlemek için değiştirilmiştir. Orijinal MMPI da, farklı ölçeklerdeki benzer puanlar rahatsızlığın farklı derecelerine işaret etmektedir (Tellegen ve Ben-Porath, 1992). Tüm bunlara ek olarak, klinik anlamlılık puan sınırı (klinik kesme T puanı) 70'ten 65'e düşürülmüştür.

MMPI-2'nin kalem kağıt uygulaması, testi alan kişinin okuma becerilerine bağlı olarak (test 6. sınıf okuma düzeyini hedeflemektedir) her kişi için ortalama 90 dakika alır. Testin bilgisayar ile uygulanması ise genellikle daha az zaman almaktadır. Testin yorumlanması hastanın MMPI profilinin diğer hastalarınki ile karşılaştırılmasıyla yapılır. Bu *klinik* olarak önceki hastaların örüntüleri karşılaştırılarak veya *istatistiksel* olarak, örnek profiller ya da bu profilleri veren kişilerin özelliklerini içeren kitaplar referans alınarak gerçekleştirilir (Butcher ve Williams, 1992; Dahlstrom, Lachar ve Dahlstrom, 1986; Dahlstrom, Welsh ve Dahlstrom, 1972; Graham, 1990). Şekil 5.2'de örnek bir MMPI profili gösterilmektedir.

MMPI'ı yorumlarken en sık kullanılan yöntem, hastanın en yüksek puan aldığı 2 klinik ölçeği referans alan 2'li kod sistemidir. Örneğin, bu en yüksek puanlar 4. ve 9. ölçeklerden alınmışsa, bu 49 veya 94 olarak kodlanır. 49/94 profili ise referans kitaplarında itici, dışadönük, heyecan arayan, antisosyal eğilimleri olan ve düzensiz iş/aile yaşantısına sahip bir profile işaret eder. Testin orijinal teşhis amaçlarından farklı olarak, ek yüzlerce deneysel ölçek MMPI-2'den geliştirilmiştir.

Klinisyenlerin MMPI kullanmak istemelerinin nedenlerinden biri *"doğrulanabilir materyallerin çokluğudur"* (Domino ve Domino, 2006). Var olan birçok yorumlama ve puanlama materyalleri tıpkı uygulama ve puanlama amaçlı kullanılan bilgisayar programları gibi kalite olarak çeşitlilik göstermektedir. Finger ve Ones (1999), bilgisayar ve kağıt/kalem uygulamalarını karşılaştıran meta-analiz çalışması sonucunda her iki tür uygulamanın sonuçları arasında anlamlı fark olmadığını göstermişlerdir. Başka bir deyişle; MMPI, sonuçlarda anlamlı bir farklılığa yol açmadan bilgisayarla da sağlıklı bir şekilde uygulanabilmektedir. Puanların klinik yorumlaması da diğer bir problemdir. Bazı referans kitapları bu konuda diğerlerinden daha iyi olabilir. Yeni klinisyenler puan yorumlama için

daha önce yapılandırılmış olan çalışmalara dayalı olarak oluşturulmuş yorumlamalara daha sadık kalmayı tercih edebilirler (örn., Butcher, 1999, 2006; Butcher ve Williams, 1992; Graham, 2000).



ŞEKİL 5.2. MMPI-2 Profili

(Kaynak: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2. 1942 – 1943 [Yenilenmiştir]. Yayınevi: The Regents of the University of Minnesota. Bu profil 1989'da oluşturulmuştur.)

MMPI'nın kısaltılmış versiyonu da geliştirilmiştir. 'Mini Mult' ya da 'Midi Mult' olarak adlandırılan testin kısaltılmış bölümleri daha az kapsamlıdır ve daha hızlı bir tarama ile daha hızlı sınıflandırma yapabilmek için geliştirilmiştir (Stevens ve Reilly, 1980). Ergenler için daha kısa başka bir form (MMPI-A) geliştiril-

miştir. 478 madde içeren MMPI-A daha az madde içermesine rağmen MMPI ve MMPI-2 ile yüksek korelasyon gösterecek yeterli uzunluğa sahiptir.

Walsh ve Betz'e (2001) göre, MMPI' ın klinik ve rehberlik alanlarında bu kadar yaygın kullanılan bir psikolojik test olması, duygusal stresin doğasını ve derecesini değerlendirmedeki başarısından kaynaklanmaktadır. MMPI, binlerce araştırma raporuna sahiptir ve üzerinde diğer testlerden çok daha fazla çalışma yürütülmüştür. Test oldukça güçlü psikometrik özelliklere sahiptir. Örneğin; MMPI-1 ve MMPI-2 için test-tekrar test geçerlik katsayısı 0.60 ile 0.90 arasındadır (Pope, Butcher ve Seelen, 1993).

Araştırmacılar MMPI-2' nin çeşitli etnik ve kültürel gruplarda kullanıldığında ne ölçüde geçerli sonuçlar verdiğini araştırmaya devam etmektedir. Örneğin; Chung, Weed ve Han (2006) Amerika'da yaşayan iki dilli Koreliler üzerinde MMPI-2'nin kültürlerarası geçerliğini incelemiştir. Katılımcılar testi her 2 dilde aldığında, test-tekrar test korelasyonları -İngilizcede uzmanlaşmış alt örneklem hariç- aynı dil korelasyonundan daha düşüktür. Çok daha karmaşık cümleleri ya da Amerikan deyimleri içeren soruların özellikle daha problemli olduğu görülmüştür. Benzer veriler dikkate alındığında, eğer kültüre özgü geçerlilik çalışmaları yoksa, farklı kültürlere sahip bireylerin MMPI-2 sonuçlarının yorumlanmasında klinisyenler çok daha fazla dikkatli olmalıdırlar (Butcher, 2004; Pace ve diğ., 2006).

Millon Çokyönlü Klinik Envanteri (*Millon Clinical Multiaxial Inventory [MCMI]*). Psikopatolojiyi değerlendirmek için, MMPI'ya en önemli alternatif Millon Çokyönlü Klinik Envanteri'dir. 175 maddesi ile MMPI'dan daha kısadır. İlk olarak 1982'de yayımlanmış, 1987'de ilk kez, 1997'de ise ikinci kez revize edilmiştir (MCMI-III) (Millon, Millon ve Davis, 1997). MCMI-III' ün 28 ölçeği vardır ve bu ölçeklerden 4'ü testin geçerliğini değerlendirmek ve yorumlamayı değiştirmek için kullanılmaktadır. Test, DSM-IV tanı kriterlerine göre geliştirilmiş ve ölçekleri DSM' deki tanı grupları ile paraleldir (anksiyete, somatizasyon gibi). 10 ölçek kişilik özelliklerini/bozukluklarını tanımlamaktadır (kaçınmacı, antisosyal gibi). MCMI-III'ün yorumlanması "Genel psikopatoloji ve kişilik bozuklukları hakkında sofistike bir anlayış ve bilgi gerektirir" (Groth-Marnat, 2003). Sonuç olarak, testten elde edilen güvenirlik değerleri MMPI'dan elde edilenlerden daha düşük olmasına rağmen test, klinik alanda popüler olarak kullanılan testlerden biri olmayı sürdürmektedir

Psikopatolojinin Belirli Yönlerini Ölçen Testler: Klinisyenler ayrıca daha özgül klinik amaçları olan testler de geliştirmişlerdir. Bunların başlıca örneği, en son ikinci baskısı yapılan Beck Depresyon Envanteri'dir (BDI-II) (Beck, Steer ve Brown, 1996). 21 maddeli ölçeğin uygulaması oldukça kolaydır. Hastalar hangi seçeneğin onları daha iyi betimlediğini 0'dan 3'e bir değer vererek puanlarlar. Test puanları hiç ya da minimal depresyondan (13 ve altı), ciddi depresyona (29

ve üzeri) kadar gruplanır. Testin faktör yapısı oldukça açık olmasına rağmen, bazı çalışmalar testin tek bir faktörü ölçtüğünü iddia ederken (depresyonun genel dışavurumu), bazıları iki faktör ölçtüğünü öne sürmektedir (depresyonun bilişsel ve somatik ifade edilişleri) (Ward, 2006). Testin klinik ve araştırma alanlarında oldukça yaygın bir şekilde kullanıldığı 1000'in üzerinde araştırmada kullanılması gerçeği ile desteklenmektedir (Groth-Marnat, 2003).

Özgül psikopatolojilere odaklanan testlerden biri de *Korku Araştırma Çizelgesi*'dir (Fear Survey Schedule [FSS]). Hastalar bir listedeki objelerin, insanların ve durumların korkutuculuk derecesini değerlendirir. Testin farklı versiyonları 50 den 122' ye kadar madde içerir ve korku oranları için 5'li ya da 7'li Likert Tipi Ölçek kullanılır (Geer, 1965; Lawlis, 1971; Wolpe ve Lang, 1969). FSS-III çeşitli dillere çevrilmiştir (Abdel, 1994; Johnsen ve Hugdahl, 1990) ve hem zekâ geriliği olan hem de olmayan çocuklarda kullanılması için yazılı ve resimli versiyonları mevcuttur (Fleisig, 1993; Gullone ve King, 1992; Ramirez ve Kratchowill, 1990). Bu kategorideki diğer testler arasında *Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri* (State-Trait Anxiety Inventory) (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg ve Jacobs, 1983), *Sosyal Kaçınma ve Stres Ölçeği* (Social Avoidance and Distress Scale) (Watson ve Friend, 1969), *Sosyal Fobi ve Kaygı Envanteri* (Social Phobia and Anxiety Inventory [SPAI]) (Turner, Beidel, Dancu ve Stanley, 1989), *PTSD Semptom Ölçeği* (PTSD Symptom Scale Self-Report) ve Bulimia Ölçeği – Gözden Geçirilmiş Form (Bulimia Test-Revised [BULIT-R]) (Thelen, Farmer, Wonderlich ve Smith, 1991) sayılabilir.

Objektif Kişilik Testleri

Klinik psikologlar özellikle psikopatolojiyi değerlendirmekle ilgilenirler ama bazen kişilikte görülen normal farklılaşmaları da değerlendirirler. Bunu klinik araştırmanın bir parçası olarak yapabilecekleri gibi, danışanların güçlü ve zayıf yönleri hakkında daha iyi fikir elde etmek amacıyla da yapabilirler.

Kişiliğin normal boyutlarını ölçen, çeşitli kişilik kuramlarına ve/veya kişilikle ilgili faktör analizi araştırmalarına dayanan sayısız test geliştirilmiştir. Faktör analizi araştırmalarını temel alan kişilik testlerinden ilki, psikotizm, içedönüklük-dışadönüklük ve duygusallık-tutarlılık olmak üzere 3 temel kişilik faktörünü ölçen *Eysenck Kişilik Envanteri*'dir (Eysenck Personality Questionnaire; Eysenck ve Eysenck, 1975). Bir diğeri, pozitif duygulanım, negatif duygulanım ve kısıtlanma faktörlerini ölçen Tellegen'ın (1982) Çoklu Kişilik Envanteri'dir (*Multidimensional Personality Questionnaire*). Klinisyenler tarafından kullanılan normal kişilik testlerinin diğer örnekleri aşağıda sunulmaktadır.

Kaliforniya Psikoloji Envanteri (California Psychological Inventory [CPI]). Geniş ölçekli, görgül olarak geliştirilen, nesnel kişilik testlerinden biri, Kaliforniya Psikolojik Envanteri'dir. İlk olarak 1957 yılında geliştirilen ölçek,

1987'de ölçek içeriği güncellenerek ve yeni maddeler eklenerek revize edilmiştir (Gough, 1987). MMPI, MCMI ve diğer kişilik testlerinden farklı olarak, CPI özellikle normal popülasyondaki kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Doğru-yanlış olarak kodlanan 462 maddenin yaklaşık yarısı MMPI'dan alınmıştır. Ancak, CPI maddeleri sosyallik, kendilik kabulü, sorumluluk, baskınlık, kendilik kontrolü gibi özellikleri içeren daha pozitif ve daha farklı alt ölçekler olarak gruplandırılır. Ayrıca, MMPI ile benzer amaçları olan, 3 geçerlik ölçeği bulunmaktadır. CPI'in güçlülüğü, standardizasyon örnekleminin temsil edilebilirliğinden (Amerika Birleşik Devletleri' nin her bölgesinden ve her sosyoekonomik düzeyinden 13.000 kadın ve erkek çalışmaya katılmıştır) ve göreli yüksek güvenirlik özelliklerinden gelmektedir. Bu test, suç işleme oranını, akademik başarıyı ve liseyi bırakma ihtimalini yordamak için kullanılmıştır (Anastasi ve Urbina, 1997). Bilgisayarda puanlama ve yorumlama sistemleri de mevcuttur.

16 Faktör Kişilik Envanteri (Sixteen Personality Factors Questionnaire [16PF]). Raymond B. Cattell, kişiliğin 16 temel faktörünü belirlemek için hem kuramdan hem de faktör analizinden faydalanmış ve bu faktörleri ölçmek amacıyla bu ölçeği geliştirmiştir (Cattell, Eber ve Tatsuoka, 1970, 1992). 16 PF Kişilik Envanteri`nde bulunan 187 maddenin her biri için testi alan kişi, 3 seçenek arasından kendisine uygun gelen birini seçer (Örneğin; Ziyaret etmeyi tercih ederim: Müze, Ulusal park veya Sanat Galerisi). Test sonuçları kişinin 16 faktör üzerinden puanlarını verir. Bu faktörlerden bazıları, zekâ, ego gücü, muhafazakarlık-radikallik ve şizotimi-afektomidir. Test-tekrar test güvenirliği yaklaşık 0.8 aralığındadır ve geçerliği kabul edilebilir seviyededir (Cattell, Eber ve Tatsuoka, 1970). 16 PF yaygın olarak kullanılmaya devam etmektedir.

Myers- Briggs Kişilik Tip Belirleme Envanteri (Myers-Briggs Type Indicator). Bir diğer objektif kişilik envanteri de, Jung'ın psikanalitik kişilik tipleri sınıflandırma sistemini temel alan, Myers- Briggs Kişilik Tip Belirleme Envanteri'dir (MBTI) (Myers ve Briggs, 1943). Testin zorunlu seçenekli 126 maddesi, 4 ölçeğin kombinasyonunu temel alarak kişileri 16 tipte sınıflandırmaktadır: 1-İçedönüklük-Dışadönüklük (**E**xtraversion veya **I**ntroversion), 2-Duyumsama/Sağduyu-Sezgi (**S**ensation veya i**N**tuition), 3-Düşünme-Hissetme (**T**hinking veya **F**eeling), 4-Yargılama-Kavrama (**J**udging veya **P**erceiving). MBTI kişilik farklılıklarını tanımlamak için koyu renkte yazılmış olan harf çiftlerini kullanır. Test sonuçları her bir boyutun güçlülüğü hakkında bilgi sağlamasına rağmen, bazen yorumlarda güçlü faktörler baskın çıkabilir ve kişiler en yüksek puan aldıkları 4 baskın özelliğe göre adlandırılır (Örneğin; ENTJ). MBTI kolayca uygulanabilen ve puanlanabilen, kabul edilebilir yarı test ve test-tekrar test güvenirliğine sahip bir ölçektir. Yaygın olarak kullanılmasına ve diğer kişilik ve ilgi envanterleriyle ilişkili olmasına rağmen (Myers ve McCaulley, 1985), MBTI'nın geçerliği hakkında önemli sorunlar bulunmaktadır (Domino ve Domino, 2006).

NEO Kişilik Envanteri-Revize Edilmiş Form (NEO-PI-R): Yaygın olarak kullanılan bir diğer kişilik envanteri Costa ve McCrae'nın (1980, 1985, 1992a) kişilik araştırmaları programından geliştirilmiş olan NEO-PI'dır. Güncel versiyonu kişiliğin 5 boyutunu ve her bir boyutun 6 özgül yönünü ölçen NEO-PI-R, 243 maddeden oluşmaktadır. 5 alt ölçek; 1- *Nevrotizm/Duygusal Dengesizlik* (çoğu durumda kaygı, kızgınlık ve depresif hissetme eğilimi), 2- *Dışadönüklük* (aktif ve diğer insanlarla olmayı seçme eğilimi), 3- *Açıklık* (aktif hayal gücü, merak, çoğu deneyime açık olma eğilimi), 4- *Geçimlilik* (diğerleri ile pozitif, sempatik, yardımsever ilişkiler kurabilme) ve 5- *Sorumluluk*'tur (güvenirlik ve görevlere bağlılık eğilimi).

NEO-PI-R, sağlıklı olan yetişkinlerin kişiliğini değerlendirmek için oluşturulmuş olmasına rağmen, araştırmacılar tarafından psikolojik rahatsızlıkları tanılamada, psikoterapi sürecini yordamada ve bazı hastalar için uygun tedavi formlarını seçmede de kulanılmaktadır (Costa ve McCrae, 1992b). NEO-PI-R gibi testlerin bu amaçlar için kullanılması, bu testlerin MMPI-II gibi testlerden klinik olarak daha yararlı ve anlamlı bilgi vermediğini düşünen klinisyenler tarafından eleştirilmektedir (Ben-Porath ve Waller, 1992). Testin iç tutarlık ve test-tekrar test güvenirlik değerleri yüksektir (her boyut için yüksek olmasa da) (McCrae ve Costa, 1987). Klinik uygulamalarının yeterince gelişmediği teste ilişkin araştırmalar yoğun bir şekilde devam edecektir.

Projektif Kişilik Testleri

Projektif değerlendirmenin geçmişi, Leonardo da Vinci'nin öğrencilerini seçmede, öğrenci adaylarının belirsiz bir form üzerindeki şekil veya özellikleri bulmaya çalışırken sergiledikleri yaratıcılığı temel aldığı söylenen 1400'lü yıllara dayanmaktadır (Piotrowski, 1972). 1800'lerin sonunda Binet, Blotto olarak adlandırılan evde oynanan bir oyunu çocuklara mürekkep lekesinde ne gördüklerini sorarak pasif hayal gücünü değerlendirecek şekilde adapte etmiştir (Exner, 1976). Sir Francis Galton'da 1979'da bir kelime çağrışım testini geliştirmiş ve Jung, 1910'lara kadar klinik değerlendirme için benzer bir test kullanmıştır. Her hastaya aynı uyaranın aynı şekilde sunulmasıyla bu informal projektif teknikler, projektif testlere dönüşmüştür.

Günümüzde kullanılan projektif testler psikodinamik yaklaşımın içinden çıkmıştır. Freud'un insanlar kişiliklerinin kabul edilemeyen yanlarını diğer insanlara "yansıtırlar" veya diğerlerine atfederler görüşünü genişletilerek, "İnsanların bilişsel işlemelerinin, algıları, ihtiyaçları, ilgileri ve psikolojik mekanizmaları tarafından etkilenme eğiliminde olduğu" görüşü ileri sürülmüştür (Frank, 1939, Exner içinde alıntılanmıştır, 1976, s. 61). Başka bir deyişle, projektif hipotez her bireyin kişiliğinin önemli ölçüde, o kişinin belirsiz bir uyaranı nasıl yorumladığını ve ona nasıl cevap verdiğini belirleyeceğini öne sürer. Danışanların bu eğilimlerini sergilemesi için cesaretlendirildikleri testler projektif yöntemler olarak adlandırılır

(Frank, 1939). Bu bölümde öne çıkan projektif testlerden sadece birkaçı tartışılacaktır. Fakat benzer testler hakkında daha ayrıntılı bilgi, bölümün başında sunulan referanslarda sunulmaktadır.

Rorschach Mürekkep Lekesi Testi (Rorschach Inkblot Test). Yaygın olarak bilinen ve sıklıkla kullanılan projektif testlerden biridir. İsviçreli psikiyatrist Hermann Rorschach tarafından 1911-1921 yılları arasında geliştirilen test, renkli ve siyah-beyaz 10 karttan oluşmaktadır. Testin kullanım kitabı yayınlandığında (Rorschach, 1921), sadece birkaç kopyası basılmıştır. William Stern gibi Avrupalı test uzmanları testi "İnsan kişiliğini anlamada hatalı, rastgele, yapay ve yetersiz olarak değerlendirmişlerdir" (Reisman, 1976).

1921'de İsviçre'de çalışan Amerikalı psikiyatrist David Levy, testin bir kopyasını Amerika'ya götürmüş ve 1927'de Samuel Beck adında bir öğrencisini testin kullanımı konusunda eğitmiştir. Beck, Rorschach içeren ilk Kuzey Amerikan raporunu yazmış ve 1937'de uygulama ve puanlama için standart bir prosedür geliştirmiştir. Aynı yıl bir başka puanlama sistemi daha geliştirilmiş (Klopfer ve Kelley, 1937) ve Rorschach, o zamana kadar küresel bir kişilik testine sahip olmayan Amerikalı psikologlar arasında popülerlik kazanmıştır.

Sonraki yıllarda Rorschach benzeri birçok test ortaya çıkmıştır ve bu testlerden en dikkat çekeni, Holtzman Mürekkep Lekesi Testi'dir (Holtzman, Thorpe, Swartz ve Herron, 1961). Fakat bu testlerden hiçbiri Rorschach'ın popülaritesi ile yarışamamıştır. Rorschach, 1930'dan 1960'lara kadar klinik psikologlar arasında en yaygın kullanılan test olmuştur. Önemli bir klinesyenin şu sözleri anlamlıdır: "Rorschach'ta yetkin olmaksızın klinik psikoloji alanında doktora sonrası düzeye yükselebilen biri olduğunu düşünmek zordur" (Harrower, 1965, s. 398). Günümüzde bu durum geçerli değildir. Wechsler veya MMPI gibi testlere göre, Rorschach'ın popülerliği düşmüştür ama kullanımının son yıllarda yeniden arttığı söylenebilir (bknz. Tablo 5).

Testin kendisi oldukça basittir. Hastaya 10 kart teker teker gösterilir. Her kartta Şekil 5.3'tekine benzer mürekkep lekeleri bulunur ve hastaya ne gördüğü veya lekenin ne olabileceği sorulur. Testör tüm sözel cevapları, cevaplama süresini, kartın nasıl tutulduğunu (örn., başaşağı, yan), fark edilebilir duygusal tepkileri ve diğer davranışları not eder. Son kartın sunulmasından sonra, testör kartlara geri döner ve cevaplanan her mürekkep lekesinin özellikleri hakkında hastaya sistematik bir sorgulama yöneltir.

Hastanın cevaplarının kaydı ya da protokol daha sonra puanlanır ve özel bir prosedür kullanılarak yorumlanır. Puanlama karmaşık olabilir fakat çoğu kod sistemi, en azından, karakteristik özellikleri ile Tablo 5.9'da gösterilmiştir. Örneğin; hastanın Şekil 5.3'e cevap olarak 'Bir yarasa gibi görünüyor' ve sorgu boyunca "Tüm mürekkep lekesi bir yarasa gibi, çünkü siyah ve yarasa şeklinin bir türü gibi" dediğini varsayalım.



ŞEKİL 5.3. Rorschach Testinde Kullanılanlara Benzeyen Mürekkep Lekesi (Kaynak: Norman D. Sundberg, *Assessment of Persons' dan* alınmıştır, Basım 1977, s. 207. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey'in izni ile basılmıştır.

Mevcut puanlama sistemi kullanılarak, cevaplar WFC9+ AP şeklinde kodlanır. W, tüm lekenin kullanıldığı (lokasyon), F mürekkebin şeklinin cevabın ana belirleyicisi olduğu (form) ve C9 değişmeyen rengin içerildiği (renk-color) anlamına gelir. Artı ise, cevabın formun lekesinin gerçek şekli olduğu ve P, yarasanın bu kart için popüler bir cevap olduğunu gösterir.

TABLO 5.9

Rorschach Mürekkep Tekniği için Puanlama Kategorileri

Puanlama Kategorileri	**Kategorinin Temsil Ettikleri**
Lokalizasyon	Hastanın cevapladığı mürekkep alanı: Tüm mürekkep, yaygın detay, yaygın olmayan detay, beyaz boşluk veya bazı bölgelerin cevaplarının bir kombinasyonu
Belirleyiciler	Cevaplandırılan mürekkebin şekil, renk, gölge ve hareketlilik içeren cevaplardan etkilenen mürekkebin özelliği
İçerik	Leke olarak algılanan konu: İçerik insan figürleri, insan figürleri parçaları, hayvan figürleri, hayvan detayları, anatomik özellikler, cansız nesneler, sanat, giyim, bulutlar, kan, X-ışınları, seksüel nesneler ve semboller
Popülerlik	Herhangi bir tepki önceki cevaplara göre ne sıklıkla verilmiştir?
Form Kalitesi	Mürekkep lekesi ile uyuşan belirli içerik raporuna uyuyor mu?

Bu cevaplar, farklı puanlama sistemleri tarafından farklı puanlanabilir ve her bir puanlama sistemi klinisyenler tarafından değişik şekillerde kullanılma eğilimindedir. Bu durum bazı karışıklıklara yol açmaktadır (Aynı zamanda tahmin edebileceğiniz gibi puanlayıcılar arası güvenilirliği de düşürmektedir). Bu karışıklık, John Exner'i (1974, 1993, 2003; Exner ve Erdberg, 2005) Rorschach verilerinin puanlanması ve yorumlanması için *Geniş-Kapsamlı Sistem (Comprehensive System)* adı verilen bir sistem önermeye yöneltmiştir. Bu *Geniş Kapsamlı Sistemi* kullanarak klinisyenler tüm cevapları kaydeder (üretkenlik adı verilen), cevapları kategorileştirir, kategorilere göre cevap sıklıklarını kaydeder ve kartlara verilen cevaplarda tekrarlanan örüntüleri inceler. Örneğin, insanların çoğunun cevaplarında renklerden daha çok şekil kullanma eğiliminde oldukları düşünüldüğünde, renk kullanımının yüksek oranı, zayıf duygusal kontrolün bir kanıtı olabilir. Diğer cevapların yüzdelikleri, oranları, ikisi arasındaki ve kategoriler arasındaki ilişkiler önemli olarak görülmektedir (Exner, 2003, 2005). Klinisyenler bu farklı ölçümleri hastanın psikodinamik işlevlerinin betimlemesinde birleştirmektedir.

Tematik Algı Testi (Thematic Apperception Test). Tematik Algı testi (TAT) insan, nesne ve manzara resimleri içeren 30 kart içermektedir (bknz. Şekil 5.4). Klinik uygulamaların büyük çoğunluğunda bu kartların yaklaşık 10'u (bir tanesi boş kart) kullanılmaktadır. Seçilen 10 karttan oluşan alt boyuta danışanın yaşına ve cinsiyetine ve klinisyenlerin ilgilerine göre karar verilir. Afrikalı Amerikalılar için çizilen ayrı bir kart destesi de bulunmaktadır. Araştırmacı her resmi göstererek danışandan gördüğü resimde neler olduğunu ve neler olacağını kapsayacak bir hikâye anlatmasını ister. Danışan çizimdeki insanların ne düşündüğünü ve hissettiğini anlatması konusunda cesaretlendirilir. Boş kart için hastaya bir çizim hayal etmesi söylenir ve bu çizim tarif ettirilir, ardından bu çizimle ilgili bir hikâye oluşturması istenir. TAT, 1935 yılında Christiana D. Morgan ve Henry Murray tarafından Harvard Psikoloji Kliniği'nde geliştirilmiştir (Murray, 1938, 1943). Test, bir hikâye anlattığında, danışanın ihtiyaç ve çatışmalarını hikâyedeki karakterlerden birine yansıtacağı projektif hipotezi üzerine inşa edilmiştir (Lindzey, 1952).

TAT' nin analizi hikâyenin hem *içeriğine* hem de *yapısına* odaklanır. İçerik danışanın ne tarif ettiğini: insanları, duyguları, olayları, sonuçları ifade eder. Yapı ise, danışanların hikâyeleri nasıl anlattıklarını; mantıklarını, organizasyonlarını ve dili nasıl kullandıklarını, konuşma tutukluklarını, çizimlerdeki uyaran ya da yönergelere ilişkin yanlış anlamalarını ve açık duygusal uyarılmalarını tanımlar. Rorschach testinde olduğu gibi, danışanların cevaplarını puanlama ve yorumlamada kullanılabilecek birden fazla yöntem vardır. TAT hikâyelerinin puanlanmasında niceliksel yöntemleri kullananlar, klinisyenlerin danışanlarının tepkilerini karşılaştırmalarına olanak veren TAT cevap normlarının yaratılmasına yardımcı olmuşlardır (Vane, 1981). Bazı klinisyenler formal puanlamaları kullanmak yerine, danışanların hikâyesindeki ögeler üzerine öznel analizler yapmayı tercih ederken (Henry, 1956), bazıları öznel analizler ile formal puanlama yöntemlerini

birleştirerek kullanmayı yeğlemektedir (Bellak,1986; Ronan, Colavito ve Hammontree, 1993).

Klinisyenlerin büyük çoğunluğu TAT puanlama sistemlerinden daha az yapılandırılmış olanları tercih etmektedir. Bu eğilim 25 yaşındaki bekâr bir erkeğin önündeki masadaki kemana bakan genç erkeğin görüldüğü TAT kartına yaptığı yorumda gösterilmektedir:

> Çocuk hasta yatağında yatmakta. Ona çalışması için müzik notaları verilmiş *fakat o müzik yerine, müzikten daha çok ilgisini çeken bir roman ile ilgileniyor.* Bu muhtemelen bir macera hikâyesi. Oldukça rahat görünmesine bakılırsa, ailesinin onu başka bir şeyle ilgilenirken yakalanmasından korkmuyor. Çalışkan, okulunu aksatmayan bir çocuğa benziyor fakat hikâyedeki macera onu oldukça meşgul ediyor. Macera okyanus ya da suyla ilgili. Çok üzgün olmamasına rağmen çok mutlu da değil. Gözleri bazen boş bakıyor - sanki bakmadan kitabı okuyormuş ya da kitapta ne olduğunu okumadan biliyormuş gibi. Müziği unutuyor ve kitabı okurken uykuya dalıyor.

Klinisyenin bu tepkiye yorumları şu şekildedir;

> Bu hikâyeyi temel aldığımda, tam bir şizofreni olmasa da, şizofrenik bir sürecin varlığından emindim. *Kemanın varlığının ısrarlı bir şekilde yok sayılmasıyla* birleşen biraz iddialı ve karşıt bir ses tonu, kişinin kemanı gördüğünü fakat bilinçli olarak, orijinal ve zeki olduğunu düşündüğünden veya klinisyeni (belki de klinisyenin kendisini kandırmaya çalıştığını düşünüyor) kandırma eğiliminde olduğundan kemanı görmeyi reddettiğini veya bir kitap olarak gördüğünü göstermekte. *p* Ebeveynlerce empoze edilmiş görev → *n* otomatik direnç ve pasif agresyonun varlığı, kişinin kemanın varlığının farkında olduğunu göstermekte. Bu durum, kişinin son cümlesindeki müziği *göz ardı* etmesiyle de uyumlu. Kendini akıllı göstermeye çalışan bir psikopat *değil-çok şizofrenik.*
>
> *Hasta yatağındaki çocuk* otobiyografik bir öğe olabilir. Çünkü şu anda hasta (yani psikotik) ve bu onun için yeterli bir açıklama. Fakat çoğu psikotik, kartı bu şekilde görmüyor. Bu da onun, çocukken uzun hastalıklar *geçirdiğini* ve bu yüzden diğer çocuklardan uzak kaldığını ve → hayal dünyasına kaçtığını (seyahat ve macera hayalleri) düşündürtüyor. 3. cümle belki de onun açık, *doğrudan gözlenebilir davranışını* tanımlıyor: soğukkanlı / umursamaz, görünüşte rahat fakat korkmuş. Bunların hepsi diğer hikâyelerle doğrulanacak veya rededilecek birer hipotez. Hikâye boyunca, özellikle de sonuç kısmında *belirgin pasiflik* var. Buna ek olarak, *kaçma* ve *kaçınmanın* oldukça pasif bir halinin olması, gerçek hayatının tehdit edici yönlerinin reddedildiğini yorumumuza eklememiz için yeterli. Hiçbir şey onun dikkatini uzun süre *cezbetmiyor* - bir macera romanı bile. Kahramanımız kendi hayal dünyasına dalıyor, okuma şansı olmasına karşın, okumadan kitabın içeriğini bildiği inancına kapılıyor ve sonunda uykuya dalıyor (Holt, 1978, ss. 166–167).



ŞEKİL 5.4 TAT İçinde Yeralan Çizimlerden Biri

(Kaynak: Henry A. Murray, ThematicApperceptionTest, Plate 12F izniyle yeniden basılmıştır. Cambridge,MA:Harvard University Press, Basım 1943, the president and fellows of Harvard College. Basım 1971, Henry A. Murray.)

TAT ile benzer diğer bir projektif test ise, bir başkası tarafından engellenen bir bireyin (Örn., "Seni partime davet etmeyeceğim".) gösterildiği 24 kart sunan *Rosenzweig Resimli Engellenme Testi'dir (Rosenzweig Picture-Frustration Study)* (Rosenzweig, 1949, 1977) Hastanın görevi, engellenen kişinin tepkisinin ne olabileceğini tahmin etmektir. Çocuk Algı Test'in*de bulunan* kartlar (*Children's*

Apperception Test [CAT]) (Bellak, 1992), insanın varlığından ziyade hayvan karakterlerini kullanır. Roberts Çocuklar İçin Algı Testi (*Roberts Apperception Test for Children* [RATC] ise, çocukların yetişkinler ve diğer çocuklarla olan ilişkisini gösteren kartları kullanır (McArthur ve Roberts, 1982).

Cümle Tamamlama Testleri. Adından da anlaşılacağı gibi, bu testlerde danışanlardan tamamlanmamış cümleleri tamamlamaları istenir. Buradaki projektif varsayım, danışanın önemli kişilik özelliklerini cümlelere yansıtacağıdır. İlk olarak 19. yüzyılda zihinsel ölçümler için kullanılmıştır (Reisman, 1976). Tamamlanmamış cümleler, 1940'larda projektif uyaran olarak sıklıkla kullanılmaya başlanmış ve bu tarihten günümüze projektif testler arasında sık kullanılan ölçeklerden biri olmayı sürdürmektedir (Watkins, Campbell, Nieberding ve Hallmark, 1995).

En sık kullanılan cümle tamamlama testlerinden biri *Rotter Cümle Tamamlama Testi'dir (Rotter Incomplete Sentences Blank)* (Rotter ve Rafferty, 1950). "____dan hoşlanırım.", "Babam_____", "Ben gizlice _____" gibi 40 cümleden oluşmaktadır. Hastanın cevapları testin normları ile karşılaştırılır ve cevabın normlardan ne kadar saptığına göre 7'li Likert tipi ölçek üzerinden uyumlu-uyumsuz olarak puanlanır. Son olarak, tüm cümlelerden alınan puanlar uyum puanını saptamak için toplanır. Bu oldukça objektif olan puanlama işlemleri öncelikle Rotter testi ve araştırma odaklı kullanılan diğer cümle tamamlama testlerinin özellikleridir (Lanyon ve Lanyon, 1980).

Projektif Çizimler. *Bir Adam Çiz* (*Draw-a-Person* [DAP]) (Machover, 1949) ve *Ev-Ağaç-İnsan* (*House-Tree-Person* [HTP]) (Buck, 1948) testi gibi isimlerinin özelliklerini betimlediği farklı projektif testler de mevcuttur. Hastanın çizimleri, klinisyenin kişiliğin farklı özellikleri hakkındaki çıkarsamalarına ve görüşme boyunca yapılan tartışmalara temel oluşturur. Yorumsal çıkarsamalar, vücudun her bir parçasının çizime eklenmesi, çıkartılması ve özellikleri ile birlikte simetri, organizasyon, boyut gibi diğer çizim özelliklerinin hastanın kendilik algısı, çatışmaları ve dünya algısının göstergesi olduğu projektif varsayımına dayanır (Machover, 1949).

Bender-Gestalt Testi. Zihinsel yeteneğin, özellikle nöropsikolojik fonksiyonlarının çeşitli yanlarını ölçmek için bir nesne kopyalama testi olan "Bender Gestalt Görsel Algı Motor Testi" en yaygın kullanılan psikolojik testlerden biridir (Domino ve Domino, 2006). Hastaya 9 kart üzerindeki geometrik şekiller gösterilir ve şekilleri yapabildiği kadar doğru bir şekilde çizmesi istenir. Çocuklarla kullanıldığında, test görsel algı motor gelişimi ölçmektedir. Bazı klinisyenler kopya edilen nesnedeki hataları ve çarpıtmaları danışanın kişiliğinin bir göstergesi olduğunu varsayarak, testi öznel kişilik ölçümleri için de kullanmaktadır. Psikometrik kanıtlar, Bender-Gestalt testinin nöropsikolojik tarama ve görsel algı-motor gelişimi için kullanımını desteklerken, kişilik değerlendirmesi için daha az olumlu sonuç vermektedir (Domino ve Domino, 2006).

Projektif Testlerin Geçerliği ve Güvenirliği. Rorschach ve diğer projektif testler önemli bir tartışma yaratmışlardır. Başlangıçtan beri, testlerin zayıf psikometrik yanları ve psikodinamik kişilik kuramına bağlılığı eleştirilmiştir. Testlerin savunucuları ise, testlerin hastaların kişilikleri hakkında zengin ve ayrıntılı bilgiler sunduğunu öne sürmektedir (Gabbard, 2005). Peki, testler aslında psikometrik açıdan ne kadar yeterli?

Rorschach için test-tekrar test ve değerlendiriciler (punlayıcılar / uygulayıcılar) arası güvenirlik puanları hesaplandığında, oldukça farklı sonuçlar bulunmuştur. Örneğin; Sultan, Andronkiof, Reveillere ve Lemmel (2006) bazı Rorschach değişkenleri için puanlayıcılar arası güvenirliği "mükemmel aralıkta" bulurken, yaygın olarak çalışılan değişkenler için test-tekrar test puanlarını "beklentilerin altında" bulmuşlardır (ort. $r = 0.53$, $p = .33$). Exner, Rorschach puanlarını Geniş Kapsamlı Sistemi (Comprehensive System) kullanarak hesapladığında puanlayıcılar arası güvenirliği, 0.80'in üzerinde bulmuştur (Bornstein, Hill, Roginson, Cabrese ve Bowers, 1996; Exner, 2003; Exner ve Erdberg, 2005; Parker, Han-son ve Hunsley, 1988). Aslında Exner, Geniş Kapsamlı Sistemin sadece 0.85 ve daha yüksek puanlar için kullanılmasını söylemiştir. Bazı sonuçlar güvenirlik açısından WAIS ve MMPI ile karşılaştırılabilir. Fakat meta-analiz çalışmalarında Garb, Florio ve Grove (1998), Rorschach'ın psikometrik desteğinin MMPI'ın altında olduğunu belirtmiştir. Benzer olarak, Spangler'de (1992), TAT' nin bazı puanları için güvenirlik puanlarının yüksek olduğunu bulmuş ama Rossini ve Moretti (1997) ek kanıtların testi desteklemediğini öne sürmüştür. Kısacası, projektif testlerin güvenirliğine ilişkin değerlendirmeler oldukça karışıktır (Domino ve Domino, 2006; Groth-Marnat, 2003; Hunsley ve Mash, 2007).

Projektif testlerin geçerliğine yönelik çalışmalar testin gerçekten neyi ölçtüğüne ve bu ölçümlerle neler yapılabileceğine odaklanır. Klinisyenler yıllarca Rorschach'ı DSM tanılarına yardımcı olması için kullanmışlardır fakat şizofreni, bipolar ve disosiyatif bozukluk gibi bazı özgül tanıların haricinde Rorschach'ın tanı koyucu etkisi düşüktür. Projektif testler üzerinde iyi bir eğitim almış, uzman olan klinisyenler bile, yeterli geçerlik düzeyinde Rorschach'a dayalı tanılama yapamamaktadır (Wood, Lilienfeld, Garb ve Nezworski, 2000). Araştırmalar, projektif testlerin diğer kullanım alanları (örn., saldırgan davranışı, tedaviye yanıtı ve çocuk istismarını yordamak) hakkında da yeterli kanıt sunmamaktadır.

Projektif test savunucuları testin yordayıcı ve tanısal amaçlar için etkili bir şekilde kullanılabileceği iddialarında geri adım atmışlardır. Örneğin; Weiner (2000) Rorschach'ın kişilik dinamiklerini ölçmek için kullanıldığını ve sıklıkla bir revizyondan diğerine değişen tanı sistemlerine göre insanları sınıflandırmak için kullanılmasının anlamsız olduğunu söylemektedir. TAT'nin gerçekten ne ölçtüğü hakkında da benzer belirsizlikler vardır. TAT, güdülerin, duyguların, duyarlılığın, komplekslerin, çatışmaların, motivasyonların, bilişlerin, duyguların ve şemaların

ölçümü gibi oldukça farklı amaçlara yönelik olarak karakterize edilmiştir (bknz. Groth-Marnat, 2003; Murray, 1938, 1943; Teglasi, 2001).

Projektif testlerin görgül çalışmalarda daha zayıf olmaları bir kural olmasına rağmen, onlardan sağlanan ölçekler değersiz değildir. Rorschach ve TAT geçerlik oranlarının karşılaştırmasını gösteren geniş bir çalışma, bu iki testin diğer kişilik testlerinden *tutarlı olarak* daha az geçerli olmadığını göstermektedir (Meyer ve diğ., 2001). Projektif testlerin meta analizinde Lilienfeld, Wood ve Garb (2000) geçerliği destekleyen bazı endeksler bulmuştur (örn., Rorschach Düşünce Bozuklukları Endeksi, Projektif çizimler için Genel Kalite ölçümü), ancak ne yazık ki projektif testlerin ölçek ve endekslerinin çok azı bunu desteklemektedir. Hunsley ve Mash buna karşı çıkarak, Rorschach, TAT ve projektif çizimlerin kullanımının bir bütün olarak ele alındığında "görgül kanıtların üstüne çıktığını" ileri sürmektedirler (2007, s. 31).

Klinisyenler DAP ve TAT gibi geçerliği düşük testleri kullanmaktan neden vazgeçmezler? (Boyle, 1995; Smith ve Dumont, 1995). Bu sorunun cevabından biri, klinisyenlerin geçerliği desteklemeyen kanıtlardan çok, bu testleri destekleyen verileri daha fazla dikkate almaktadır. Bu durumda, projektif teknikler ile ilgili birbiri ile çelişen veriler projektif testin kendisine benziyor olabilir: Klinisyenler onlarda ne görmek isterlerse onu görürler. Aslında, bazı klinisyenler bir testle ilgili olumsuz araştırma sonuçlarının, testin klinik değeriyle alakasız olduğunu düşünmektedir. Bir araştırmacı bunu şu şekilde ifade etmektedir: "Yayınlanan geçerlik endeksleri ham veridir, psikologlar kendi klinik geçerliklerini ve testlerin anlamlılıklarını kendileri bulmak zorundadırlar"' (Tallent, 1976, s. 14).

Aslında, bazı klinisyenler nedenleri net olarak anlaşılamayan şekilde, test verilerinden oldukça doğru bilgiler çıkarsayabilmektedir. Klinisyenlerden çoğunun belirli testlere güvenini destekleyen en az bir MMPI veya Rorschach kozu vardır. Klinik psikologların çoğu bilimsel olarak en az desteklenen testleri bugün ve gelecekte de kullanmaya ve bu test verilerine dayanarak kendi yorumlamalarını yapmaya devam edeceklerdir. Kilinisyenler araştırma sonuçlarının ne gösterdiğine bakmaksızın, bu testlerin hastalar hakkında özel bilgiler verdiğine inandıkları için bu testlere sadık kalmaya devam etmektedir (Norcross, Koocher ve Garofalo, 2006). Ayrıca hastalarla güvene dayalı bir işbirliği kurmak ve diğer değerlendirme verilerine dayanarak danışan ile ilgili şüphelendikleri şeyi onaylamak için de bu testleri yararlı bulmaktadırlar.

Projektif testler klinisyenler arasında en yaygın kullanılan testler olmayı sürdürmelerine rağmen, Amerikan Psikoloji Derneği'nin Klinik Psikoloji Birimi bir model olarak önerdiği değerlendirme müfredatından Rorschach eğitimini çıkarmıştır. Sonuç olarak, projektif testleri destekleyen klinisyenlerin, bu testlerin, oldukça karmaşık puanlama ve yorumlama sistemlerini öğrenmek için harcadıkları zamana değecek nitelikte güvenilir, geçerli ve klinik olarak faydalı bilgiler sunduğunu gösteremediklerini söyleyebiliriz.

Bu Kısmın Özeti: Kişilik ve psikopatoloji testleri arasında en yaygın kullanılan Minnesota Çokyönlü Kişilik Envanteri-2' dir. Bu test birçok ölçek üzerinden hasta ile ilgili bir profil verir ve eğer anormal bir aralıkta yerlan bir durum varsa bunu ortaya çıkarır. Millon Çok eksenli Klinik Envanteri-II, MMPI'a alternatif kısa bir testir. Özgül bir problemi değerlendirmek amacıyla kullanılan farklı testler de vardır. Beck Depresyon Envanteri bu testlere ilişkin yaygın bir örnektir. Bazı testler, normal kişilik özelliklerine yönelik daha kapsamlı betimlemeler sağlamaktadır. California Kişilik Envanteri ve NEO-PI-R bunlar arasındadır. Rorschach ve TAT gibi projektif testler ise tartışmalı olmalarına rağmen hâlâ yaygın olarak kullanılmaktadır. Eleştiriler testin psikometrik özelliklerinin oldukça zayıf olduğunu vurgulamasına rağmen, destekleyicileri bu testlerden oldukça zengin ve farklı bilgiler elde edildiğini vurgulamaktadır.

PSİKOLOJİK TESTLERİN GÜNCEL DURUMU

Bu Kısma Bakış: Bu bölümde psikolojik ölçümlere daha ayrıntılı bir şekilde göz atacağız. Öncelikle, psikolojik testler hakkında en bilinen eleştirilere cevap olarak, tıp alanında kullanılan testlere göre psikolojik testlerin geçerliğini ele alacağız. Daha sonra, ölçme girişimlerinin nasıl geliştiği ve psikolojik testlerdeki yeni eğilimleri açıklayacağız. Bu eğilimler arasında testin, tedavi seçimlerinde ve tedavi değerlendirmesinde nasıl kullanılabileceği başlıca odak noktasıdır.

Klinik psikologlar sıklıkla psikolojik testlerin en güçlü eleştirmenleridir. Belirli bir test kabul edilebilir psikometrik standartlara sahip olsa dahi, ilk olarak klinik psikologlar testin sınırlılıklarını vurgularlar. Toplum da, psikolojik ve eğitsel testlerin önemini öğrenmelidir. Üniversiteye gelmeden önce çoğu öğrenci testlerin yanlı olabileceğini ve standardize edilmiş testlerin hedef aldıkları unsurları yordamada sıklıkla yetersiz kaldığını öğrenmektedir.

Testin kısıtlılıklarına odaklanmanın yararlı etkisinden biri; insanları testlerin niteliklerini daha fazla iyileştirmeye teşvik etmesidir (Glaser ve Bond, 1981). Bunun bir sonucu olarak, zekânın doğası ve yapısı, zihinsel yetenekler, tutumlar ve kişilik hakkında daha iyi yapılandırılmış kuramların geliştirildiğini görmekteyiz. Bu durum psikolojik testlerin yapı geçerliğinin daha kapsamlı kavramsallaştırılmasına yol açmaktadır. Fakat ölçme halen tartışmalıdır, çünkü niteliklerindeki gelişmelere rağmen her testin bir dizi kısıtlılığı vardır ve hiçbiri mükemmel değildir. Psikolojik testlerin değerlendirilebileceği mükemmel bir ölçüm standardı var mıdır? Bir testi kullanmaya devam etmek için onu "yeterince iyi" yapan şey nedir?

Tıbbi Ölçmeye Karşı Psikolojik Ölçmenin Geçerliği

Meyer ve arkadaşları bu soruya tıbbi testlerin geçerliğine karşı psikolojik testlerin geçerliğini karşılaştırdıkları çalışmayla ilginç bir yanıt vermiştir (Meyer ve diğ., 2001). İnsanların büyük çoğunluğu, psikologlar da dahil olmak üzere, genel olarak psikolojik testlerin doğruluk anlamında tıbbi testlerin gerisinde yer

aldığını düşünür. Fakat Meyer ve arkadaşları farklı bir şey bulmuşlardır. Çalışmaları Amerikan Psikologlar Derneği Profesyonel İşler Yönetim Kurulu tarafından 1996 yılında oluşturulmuş bir grup olan Psikolojik Değerlendirme Çalışma Grubu tarafından görevlendirilmiştir. Test geçerliğini araştıran 125 meta analiz çalışmasınından elde edilen verileri bir araya getirmişlerdir. Yapmış oldukları çalışma sonucunda, geniş bir yelpazeye yayılan değerlendirme prosedürleri ele alındığında, psikolojik testlerin geçerliğinin tıbbi testlerin geçerliğinden farksız olduğunu bulmuşlardır. Her iki disiplinde de uygulayıcılar, sonuçları belirli bir kriteri belirlemede temelde çok fazla bilgilendirici olmayan testlerden, sonuçları oldukça bilgilendirici olanlara doğru geniş bir aralığa yayılan testleri kullanmaktadır (bknz. Şekil 5.5).

Şüphesiz, her iki alanda da değerlendirme araçlarının geçerliğini geliştirmek için hâlen çalışmalara ihtiyaç vardır. Ancak, eğer psikolojik testlerin yeterliliğini tıbbi testlerin geçerliliği ile karşılaştırarak değerlendiriyorsak, psikolojik testlerin oldukça başarılı olduğunu söyleyebiliriz.

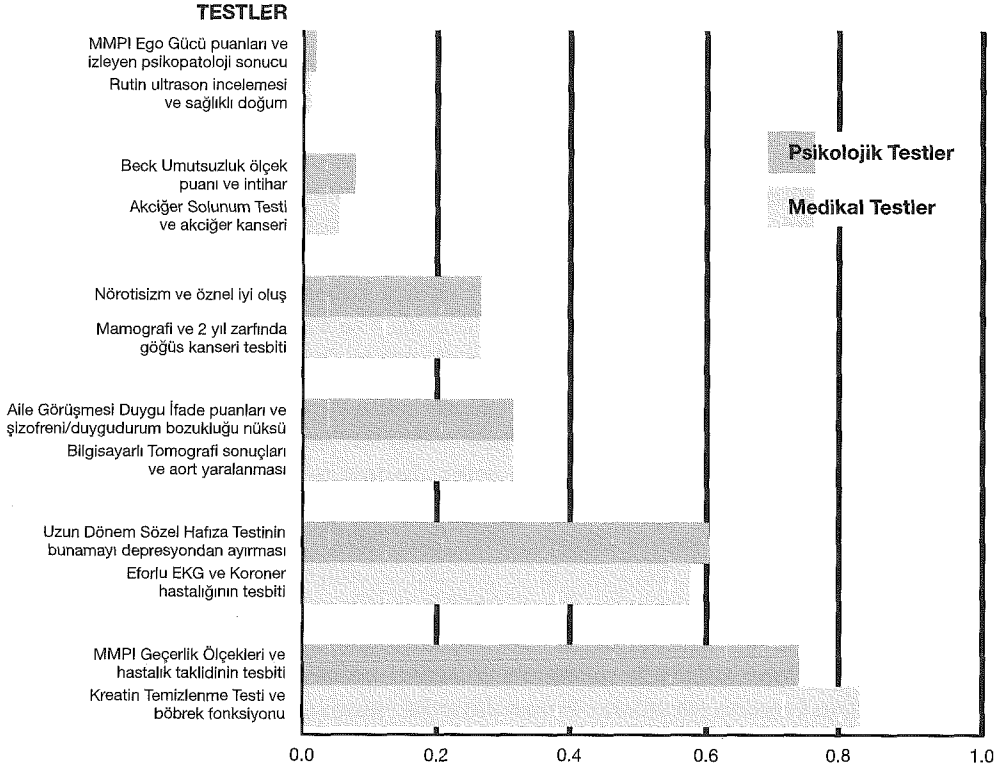
Klinik Kulanışlılık ve Kanıta Dayalı Değerlendirme

Klinik psikolojinin ilk yıllarında, uzmanlar testleri, çoğunlukla tanısal sınıflandırma yapmak ve iş yerlerinde ya da askeri kurumlardaki pozisyonlara uygun personeli seçmek için kullanmışlardır. II. Dünya Savaşı'ndan sonra, tedavi klinik psikolojinin yaygın bir uygulaması haline geldiğinde, birçok test geliştirilmişti ve klinisyenler bu testleri her zaman kullandıklarına benzer bir şekilde kullanmaya devam etmişlerdir. Aslında, ölçme ve psikoterapi birbirine paralel olarak ancak farklı yollarda gelişmiştir. Sonuç olarak, çoğu yazar "Yaygın olarak kullanılan psikolojik test ve yöntemlerin tedavi amaçlı kullanımına şaşırtıcı derecede daha az önem verildiğini" dile getirmiştir (Hunsley ve Mash, 2007, s. 33). Testlerin çok azı, tedaviye karar vermek ve tedavi sonuçlarını değerlendirmek için geliştirilmiştir.

Tedavi amaçlı kullanımı (bazen daha yaygın olarak *klinik kullanışlılık* adıyla geçer) bir testin ne derece, özgül tedavileri seçmek ve tedavi sonuçlarını ölçmek için kullanılabileceğini ifade eder. Tedavi amaçlı kullanıma yönelik ilginç bir araştırmada, Lima ve arkadaşları (2005) tedavi öncesi hastalara MMPI vermişlerdir. Tedaviyi yapan klinisyenlerin yarısı MMPI sonuçları hakkında bilgilendirilirken diğer yarısı bu konuda bilgilendirilmemiştir. Araştırmacılar iki grup arasında tedavi planı açısından bir farklılık bulamamıştır. Hastaların iyileşme göstergelerinde ve tedaviyi bırakma oranları arasında da bir fark bulunamamıştır. Ne hastaların tedavide göstermiş oldukları gelişme puanlarında ne de tedaviyi erken bırakan hastaların frekanslarında anlamlı bir fark görülmemiştir. Bu sonuçlara bakıldığında, MMPI sonuçlarının, terapistin psikoterapiyi nasıl planladığı ve yürüttüğü üzerinde herhangi bir etkisi yoktur. Hunsley ve Mash (2007), bunun gibi çalışmaların, bizi testlerin klinik kullanımının görgül olarak değerlendirilmesi gerektiği, sadece kullanılabileceği varsayımından yola çıkılmaması gerektiği konusunda uyardığını vurgulamıştır.

Buna göre; Hunsley, Mash ve diğer araştırmacılar, ölçmenin belirli terapileri hedef alması gerektiğini savunurlar. Bunun en iyi yolu, ölçmenin ve psikoterapinin tarihsel gelişimini tersine çevirmektir. Testleri önce geliştirip daha sonra tedaviye adapte etmek yerine, araştırmacılar önce en önemli tedavi değişkenlerini belirlemeli ve daha sonra özellikle bu değişkenleri ölçmek için testler geliştirmelidir.

Bu doğrultuda geliştirilen bazı testler bulunmaktadır. *Tedavi Sonuçları Ölçeği-45* (The Outcome Questionnaire-45 [OQ-45]) ve *Davranış ve Semptom Belirleme Ölçeği* (Behavior and Symptom Identification Scale [BASIS-32]) tedavi sonuçlarını değerlendirmek için geliştirilmiştir ve her ikisinin de hastada kısa dönemde gerçekleşecek değişimlere duyarlı olduğu gösterilmiştir. Her ikisi de, aynılık, ayrılık ve eş zamanlı geçerliği göstermektedir (Doerfler, Addis ve Moran, 2002; Ellsworth, Lambert ve Johnson, 2006). Bu araçlar ölçmeyi doğrudan tedavi sonuçlarına bağlama girişimlerini göstermektedir. Ek olarak, terapistlere hastanın gelişimi hakkında objektif bir geribildirim de sağlar.



ŞEKİL 5.5 Psikolojik ve Sağlık Alanında Kullanılan Testlerin Etki Büyüklüğü Örneği

(Kaynak: Psychological Testing and Psychological Assessment, American Psychologist, Şubat 2001, s. 136–143, Tablo 2.)

Psikolojik Ölçmenin Geleceği

Psikolojik ölçmenin önemi bazen artmış bazen ise azalmıştır ve testler gelişmeye devam etmektedir. Biz de bu bölümde, testlerin geleceği hakkında bazı tahminler (daha çok izlenimsel) öneriyoruz.

1. Onlarca yıllık araştırmanın ardından hayatta kalmayı başarabilen testler gelecekte de kullanılmaya devam edilecektir (bknz. Tablo 5.3). Psikologlar, Wechsler ölçeği, Binet ölçeği ve MMPI kullanmaya devam edecektir. Fakat, eskiden beri kullanılıp popüler olan testler aynı kalmayacak, görgül araştırmalara ve popülasyondaki değişikliklere göre norm standardizasyonunu da içeren periyodik değişimlere maruz kalacaklardır.
2. Kabul edilemeyecek derecede düşük geçerlik, güvenirlik ve kullanışlılığa sahip olan testlerin kullanım oranları azalacaktır. Rorschach gibi (test materyali değil ancak puanlama sistemi güncellenmiş olan) projektif testler hiçbir zaman tamamen saygınlığını yitirmeyecektir, çünkü görgül kanıtlar bazı puanları destekleyecek ve çoğu klinisyen bu araçların kullanımına güvenmeye devam edecektir. Fakat, belki hızlı olmayacak ama diğer testler bu testlerin yerini alacaktır.
3. Testler, daha fazla etnik gruba hitap edecek ve uluslararası uygulamalar içerecek şekilde genişlemeye devam edecektir. Araştırmalar farklı kültürel gruplar için gerekli uygulama ve puanlama değişiklikleri ile ilgili bilgiler ortaya çıkarırken, testlerin yabancı dildeki versiyonları daha fazla geliştirilecektir.
4. Bilgisayarlar değerlendirmede daha önemli rol oynayacaktır. Bu durum, daha kolay uygulama ve daha hızlı ve sofistike puanlama için birçok kağıt-kalem testinin bilgisayarda cevaplanan versiyonlarının geliştirilmesi trendinin devamıdır. Fakat bunun ötesinde, bilgisayarların daha fazla görsel sunum ve fizyolojik kayıt kapasitesi sunması, testlerin daha dinamik ve gerçekçi olmasına olanak vermektedir.
5. Terapi planlama ve sonuçlarını ölçmek için geliştirilen testler daha da artacaktır. Tedavi sonuçlarının objektif değerlendirilmesi önemli olduğundan bu amaca yönelik testlerin önemi artacak ve birçok yeni test geliştirilecektir.

Bu Kısmın Özeti: Psikolojik testler sıklıkla eleştirilmesine rağmen, sağlık hizmetlerinin diğer alanlarındaki testlerden daha az geçerli değildir. Çoğunlukla psikoterapiden bağımsız olarak (ve daha erken) geliştirilmeleri nedeniyle, test uygulaması çoğunlukla yapması gerektiği kadar tedavi hakkında bilgi vermemektedir. Gelecekte bu kısıtlamayla beraber kültürlerarası test uygulaması ve niteliksel konular üzerine de gidilecektir.

BÖLÜM ÖZETİ

Alanda kullanılmakta olan binlerce psikolojik test vardır ve daha fazlası geliştirilmeye devam etmektedir. Testler, analitik ve görgül yöntemler, sıklıkla her ikisi birlikte, kullanılarak geliştirilir. Test puanlarının yorumlanmasını zorlaştırmadan test normları geliştiren görgül bir yaklaşıma ihtiyaç vardır. Normlar özellikle geniş, temsil edilebilir, standardize edilmiş örneklem grubundan elde edilir. Temsil edici bir örnekleme sahip olsalar bile, test geliştiriciler ve klinisyenler, test özellikle farklı kültürel/etnik geçmişe sahip olan kişilere uygun olmadığında ortaya çıkabilecek önyargılardan kaçınmak için dikkatli olmak zorundadırlar. APA ve yasal kurumlar tarafından uygulanan standartlar, testlerin, bilimsel prensipler ve danışanların hakları ve iyiliği dikkate alınarak kullanılması için geliştirilmiştir.

Klinik araştırmacılar ve klinisyenler tarafından yaygın olarak kullanılan testler ölçtükleri özelliklere göre gruplara ayrılır: Bilişsel/zihinsel yetenekler, ilgiler/değerler ve kişilik/psikopatoloji. Testler ayrıca hedef aldıkları özellikleri nasıl ölçtüklerine göre de gruplara ayrılabilir: Daha basit, açık ve kolay puanlanan cevaplardan (örn., doğru ya da yanlış) oluşan testler objektif testler olarak adlandırılmaktadır. Belirsiz bir uyarana ilişkin sözel ve/veya şekilsel karmaşık cevaplar verilmesini içeren testler ise projektif testler olarak adlandırılmaktadır (örn., mürekkep lekesi).

Zihinsel fonksiyonları ölçen objektif testlerden başlıcaları (sonuçları ZB puanı olarak açıklanan), Standford-Binet 5 ve Wechsler ölçekleridir (örn. WAIS-III, WISC-IV). SAT ve Geniş Ranjlı Başarı Testi (Wide Range Achievement Test [WRAT]) günümüzde sıklıkla kullanılan genel yetenek testlerindendir. Tutumlar, ilgiler, tercihler ve değerler tipik olarak, Strong İlgi Envanteri, Kişisel Yönelim Envanteri (Self-Directed Search), Değerler Çalışması (Study of Values) ve Rokeach Değerler Anketi (Rokeach Values Survey) gibi testler tarafından ölçülür.

Klinik alanda en yaygın olarak kullanılan kişilik/psikopatoloji testi Minnesota Çokyönlü Kişilik Envanteri'dir (MMPI-2). Millon Çokyönlü Klinik Envanteri (MCMI-II) de klinik alanda yaygın olarak kullanılan bir diğer testir. Kişiliğin bütününü ele alan testlerden farklı olarak, daha özgül zorlanma alanlarını ölçmek için geliştirilen testler de vardır. Beck Depresyon Envanteri buna başlıca örnektir. Normal kişilik özelliklerini ölçmek için geliştirilen testler de bulunmaktadır: Kaliforniya Psikoloji Envanteri (California Psychological Inventory [CPI]), Kişilik Araştırmaları Formu (Personality Research Form [PRF]), 16 Kişilik Faktörü Ölçeği (Sixteen Personality Factor Questionnaire [16PF]) ve NEO Kişilik Envanteri (NEO Personality Inventory [NEO-PI-R]).

Rorschach, Tematik Algı Testi (TAT), cümle tamamlama testleri ve Bir Adam Çiz (DAP) Testi kişilik ve psikopatolojiyi ölçmek için geliştirilen projektif testlerdir. Zamanında klinisyenler tarafından kullanılan en popüler testler olan bu testler, psikometrik özelliklerinden dolayı günümüzde daha az kullanılmaktadır.

Bugün, yaygın olarak kullanılan objektif testlerin geçerlik ve güvenirliği zihinsel fonksiyonlar için yüksek değerlere sahiptir. Diğer işlevler için ya yeterli derecede geçerli

ve güvenilirdir ya da diğerleri ile karşılaştırıldığında daha yüksek değerlere sahiptirler. Diğer araçlara göre, projektif kişilik testlerinin geçerliği daha sınırda kalmaktadır. Testlerin kullanımı, kullanışlı olmaları, toplumun beklentileri ve klinik gelenekler gibi nedenlerden dolayı tamamen ortadan kalkmayacak, ölçme süreci gelişmeye devam edecektir. Her alanda çok geniş bir çeşitlilik olmasına rağmen, psikolojik testlerin geçerliği, şuan diğer sağlık hizmetleri alanlarında kullanılmakta olan testler ile karşılaştırılabilir özelliktedir. İşlevlerini yeterince yerine getiremeyen testler zamanla ortadan kaybolacak, tedavi planı ve tedavi sonuçlarını daha iyi açıklayan testler daha yaygın kullanılacaktır.

ÇALIŞMA SORULARI

1. Psikolojik testlerin diğer değerlendirme araçları ile benzer oldukları ve onlardan farklılaştıkları unsurlar nelerdir?
2. Standardizasyon örneklemi ve test normları nedir?
3. Klinik psikologlar tarafından kullanılan testlerin ana kategorileri nedir?
4. Testler analitik ve görgül prosedürler kullanılarak nasıl yapılandırılır?
5. Test geliştiriciler, geliştirmiş oldukları testlerin özel bir etnik veya kültürel grup için yanlılık içeririp içermediğine nasıl karar verebilirler?
6. Klinisyenler testi uygularken hangi etik standart ve kuralları izlemelidir?
7. Klinik psikologlar tarafından sıklıkla kullanılan özgül testler hangileridir?
8. Zekânın genel, özel ve hiyerarşik modelleri nelerdir?
9. Klinik psikologlar tarafından kullanılan zekâ testleri gerçekte neyi ölçmektedir?
10. Standford-Binet 5 testi nedir ve testten hangi puanlar elde edilmektedir?
11. Wechsler ölçekleri nelerdir ve ölçeklerden hangi puanlar elde edilmektedir?
12. Klinisyenlerin sıklıkla kullandığı diğer zekâ, başarı ve yetenek testleri nelerdir?
13. Objektif ve projektif kişilik testleri arasındaki farklar nelerdir?
14. Minnesota Çokyönlü Kişilik Envanteri nedir ve hangi faktörlerin ölçümünü sağlar?
15. Klinisyenlerin psikopatoloji ve duygusal stresi ölçmek için kullandığı diğer testler nelerdir?
16. Normal kişilik özelliklerini ölçmek için sıklıkla kullanılan testler nelerdir?
17. Rorschach ve Tematik Algı testi nasıl geliştirilmiştir ve nasıl uygulanır?
18. Projektif testler neden tartışmalıdır?
19. Psikolojik testlerin geçerliği, diğer sağlık hizmetleri alanlarında kullanılan testlerin geçerliği ile nasıl karşılaştırılır?
20. Klinik kullanılabilirlik ve tedavi amaçlı kullanılabilirlik ne demektir ve test için neden önemlidir?

WEB SİTELERİ

- APA 5. Bölümü: Değerlendirme, Ölçme ve İstatistik: http://www.apa.org/about/division/ div5.html
- Buros Zihinsel Ölçümler Enstitüsü, Zihinsel Ölçme Yıllığı Yayınevi: http://www.unl.edu/buros/
- Buros Zihinsel Ölçümler Enstitüsü, Testlerin Araştırılabilir veri tabanı: http://buros.unl. edu/buros/jsp/search.jsp.
- Versiyon Stanford Binet Testleri (SB5), İnternet Sitesi: http://www.riverpub. com/products/sb5/
- SAT ve diğer testlerin yayıncıları, Üniversite Kurulu: http://www.collegeboard.com/testing/
- MMPI-2 internet sitesi: http://www.pearsonassessments.com/tests/mmpi_2.htm

BÖLÜM 6

Çeviren:
Uzm. Psk. Özlem Çağın Tosun

Klinik Müdahalelerin Temel Özellikleri

Bölüme Bakış: Bu bölümde, öncelikle psikoterapiye odaklanarak, pek çok klinik müdahalenin ortak özelliklerini tanımlıyoruz. Bunun için, psikoterapinin ne olduğunu inceleyerek ve popüler medyada çizilen resminden farklı özelliklerini belirginleştirerek işe başlıyoruz. Araştırmaların danışanlar ve terapistler hakkında bize ne söylediğini ve terapi sonuçlarını etkileyen danışan ve terapist özelliklerini anlatıyoruz. Daha sonra, klinik müdahalelerdeki hedefleri ve temel süreçleri, aynı zamanda da tedaviyi yürütürken uygulamacılara yol gösterip yardım eden profesyonel ve etik ilkeleri inceliyoruz. Son olarak, tedavinin uygulamaya ilişkin ücret, tedavi süresi, kayıt tutma, tedavi planı yapma ve tedaviyi sonlandırma gibi özelliklerini ele alıyoruz.

KLİNİK MÜDAHALELERE GENEL BAKIŞ

Bu Kısma Bakış: Bu kısımda, önce resmi tanımından, sonra genellikle daha az doğru olan popüler tanımından hareketle psikoterapiyi tanımlayarak başlıyoruz. Yüzlerce psikoterapi yaklaşımını, paylaştıkları varsayım ve uygulamalar temelinde daha az sayıda yaklaşıma indirgiyoruz.

Klinisyenler profesyonel birikimlerini kullanarak, danışanın davranış, düşünce, duygu ve sosyal çevrelerini arzu edilen yönde değiştirmeye çaba gösterdiklerinde, bir klinik müdahale meydana gelmiş olur. Müdahale, bireysel veya grup psikoterapisi, psikososyal rehabilitasyon ve önleme gibi pek çok şekilde yapılabilir, fakat psikoterapi, klinik psikologların çalışmaları içinde en bilinenidir.

Psikoterapi Nedir?

Kısaca psikoterapi, eğitimli ruh sağlığı uzmanları tarafından verilen ve profesyonel ilişki sınırları içinde danışana psikolojik sorunlarının üstesinden gelmesinde yardım sunan bir tedavidir. Herkesi tatmin eden bir psikoterapi tanımı bulunmamasına rağmen, bu tanım, psikoterapinin katılımcılarını (danışan ve terapist), te-

mel çerçevesini (profesyonel ilişki) ve temel amacını (çekilen sıkıntının azaltılması) saptamaktadır. Ancak bu tanım daha çok resmi bir tanımdır ve muhtemelen pek çok insanın psikoterapi kelimesini duyduğunda aklına gelen şey değildir.

Psikoterapinin Toplumsal Olarak (Hatalı) Algılanışı. Pek çok kişinin zihnindeki psikoterapi imajı, aşağı yukarı şöyle bir şeydir:

> İki kişi, özel bir ofiste, rahat koltuklara oturmuşlar ve konuşuyorlar. Bazen içlerinden birisi, danışan, bir divana uzanıyor. Danışan sorunlu olaylardan bahsediyor, bu sırada diğeri, terapist, konuyu irdeleyen sorular soruyor ya da danışanı daha fazla anlatması için cesaretlendiriyor (örneğin; 'Hı-hıh', 'Anlıyorum', 'Biraz daha anlatır mısın?', 'Bu sana nasıl hissettirdi?' gibi). Zaman geçtikçe, terapist yavaş yavaş danışanı çocukluğundaki duygusal olarak acı verici olaylara, bilinçdışında gömülü kalmış olaylara odaklanmaya yönlendiriyor. Danışan bunları tamamen hatırladığı ve tartıştığı zaman, iyileşme başlıyor.

Maalesef, psikologların ve diğer akıl sağlığı uzmanlarının filmlerdeki ve televizyondaki popüler imajları genellikle tam doğru değildir. Bu imajlar, bazı gerçekçi unsurlar içermesine rağmen, sıklıkla karikatürlere veya kalıp yargılara dayanmaktadır (tıpkı polis dedektifleri, tıbbi personel, avukat veya hakimler hakkındaki popüler imajlar gibi). Filmlerde ve televizyonda, klinik psikolog ya da psikiyatristler sıklıkla, olması gereken profesyonel sınırları koruyamayan, etik ilkeleri ihlâl eden ya da tedavi sırasında belirli ve etkili müdahalelerde bulunmak yerine fevri söylemlerde bulunan bir profesyonel olarak gösterilir (Orchowski, Spickard ve McNamara, 2006).

Aynı şekilde, tedaviler de sıklıkla gerçeğe uygun olmayan şekilde gösterilmekte ya da aşırı basitleştirilmektedir. Bunun nedeni, sinema yazarlarının ve film yapımcılarının terapi hakkındaki izlenimlerinin daha önce seyrettikleri medya tasvirleri tarafından şekillendirilmiş olması olabilir. Bu durum, psikanalizin kalıp yargıya dayalı versiyonlarının neden şaşırtıcı bir şekilde aynı tarzda tekrar edildiğini açıklamaktadır. Gabbard ve Gabbard (1999), "eğer film yapımcıları psikanalitik hareketin tarihini çalışsalardı, Freud'un çalışmalarını belirli bir tarihsel noktada okumayı bırakmış gibi görünürlerdi. Psikoterapinin olumlu tasvirlerinin çoğu, bastırılmış travmatik bir anının ortaya çıkarılması çevresinde döner" diye belirtmişlerdir (s. 28). Tablo 6.1'de, beş popüler filmde psikoterapistlerin nasıl tasvir edildikleri gösterilmektedir.

Basılı medya bile psikoterapi hakkında aşırı genellemeler yapmaktadır. Yakın zamanda bir *Newsweek* makalesinde (Begley, 2007), psikolog Scott Lilienfeld ve arkadaşlarının, etkisiz veya zararlı psikolojik tedaviler ile etkili olanları birbirinden ayırt etme çabalarından bahsedilmişti (bknz., Lilienfeld, 2007). Fakat, dergi makalesinin başlığı "Akıl Tedavisinin Riski Size Ait" *(Get Shrunk at Your Own Risk)* şeklindeydi ve bütün psikoterapilerin riskli olabileceğini imâ etmekteydi

("Get shrunk" argoda psikoterapi almak, "shrink" ise argoda psikoterapist olarak kullanılır). Gerçekten, klinik araştırmacılar bazı psikoterapi çeşitlerinin yarardan çok zarara neden olabileceğini bulmuşlardı (örneğin; Lilienfeld'in makalesinde TSSB'yi önlemede "stres bilgilendirmesi" ve disosiyatif kimlik bozukluğu tanısı almış kişilerde yan kişiliklerin ortaya çıkarılmasında "hipnoz" kullanılması gibi konulardan bahsedilmekteydi). Aynı zamanda, etkisiz ya da zararlı tedavileri tespit etme çabalarının sürdürülmesinin klinisyenlerin ve halkın yararına olduğu da bir gerçektir. Fakat aynı şey tıbbi tedaviler için de söylenebilir; araştırmacılar belirli zaman aralıklarıyla, yaygın olarak kullanılan, FDA onaylı tıbbi tedavilerin zararlı olduğunu keşfetmektedirler (örn.; araştırmacılar menopoz sonrası kadınlarda Vioxx ve hormon telafi tedavisinin riskli olduğunu keşfedinceye kadar her iki tedaviyi de rutin olarak kullanılıyordu). Bununla birlikte, bir magazin dergisi "Tıbbi Tedavinin Riski Size Ait" diye bir başlık atsa, muhtemelen abartılı bir aşırı genelleme olarak düşünülür.

TABLO 6.1

Beş Popüler Filmde Psikoterapist Tasviri

Film	Tasvir
Anlat Bakalım (Analyze This)	Billy Crystal, bir mafya patronunu (Robert DeNiro) tedavi eden bir psikoterapisti canlandırmaktadır. Yardım etmeye çalışmasına rağmen, terapist defalarca gizlilik ilkesini bozar ve danışanının ona gözdağı vermesine izin verir.
Can Dostum (Good Will Hunting)	Robin Williams zeki ama sorunlu bir genci (Matt Damon) tedavi eden bir terapisti oynamaktadır. Terapist şefkatli ve yardımseverdir, ancak bir noktada danışanına saldırgan ve tehdit edici davranır ve başka bir sahnede danışanının evini ziyaret eder, kolayca profesyonellik sınırlarının dışında algılanabilecek davranışlar sergiler.
Dalgaların Prensi (Prince of Tides)	Barbara Streisand tedavi ettiği intihar riski olan bir danışanın erkek kardeşiyle (Nick Nolte) romantik olarak ilgilenmeye başlar, bu net olarak etik ilkelerin ihlâlidir.
Hastayım Sana (Prime)	Meryl Streep, boşanma sonrası kendini toparlamaya çalışan genç bir kadına (Uma Thurman) destekleyici terapi yapan bir psikoterapisttir. Danışan genç bir adamla romantik bir ilişki içine girer. Başlarda ne terapist ne de danışan bu adamın terapistin oğlu olduğunu anlamaz. İlk olarak durumu terapist fark eder, fakat bu gerçeği danışanından gizlemeye çalışır. Hatta danışanı pek çok seans boyunca ilişkisindeki yaşantılarını, cinsel yakınlaşmalarını da içeren şekilde anlatmasına devam etmesine rağmen. Terapist, danışanı için işe yararlılığını kaybettiğini görmezden gelmeye daha fazla devam edemez ve gerçeği itiraf eder.
Benden Bu Kadar (As Good As It Gets)	Obsesif kompülsif bozukluk hastası (Jack Nicholson) olan zorlu bir karakter ile ilgili bu filmde psikoterapiye az bir yer verilmiştir. Bir sahnede, danışan paldır küldür terapistin ofisine dalar ve onunla görüşme talep eder. Terapist (Lawrance Kasdan) sakince fakat kesin bir şekilde randevu alması gerektiğini açıklar. Bu sahne, zor ve talepkâr bir danışana sınır koyan, olumlu bir terapist tasviridir.

Psikoterapi ve psikoterapistler hakkındaki yaygın yanlış kavramsallaştırma ve aşırı genellemeler, kısmen *akıl sağlığı kültürünün* olmaması ile açıklanabilir. İnsanlar genellikle daha iyisini bilmemektedirler. Ancak, bu doğru olmayan tasvirler zararlı etkilere yol açabilir. Sadece akıl sağlığı uzmanlarının çalışmaları hakkında halkı yanlış yönlendirmekle kalmaz, ayrıca akıl hastalıkları ile ilgili kalıp yargıları sürdürebilir ve insanların ulaşabilecekleri ve onlara yardımı olabilecek tedavi arayışlarını durdurabilir.

Öyleyse psikoterapi gerçekten neye benzemektedir? Var olan pek çok psikoterapi çeşidini gözden geçirerek başlayalım.

Kaç Tane Psikoterapi Yaklaşımı Vardır?

Bazı araştırmacılar, "markalaşmış" 400 kadar terapi çeşidi saptamış (Feltham, 2000) ve bunları A'dan (Aikido) Z'ye (Zaraleya psikoenerji tekniği) doğru sıralamışlardır (Herink, 1980). Ancak, bu farklı çeşitlerin pek çoğunun arasında önemli benzerlikler vardır ve diğerleri de klinisyenler tarafından çok nadir kullanılır, hatta pek bilinmez. Gurman ve Messer (2003), aslında modern klinik uygulamaların özünü, sadece bir düzine "temel" psikoterapinin şekillendirdiğini öne sürmektedirler. Kısaca söylemek gerekirse, gerçekte kaç tane psikoterapi çeşidinin olduğunu kimse bilmemekte, sizin onları nasıl gruplandığınıza göre yanıt değişmektedir. Eğer onları kişilik gelişimi, bozukluğun oluşmasındaki nedenler ve psikoterapi teknikleri hakkındaki temel varsayımlarına göre düzenlerseniz, elinizde bir avuç kadar ana yaklaşım kalır.

Örneğin, "Klinik Psikolojinin Dünü ve Bugünü" başlıklı 2. Bölüm'de, psikoterapi alanında beş temel okul ya da yaklaşımın baskın olduğunu söylemiştik: psikodinamik, insancıl, davranışçı, bilişsel ve grup/sistemler. Burada bu listeye alternatif ve bütüncül yaklaşımları ekliyoruz. Bu terapiler daha eski ve oturmuş yaklaşımların bileşenleri kadar diğer kategorilere yerleştirilemeyen tedavi tekniklerini de bir araya getiren terapilerdir. Her temel yaklaşımda birbirinden farklılaşan tedavi yöntemlerini ve bunlarla ilgili örnekleri 7. Bölüm'de "Psikodinamik ve İnsancıl Psikoterapiler", 8. Bölüm'de "Bilişsel-Davranışçı Psikoterapiler" ve 9. Bölüm'de "Klinik Müdahalelerde Alternatif Yollar" ortaya koymaktayız.

Bu Kısmın Özeti: Psikoterapi, herhangi bir psikopatolojik sorun yaşayan kişilere ruh sağlığı uzmanları tarafından sağlanan çeşitli psikolojik tedavilerdir. Toplumun zihninde bir psikoterapi algısı oluşmuştur, ancak özellikleri, yöntemleri ve etkileri sıklıkla yanlış anlaşılmış ve zihinlerde yanlış temsil edilmiştir. Farklı pek çok psikoterapi çeşidi olmasına rağmen, bunların büyük bir kısmı birkaç kategori ya da yaklaşım altında toplanabilir.

PSİKOTERAPİDEKİ KATILIMCILAR

Bu Kısma Bakış: Burada, başarılı bir tedavi için önemli olan özelliklerine odaklanarak, danışan ve terapistleri tartışıyoruz. Ayrıca, tedavinin önemli bir bileşeni olarak terapötik ilişkiyi ele alıyor ve klinik müdahalelerin yapıldığı ortamları tanımlayarak konuyu bitiriyoruz.

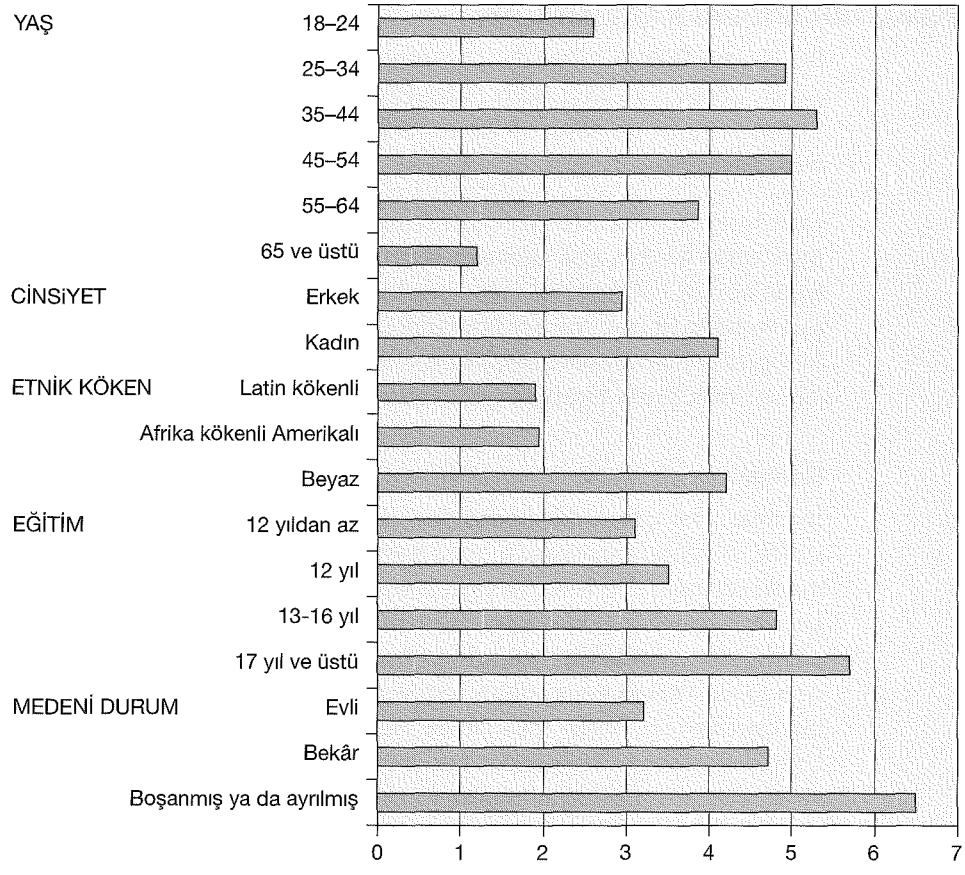
Psikoterapi, genellikle en az bir danışan ve bir terapistle yapılır. Yine de bazen, aynı anda birden çok danışan (örn., çift terapisi, grup terapisi gibi) veya aynı anda birden çok terapist (örn., yardımcı terapist, terapi ekibi gibi) olabilir. Danışan ve terapist pek çok açıdan farklı olabilirler: cinsiyet, yaş, ırk veya etnik köken, inanç sistemleri, kişisel güçlülükleri veya zayıflıkları, iletişim stilleri, vb. gibi. İlk olarak, danışanın terapiye getirdiği sorunlarını ve kişilik özelliklerini ele alalım.

Danışan

İnsanlar pek çok farklı nedenden dolayı psikolojik yardım ararlar. Mutsuz bir evlilik, kendine güvensizlik, içini kemiren bir korku, bir kimlik krizi, depresyon, cinsel sorunlar, bir kazayla veya travmayla başa çıkma, uykusuzluk, insanları psikoterapi almak için harekete geçiren nedenlerden sadece birkaç tanesidir. Bazı insanlarda, işlevselliğin günden güne bozulduğu büyük bir bozukluk, başkalarına zarar verme veya intihar etme riski olabilir. Bu durumda hastaneye yatırma gerekebilir. Başka insanlarda, daha az ciddi ama yine de rahatsız edici bir bozukluk olabilir. İnsanların her zamanki başa çıkma stratejilerinin (örn., dost ve akrabaların desteğini almak ya da tatile çıkmak gibi) artık var olan problemi çözmek için yetersiz kalması, en sık karşılaşılan özelliktir.

Danışan Sorunları ve Tedaviden Yararlanma: Ruhsal bozukluklar küçük değişikliklerle ABD toplumunun tüm katmanlarında bulunmaktadır. En sık rastlanan bozukluklar hangileridir? Danışanlara DSM tanıları verildiğinde, listenin en başında kaygı bozuklukları yer almış, duygu durum bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları ve madde kötüye kullanım bozuklukları onu çok yakından takip etmişlerdir (National Institute of Mental Health, 2006). Bozukluklar hayatın herhangi bir aşamasında ortaya çıkabilir, fakat daha ciddi bozukluklar genellikle erken yaşlarda başlar – belirtiler sıklıkla 14 yaşında kendini göstermiş olur. Eğer tedavi edilmezse genellikle tekrar ederler (Kessler, Berglund, Demler, Jin ve Walters, 2005).

Tabi ki psikolojik bozukluk yaşayan herkes tedavi aramaz. Aslında, tedavilerden yararlanma oranları görece düşüktür. Şekil 6.1, Birleşik Devletlerdeki ruh sağlığı merkezlerinde ayaktan hasta hizmetlerini kullanan danışanların, farklı demografik kategorilerde, yıllık yüzdelik oranlarını göstermektedir.



ŞEKİL 6.1 Demografik Özellikler Temelinde Yıllık Ayaktan Psikoterapi Hizmeti Kullanan Danışan Oranı (Yıllık olarak her yüz kişide kaç kişinin bu hizmetleri kullandığı)

(KAYNAK: M. Olfson, S. C. Marcus, B. Druss ve H. A. Pincus, 2002. National trends in the use of outpatient psychotherapy. American Journal of Psychiatry, 159, 1912–1920.)

Örneğin, Ulusal Eşzamanlı Hastalık Araştırmasının Tekrarı (National Comorbidity Survey Replication) kaygı bozukluklarının 12 aylık yaygınlığını %18, diğer bozukluklarınkini ise %26 olarak değerlendirmektedir (Kessler, Berglund, Demler, Jin ve Walters, 2005). Fakat, Şekil 6.1'e bakıldığında tedavi arama oranının hiçbir grupta bu derecede olmadığı kolaylıkla görülmektedir. Kısacası, herhangi bir yıla bakıldığında, psikolojik bozukluğu olan pek çok insanın tedavi görmediği görülmektedir. Tedavi alamama ve tedaviyi tamamlamadan bırakma oranı, azınlık gruplarında ve düşük sosyo-ekonomik düzeydeki gruplarda daha yaygındır (Self, Oates, Pinnock-Hamilton ve Leach, 2005).

Tedavi almayı yıllarca erteleme de psikolojik sorunları olan insanlarda oldukça yaygındır. Bir çalışmada iki uçlu bozukluk, depresyon ve panik bozuklukta

tedavi aramayı erteleme sürelerinin medyanları sırasıyla 6, 8 ve 10 yıl olarak bulunmuştur (Wang, Berglund ve diğ., 2005). Şekil 6.1'de de görebileceğiniz gibi, ayaktan tedaviyle psikoterapi arama eğilimi, orta yaşlı, eğitimli, beyaz, kadın ve boşanmış ya da ayrılmış kişilerde daha yüksektir.

Danışan Değişkenleri ve Tedavi Sonuçları: Tedavi arayan danışanlar içinde, danışanla ilgili özellikler içinde en belirgin olanı danışanın sorunudur. Danışanın aldığı tanı, terapistin belirli tedavi yöntemlerini seçmesinde ve bu tedavilerin sonucu üzerinde ne kadar önemlidir? Pek çok klinisyen ve araştırmacı belli tedavilerle belli tanıların eşleşmesini bekler, fakat bu eşleştirme işlemi tedavinin etkililiği açısından çarpıcı bir kazanç getirmemektedir. Bazı araştırmacılar, tedavi seçimini tanıya göre yapmanın büyük ölçüde hataya yol açtığı sonucuna bile varmışlardır (Beutler ve Harwood, 2000, s. 11). Klinisyenler ve araştırmacılar, başarılı tedavi sonuçlarını yordayabilen başka danışan özelliklerini araştırmışlardır. Danışanın cinsiyeti, yaşı, etnik kökeni, sosyo-ekonomik durumu, zekâsı, dini tutumları ve onlarca başka kişilik ve demografik özellikleri dikkate alınmıştır.

Bütün bunların sadece küçük bir kısmı, terapi sonucuyla orta düzeyde ilişki göstermiştir. Örneğin, danışanın cinsiyeti ile psikoterapi sonucunun ilişkili olduğu hakkında güçlü bir kanıt yoktur (Garfield, 1994). Yine, danışanın yaşı tek başına değerlendirildiğinde, terapötik sonuçla yok denebilecek kadar az ilişkilidir.

Danışanın kişiliği ve tutumları hakkında ne söylenebilir? Pek çok terapist, diğer bazı bilişsel ve duygusal değişkenlerin yanında, danışanın açık oluşunun, terapinin sonuçlarını etkilediğini öngörmektedirler (Teasdale ve Hill, 2006). Bu görüşü destekleyen bazı bulgular da vardır. Orlinsky, Grawe ve Parks (1994) psikoterapi sonuç araştırmalarında, iki danışan özelliğinin tutarlı olarak önemli göründüğünü bildirmişlerdir: *'işbirliği ya da direnç'* ve *'açıklık ya da savunmacılık'*.

Yaygın sağduyu, danışanın motivasyonunun terapi sonuçlarıyla doğrudan ilişkili olduğunu da akla getirir. Bir noktaya kadar bu doğrudur, daha çok yatırım yapan ve daha çok çaba gösteren danışanlar daha iyiye gitme eğilimindedir. Fakat bazı araştırmalar, şaşırtıcı şekilde danışan motivasyonu ile terapi sonuçları arasında zayıf bir ilişki olduğunu bulmuşlardır (Garfield, 1994). Bu sonuçlar belki de başarılı bir psikoterapi için aslında sadece az miktarda bir motivasyonun gerekli olmasından ötürü ya da motivasyonun bir tedavi oturumundan ötekine, hatta aynı oturum içinde değişmesinden ötürü ortaya çıkmış olabilir. Dolayısıyla, sonuçla ilgili olabilecek tek bir ölçümle özetlemeye gitmek zordur.

Terapi sonuçlarıyla bağlantılı diğer danışan özellikleri de araştırılmaya devam etmektedir. Örneğin Knox, Goldberg, Woodhouse ve Hill (1999), danışanların terapistlerinin görüntüsü (terapistin fiziksel görünüşü, konuşması, duygusal

tonu gibi) hakkında farkına vardıkları şeyler olarak tanımlanan terapistleriyle ilgili "içsel temsillerini" çalışmışlar, bu temsillerin aslında terapideki faydalarla ilişkili olduklarını bulmuşlardır. Beutler ve Harwood (2000) ve Messer (2006), bir danışanın *stres düzeyinin, terapinin başarısı konusundaki beklentisinin* ve *başa çıkma stilinin* (örneğin dışsallaştırma ya da içselleştirme), önemli danışan özellikleri olduğuna işaret etmektedirler. Bu değişkenlerin önemi Messer'i (2006) "belli bir bozukluğa sahip olan danışanın nasıl biri olduğunu bilmek, danışanın hangi bozukluğa sahip olduğunu bilmekten genellikle daha önemlidir" gibi bir açıklama yapmaya yöneltmiştir (s. 39).

Kısacası, danışanlar pek çok boyutta farklılaşmaktadırlar. Tedavi amaçları açısından, ortaya konan sorun ve onun tanısı genellikle klinik dikkatin yöneldiği ilk hedeftir. Bununla birlikte, daha çok treyt özelliğindeki (görece kalıcı) ve daha çok durumsal özellikteki (değişebilir) diğer demografik değişkenler de önemlidir. Danışan değişkenlerinden hangisinin tedavi yolunu seçmede kullanılması gerektiğini açıkça tanımlamak, önemli ve devam etmekte olan bir klinik araştırma alanıdır.

Terapist

Terapistlerin yaş, cinsiyet, etnik köken, kişilik, formal eğitim, deneyim düzeyi gibi özellikler açısından farklılaştığı oldukça bellidir. Peki başarılı bir terapi için hangi terapist özellikleri şarttır ve hangi terapist özellikleri daha az önemlidir? Genel bir kural olarak, sıradan demografik değişkenler (örneğin, yaş, cinsiyet, etnik köken ya da sosyoekonomik düzey gibi) göreceli olarak terapinin etkililiğinde anlamlı bir rol oynamamaktadır (Beulter, Machado ve Neufeldt, 1994).

Etkili Terapistlerin Kişilik Özellikleri ve Becerileri. Brem (2001), Inskipp (2000), Jennings ve Skovholt (1999) ve diğer pek çokları etkili terapistlerin bir takım temel beceri ve kişilik özelliklerine sahip olduğunu öne sürmektedirler. Inskipp'e göre, terapi kişilerarası bir aktivite olduğu için, psikoterapistler iletişim, ilişki kurma ve kendini gözlemleme gibi becerileri de içeren güçlü kişilerarası becerilere sahip olmalıdırlar.

Danışanın duygusal yaşantılarındaki farklılıkları ve yoğunlaşmaları fark edebilen ve bu nüansları kelimelere dökebilecek bir sözel dağarcığa sahip olan terapistler, anladıklarını danışanlarına daha etkili bir şekilde aktarabilmektedirler. Buna ek olarak, bu iletişim becerilerine sahip terapistler, danışanların yeni bir psikolojik sözcük dağarcığı ve yaşadıkları üzerinde yeni anlayışlar edinmelerine daha çok yardımcı olabilmektedirler. Bu öğrenmeler, terapinin hedefleri olan davranışsal, bilişsel ve duygusal değişimleri gerçekleştirmelerinde danışanlara yardım edebilmektedir.

Kısaca ele aldığımız gibi, terapist ile danışan arasında gelişen ilişki terapi sonuçlarını güçlü bir şekilde etkilemektedir. Bu nedenden ötürü, bir terapistin *ilişki inşa etme becerileri* kritik bir öneme sahiptir. Terapistlerin, içten ve dürüst bir iletişim kurmaları ve sorun yaşayan danışanları yargılamadan sıcak bir ilgiyle desteklemeleri gerekir. Aynı zamanda, terapistler danışanlarına hayatlarında yarar sağlayacakları değişiklikleri yapmaları için sahip oldukları kapasitelerini ve sorumluluklarını hatırlatma becerisine sahip olmalıdırlar. Klinisyenler sıklıkla ilişkinin niteliklerini, *sahicilik, empati* ve *koşulsuz olumlu kabul* olarak özetlerler. Bunlara *Rogeryen* özellikler denir çünkü Carl Rogers terapötik değişimi sağlamak için bunların gerekli ve yeterli olduğunu savunmaktadır.

Son olarak, terapistlerin öz-farkındalık ve öz-yönetim konusunda beceriye sahip olmaları gerekir. Diğer çalışmaların pek çoğunda olduğu gibi, performansı etkileyebilecek içsel değişkenleri fark edebilme becerisi önemlidir. *Kendini-gözleme becerileri* klinik psikoloji programlarında nadiren doğrudan öğretilir. Bu beceriler daha çok klinik eğitim ve süpervizyon sürecinde dolaylı olarak öğrenilir.

Kendini-gözleme becerilerinin gelişmesi için farklı yaklaşımların farklı yolları vardır. Psikanalitik yönelimli terapistler, kendini-gözleme becerilerini kazanmak için analizden geçerler. Bilişsel veya davranışçı yönelimli terapistler, müdahaleleri etkisiz olmuş gibi göründüğünde işe karışmış olabilecek kişisel meseleleri olup olmadığını değerlendirerek, daha ziyade kanıta dayalı bir yaklaşım benimserler (bu yaklaşımla ilgili ilginç bir tartışma için bknz., Burns, 1999). Yaklaşım ne olursa olsun, bir terapistin terapiye olan kendi katkısını bir şekilde gözlemesi gerekir.

Daha etkili terapistleri ayrıştırmada belli bazı kişisel tutumlar da göze çarpmaktadır. Wicas ve Mahan (1966), etkili terapistlerin daha öz-kontrollü ve sempatik olduklarını bulmuşlardır. Jackson ve Thompson (1971) ise etkili terapistlerin genelde kendilerine ve diğer insanlara karşı daha olumlu tutum içinde olduklarını bulmuşlardır. Jennings ve Skovholt (1999) ve Sullivan, Skovholdt ve Jennings (2005) akranların kendi içlerinden birini seçmelerini isteme yöntemini kullanarak 10 usta terapist belirlemişler ve sonra bu terapistleri daha az etkili olan terapistlerden ayıran bilişsel, duygusal ve ilişkisel özelliklerin ne olduğunu tespit etmeye çalışmışlardır. Usta terapistlerin karakteristik özellikleri, diğer araştırmacıların geliştirdiği bir listeyle birlikte, Tablo 6.2'de gösterilmektedir (Brems, 2001).

TABLO 6.2

Etkili Psikoterapistlerin Özellikleri

Usta Terapistlerin Belirleyici Özellikleri (Jennings ve Skovholt, 1999'dan uyarlanmıştır.)	Etkili Ruh Sağlığı Uzmanlarının Belli Kişilik Özellikleri (Brems, 2001'den uyarlanmıştır.)
Öğrenmeye doymama	Kendine güven ve yeterlik
Biriktirdiği deneyimleri sonuna kadar kullanma	İçe bakış ve kendini yansıtma için isteklilik
Bilişsel çok gelişmişliğe ve çok anlamlılığa değer verme	Bilişsel çok gelişmişlik ve belirsizliğe tolerans
Duygulara duyarlı olma	Kültürel duyarlılık ve başkalarına saygı
Zihinsel olarak sağlıklı, olgun olma ve kendi iyi oluşuna da dikkat etme	Kişisel ruh sağlığı, öz saygı ve gücün uygun kullanımı
Duygusal sağlığının işini nasıl etkilediğinin farkında olma	Kişisel tarzının farkında olma ve gösterme
Güçlü ilişki kurma becerilerine sahip olma	Empati ve yakınlık kurma kapasitesi
Çalışma ittifakına güvenme	İyi kişisel sınırlar, duygusunu ifade etmeyi erteleyebilme becerisi
Terapide kendi istisnai ilişki becerilerini kullanma konusunda uzman olma	Etik duyarlılık ve profesyonellik

İletişim, ilişki kurma ve kendini gözlemleme gibi genel beceriler *makro beceriler* olarak ele alınabilir. Bunlara terapistin kuramsal yöneliminden bağımsız olarak ihtiyaç duyulmaktadır. Bu becerilerin önemi Messer'in (2006) şu anlatımıyla ortaya konulabilir: Tedaviyi ne çeşit bir terapistin sağladığını bilmek, terapistin ne çeşit bir tedavi sağladığını bilmekten genellikle daha önemlidir. Bu, etkili terapistlerin birbirleriyle benzerliklerinin kuramsal yönelimlerinin farklılığından daha fazla olduğunu söylemenin diğer bir yoludur.

Terapistlerin Eğitimi ve Deneyimleri. Terapistlerin ileri düzey eğitim almaları gerektiği açıkça görülmektedir ve bu görüş kısmen araştırmalarla da desteklenmektedir. Örneğin, Machado, Beulter ve Greenberg (1999) eğitimli terapistlerin diğer insanların duygularını eğitimsiz ve deneyimsiz terapistlerden daha iyi fark ettiklerini bulmuşlardır. Duygu tanıma, diğer kişileri anlamak ve onlara empatik davranışlar sergileyebilmek için gerekli olduğundan kritik bir psikoterapi becerisi olarak nitelendirilmektedir. Aynı zamanda, daha eğitimli ve deneyimli terapistlerde, danışanın tedaviyi bırakma oranı daha düşük bir eğilim göstermektedir (Luborsky, 1989).

Bununla birlikte, kesin olarak ne çeşit bir eğitimin ve ne düzeyde bir deneyimin en iyisi olduğu net değildir. Ruh sağlığı alanındaki ana uzmanlıklardan

klinik psikoloji ve psikiyatri dahil hiçbirisi, daha üstün terapi sonuçları elde ettikleriyle ilgili iknâ edici bir kanıt öne süremektedir. Aslına bakılırsa, görece kısa ve dar odaklı eğitimler almış olan yardımcı sağlık personeli bazen, daha uzun uzmanlık eğitimi almış olan kişilerin elde ettiği sonuçlara eşit düzeyde sonuçlar elde edebilmektedirler. Bir bütün olarak ele alındığında, "araştırmalar, daha deneyimli (yani, hastalarla yıllarca deneyimi olan) terapistlerin daha deneyimsiz terapistlerden daha etkili olduğunu ortaya koymakta tutarlı olarak başarısız olmuşlardır" (Leon, Martinovich, Lutz ve Lyons, 2005, s. 417).

Bu sonuç, pek çok bilinmezi beraberinde getirmiştir. Bazı kişiler, araştırmalardaki yöntemsel sorunların terapistin eğitiminin ve deneyiminin önemini belirsizleştirdiğini savunmuşlardır (Leon ve diğ., 2005). Deneyim düzeyinin daha iyi sonuçlara dönüşmemesinin nedenlerinden biri terapistlerin kariyerleri boyunca karşılaştıkları sorunların ve uygulamaların içeriğinin genellikle değişmesidir. Bir tarama çalışması (Pingitore ve Sheffler, 2005), 5 yıldan daha az deneyime sahip olan klinisyenlerin, deneyimli klinisyenlere göre daha çok toplum sağlığı ve/veya toplum ruh sağlığı alanlarında çalıştıklarını göstermiştir. Daha deneyimli klinisyenler ise daha çok özel danışan görme eğilimindedirler. Aynı zamanda, daha az deneyimli psikologlar büyük oranda çocukluk dönemi bozuklukları ve madde kötüye kullanımı gibi bozuklukları görmekte ve çok az sayıda danışanla her hafta görüşme yapmaktadırlar (daha az deneyimli klinisyenler 19 saat görüşme yaparken, 11-20 yıllık klinisyenler haftada yaklaşık 25 saat yapmaktadırlar). Eğer klinisyenler özel çalışma alanına kaymadan önce kariyerlerine toplum veya halk ruh sağlığı alanında başlıyorlarsa, danışanları ve danışanlarının tipik sorunları da değişiklik gösteriyor demektir. Eğer ilerleyen yıllarda daha zorlu vakalar görüyorlarsa, başarıları deneyimleri onlara yardım etmediği için değil bu durumdan ötürü olumsuz etkileniyor olabilir.

Terapötik Çalışmaların Zorlayıcı Yönleri: Terapötik çalışmalar son derece ödüllendirici olabilir. Başkalarına yardım etme arzusunda olanlar için, bir insanın hayatını iyileştirmesine ve zenginleştirmesine yardım etmek için her yeni gün yeni bir fırsat sunar. Bununla birlikte, bu iş kendine özgü zorluklar barındırır. Bazıları görece küçük rahatsızlıklar ve engellenmeler şeklindeyken, diğerleri klinisyenin kendi yetkinliğini ve kişiliğini sorgulamasına yol açacak kadar büyüktür. Sıklıkla terapistler aldıkları eğitimin, hissettikleri bu duyguları yönetmeye ya da terapötik olarak kullanmaya yardımcı olmakta yetersiz kaldığını hissederler (Pope, Kieth-Spiegel ve Tabachnick, 2006).

Terapistlerin işlerinde en çok karşı karşıya geldikleri zorluklar nelerdir? Schröder ve Davis (2004) terapistlerin yakınmalarını üç grupta kümelemişlerdir:

1. Yetkinlikle ilişkili zorluklar. Bunlar, terapistlerin belirli bir durumda etkili olan bilgi ve becerilere sahip olup olmadıklarını sorguladıkları durumlardan kaynaklanan göreli olarak geçici zorluklardır. Örneğin, depresyonu

için bireysel terapi gören bir danışan, alkolik kocasıyla birlikte evlilik terapisine başlamak istediğini belirttiğinde, terapistin depresyonun yanında madde bağımlılığı ve evlilik sorunlarını da tedavi etmek için yetkin olup olmadığını kendine sormaya başlaması gibi.

2. Kişilik temelli zorluklar. Bu kategori, terapistin kendi süreğen kişilik özelliklerinin kendi etkililiğini ne derece riske soktuğu hakkındaki sorgulamasını içerir. Örneğin, bazen terapistler Tablo 6.2'deki bozucu kişilik özelliklerinden bazılarına sahip olup olmadıklarını merak edebilirler.
3. Durumsal zorluklar. Bunlar, terapistlerin danışanlarının veya çalışma ortamlarının özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Örneğin, bir hapishanede tedaviye dirençli, cinsel suçlardan mahkum olan kişilerle çalışan terapistler, hem yetkinliğe hem de bu iş için kişisel kapasiteye sahip olabilirler fakat yine de bu işi çok zor bulabilirler.

Terapistler bu zorluklara nasıl hazırlanır ve bunlarla nasıl başa çıkarlar? Daha önce de belirtildiği gibi, psikanalistler ve diğer psikodinamik yönelimli terapistler için kişisel terapiden geçmek, psikoterapi eğitiminin önemli bir parçası olarak kabul edilir (Murdock, 2004). Pek çok program bunu özel bir gereklilik haline getirmemesine rağmen, tarama çalışmaları terapistlerin %70 ila %90'nın kişisel terapiden geçtiklerini ortaya koymaktadır (Murdock, 2004; Norcross, Strausser- Kirkland ve Missar, 1988; Pope ve Tabachnick, 2005). Pope ve Tabachnick, ulusal bir psikolog örneklemine kişisel terapinin klinik psikolojide uzman olmak için zorunlu olmasının gerekip gerekmediğini sormuşlar, örneklemin %54.4'ü "kesinlikle evet" ya da "olsa iyi olur" diye yanıtlarken, %40.2'si "kesinlikle hayır" veya "olmasa da olur" (geri kalan katılımcılar "bilmiyorum") diye yanıt vermişlerdir. Alınan kişisel psikoterapinin, terapistleri danışanlar karşısında daha etkili kılıp kılmadığı açıklığa kavuşmamıştır, fakat klinisyenlerin büyük çoğunluğu bunun öyle olduğuna inanmaktadır (Murdock, 2004). Bu arada, terapiye gittiklerinde terapistlerin ifade ettikleri sorunlar, tıpkı diğer insanların karşılaştıkları sorunlara benzemektedir: depresyon, ilişki ve evlilik sorunları, kendine güven konuları ve kaygı.

Terapötik İlişki

Herhangi bir terapötik karşılaşmada, bir anlamda hep bir "üçüncü katılımcı" mevcuttur: bu, danışan ve terapist arasında gelişen ilişkidir. Bir araya geldikleri andan itibaren her biri öteki hakkında izlenimler, duygular ve düşünceler oluşturur. Daha fazla etkileşime girdikçe, bu izlenimler birleşerek karşıdaki bu insanla birlikte olmanın neye benzediği hakkında bir algı oluşturur. Üçüncü katılımcı olan terapötik ilişki önemlidir, çünkü araştırmalar tutarlı olarak bunun tedavi sonuçlarını etkilediğini bulmuşlardır (Crits-Christoph, Connolly-Gibbons ve Hearon, 2006).

Terapötik ilişki pek çok boyuta sahiptir, fakat bunlardan iki tanesi özellikle önemlidir: (a) terapist ile danışan arasında gelişen duygusal bağlar (hoşlanma, güven, vb. gibi) ve (2) ne yapılacağı (görevler) ve neye ulaşılacağı (hedefler) konularında ortak bir anlayış. Bu boyutlar bir arada ele alınarak, sıklıkla *terapötik ittifak* olarak adlandırılmaktadır (bknz., Bordin, 1979; Martin, Garske ve Davis, 2000).

Terapötik İttifak Hakkında Farklı Görüşler. Terapötik ittifaka dikkat çekme konusunda hiç kimse, danışan merkezli terapinin kurucusu Carl Rogers'tan daha fazla övgü hak etmemektedir. Rogers, danışan-terapist ilişkisini terapötik değişimin oluşması için gerekli ve yeterli olan bütün bileşenleri içinde barındıran bir pota olarak görür. Rogers geleneksel terapi anlayışından ayrılarak, terapistin kullandığı teknikleri değil de, ilişkinin kendisini psikoterapideki ana sağaltıcı etken olarak gördü. Rogers'a (1951) göre, "danışanın ya da terapistin sözcüklerinin önemi, danışanla terapist arasında var olan duygusal ilişkiyle karşılaştırıldığında, minimal görünmektedir" (ss. 172-173).

Rogers, olumlu bir terapötik ilişkinin, terapist kabul, sahicilik ve koşulsuz olumlu kabul olarak bilinen koşulları yarattığı için geliştiğine inanırdı. Rogers, terapötik ittifakın oluşturulmasında danışanın rolüne vurgu yapmazdı, eğer terapist uygun koşulları sağlarsa, ilişkinin tipik bir şekilde gelişeceği ve danışanların bunlardan yarar sağlayacağı var sayılırdı (Hovarth, 2000). Rogers'tan bu yana, insancıl yönelime sahip terapistler terapötik ilişki hakkında aynı görüşü paylaşmaya devam etmektedirler. Onlara göre ittifak, tedavi için gerekli bir ortam olmaktan çok, tedavinin kendisidir.

Psikanalist ve psikodinamik yönelimli klinisyenler de ittifakı kritik olarak görürler, fakat ilişkinin tek başına terapideki temel bileşen olduğuna inanmaya eğilimli değildirler. Meissner'a (2006) göre ittifak, aslında terapötik bir sözleşmedir ve bu sözleşmenin içinde yer alan etkileşimlerin türü ve profesyonel ilişki hakkında ortak bir anlayıştır. Bir anlamda ittifak tedavi için bir bağlam sağlar, fakat terapötik teknikler hâlâ kritik bir yere sahiptir.

Çoğu davranışçı ve bilişsel-davranışçı terapist, terapi ilişkisini önemli ama terapi için tek başına yeterli olmayan bir koşul olarak görme eğilimindedir (Sweet, 1984). Çoğu, terapötik ittifaka, daha özgül davranış-değiştirme tekniklerini tanıtmak için yararlı bir bağlam olarak bakar. Bu anlamda, ilişkiyi kullanılan teknikler için bir bağlam olarak gören psikanalitik kuramcılarla benzerlik; ilişkiyi tedavinin kendisi olarak gören insancıl yönelimli terapistlerle farklılık gösterirler. Diğer bazı davranışçı terapistler, terapötik ilişkinin daha büyük bir rol oynadığına inanırlar. Terapötik ilişkiyi, yararlı değişimleri beraberinde getiren çok önemli bir etken olarak görürler, çünkü terapötik ilişki, terapiste yeni beceriler için model olma ve danışanın davranışlarındaki iyiye gidişleri pekiştirme olanağı verir (Follette, Naugle ve Callaghan, 1996). Bu görüşe göre, terapötik ilişki içerisinde

danışanın uygun davranışlarını pekiştirme, terapistlerin sahip olduğu en güçlü müdahale araçlarından biridir (Kohlenberg ve Tsai, 1991).

Terapötik İttifak Konusundaki Araştırmalar. Bordin (1979) ve Luborsky'nin (1976) dönüm noktası niteliğindeki makaleleri, terapötik ittifakı operasyonel olarak tanımlamada yararlı bir rol oynadı. Bu etki, terapötik ittifak kavramını ölçmek için ölçeklerin geliştirilmesi konusunda araştırmacıları harekete geçirdi. Bu ölçekler, Çalışma İttifakı *Envanteri* (Working Alliance Inventory; Hovarth ve Greenberg, 1989), *Kaliforniya Psikoterapi İttifakı Ölçekleri* (California Psychotherapy Alliance Scales; Marmar, Gaston, Gallagher ve Thompson, 1989), *Vanderbilt Psikoterapi Süreç Ölçeği* (Vanderbilt Psychotherapy Process Scale; Suh, Strupp ve O'Malley, 1986) ve *Terapötik Bağ Ölçeği* (Therapeutic Bond Scales; Saunders, Howard ve Orlinsky, 1989) gibi ölçekleri içermektedir. Bunlardan bazıları, ittifak hakkındaki özgül kuramsal görüşlere (örneğin, psikodinamik) göre oluşturulmuş, diğerleriyse ittifakı genel olarak ölçmeyi amaçlamışlardır. Buna rağmen, bu ölçeklerin çoğu birbiriyle yüksek düzeyde ilişkili çıkmıştır. Bu da, bu ölçeklerin temelde aynı şeyi ölçtüğünü göstermektedir. Aynı zamanda bu ölçekler uygun derecede iç tutarlığa ve yargıcılar arası güvenirliğe sahiptir (Cecero, Fenton, Frankforter, Nich ve Carroll, 2001; Martin, Garske ve Davis, 2000).

Araştırmacılar bu ve benzeri ölçekleri, ittifakın terapi sonuçları üzerindeki etkisini inceleyen pek çok araştırmada kullanmışlardır. Meta-analizlerde, terapötik ittifakın doğası ile terapi sonuçları arasındaki ilişki, özgül terapi teknikleri ile terapi sonuçları arasındaki ilişkiden daha yüksek bulunmuştur (Crits- Christoph ve diğ., 2006). Bu bulgu, terapide oluşan ilişkinin terapide kullanılan belli tekniklerden daha önemli olabileceği görüşünü desteklemektedir. Bu konuyu "Klinik Müdahale Konusundaki Araştırmalar" bölümünde (10. Bölüm) daha detaylı olarak tartışmaktayız.

Orlinsky ve Howard (1986), ittifakın çoğalarak gelişmesi için her iki tarafın da şu üç şeyi o ortama getirmesi gerektiğini göstermişlerdir: rol yatırımı (her iki tarafın da terapi için harcadığı çaba), empatik uyum (her iki tarafın "aynı frekansta olma" derecesi) ve birbirini karşılıklı onaylama (her iki tarafın da birbirinin iyiliğini önemseme düzeyi). Yine de, terapötik ilişki ile ilgili yanıtlanmamış sorular varlığını sürdürmektedir: İttifak, danışanda değişimi nasıl sağlar? İlişkinin doğası, bazı bozukluklar ya da terapi tipleri için ötekilerden daha mı önemlidir? Bir ilişkinin niteliği ne kadar iyi yordanabilir? Terapistler, ittifakı geliştirmek için nasıl eğitilebilir? Bunlara benzer sorular hâlâ araştırılmaya devam etmektedir (bknz., Crits-Christoph ve diğ., 2006).

Psikoterapi Ortamları

Psikoterapi ortamları en basit şekilde iki kategoriye ayrılır: *ayakta tedavi* ve *yatarak tedavi*. İlki, terapistlerin ofisleri, halk merkezlerindeki veya kliniklerdeki odalar ya da danışanla terapistin görüşebileceği herhangi bir yerdir. Diğeri,

danışanların günlerce, aylarca veya nadiren yıllarca kalabildikleri hastane, hapishane veya tedavi merkezleri gibi kurumlardır.

Ayakta Tedavi Ortamları. Terapistlerin ofisleri en yaygın bilinen psikoterapi ortamıdır. Bir terapist ofisi için gereken malzemeler çok azdır, fakat belli bazı özellikler önemlidir. İlk sırada gizlilik gelir. Terapinin duygusal doğası gereği, danışanların, konuşulanların kendileri ve terapistleri arasında kalmasını bekleme hakları vardır. Bu nedenden ötürü, terapistler danışanlarını ses geçirmez ya da buna yakın özellikteki odalarda görürler. Terapi oturumu sırasında telefon aramaları ya da seansı bölen diğer durumları önleyen düzenlemeler yapılmalıdır. Ofislerin mahremiyete uygun, danışan ve terapist için güven verici yerler olması tavsiye edilmesine rağmen, ofisler diğer insanlardan çok da uzak olmamalıdırlar. Maalesef, bu meslekte danışanların, gerçek ya da uydurma nedenlerle mesleği kötüye kullanma davası açma tehlikesi vardır (ve mesleği kötüye kullanma davalarındaki hızlı artışın bir nedeni sigortadan alınan bedellerdir). Ayrıca, saldırganlık potansiyeli taşıyan danışanlarla çalışan terapistler için, diğer insanların ofisten çok uzakta olmaması akıllıca olur.

Rahat oturma yerlerinin olması da önemlidir. Yetişkinlerle çalışırken, danışan ile terapist hemen hemen eşit düzeydeki yerlere oturmalıdır. Ofis dekoru insanlara çekici gelmeli fakat görece nötr olmalıdır. Yani, terapistler ofislerinin kendi zevklerini ve duygularını yansıtması konusunda kendilerini özgür hissetmelidirler, ancak dekor danışanlara, kendilerini ait olmadıkları bir yerde hissettirecek derece çok enteresan veya terapistin kişisel yaşamını çok ortaya koyan bir tarzda olmamalıdır. Eğer terapistler çocuklarla çalışıyorlarsa, terapi alanında oyuncaklar olmalı ve mobilyalar çocuğun yaşına uygun olmalıdır. Kısaca, terapi ortamı terapistin çalıştığı danışanlar için tedavi hedeflerini en üst düzeye çıkaracak şekilde düzenlenmelidir.



Bir psikoterapistin ofisi danışanların en rahat edeceği şekilde tasarlanmalıdır.

Tabii ki her terapi bir ofiste yapılmaz. Grup terapisi sıklıkla, ofis binaları, hastaneler, toplum merkezleri, büyük merkezler, kiliseler gibi yerlerin daha geniş mekânlarında düzenlenir. Ofislerde olduğu gibi, terapistler ortamı tedavi hedeflerini en yüksek dereceye çıkaracak şekilde yapılandırmaya çalışır, fakat kiralanmış ya da ödünç kullanılan yerleri bu şekilde düzenlemek için elinden çok da bir şey gelmeyebilir.

Bazı tedavi çeşitleri, toplumsal alanlarda bile yapılabilir. Örneğin, panik bozukluğu olan bir danışanı tedavi eden bir terapist, danışanın terapide öğrendiği kaygı-yönetme tekniklerini deneyebilmesi için danışanına bir alışveriş merkezinde eşlik edebilir. Benzer şekilde, terapistler asansör fobisi olan bir danışanı, belirtilerini tanımasına, bilişlerini daha çok fark etmesine ya da nefes ve gevşeme egzersizlerini denemesine yardım etmek için bir asansöre bindirebilir. Hatta terapistler, danışanlarını daha önce ofis ortamında öğrendikleri sosyal ve diğer becerileri deneyebilecekleri dış ortamlara çıkarabilir (bknz., 8. Bölüm).

Yatarak tedavi. Yatarak terapi devlet hastaneleri, özel hastaneler ve savaş gazileri için düzenlenmiş olan hastanelerde, yataklı rehabilitasyon ve tedavi merkezlerinde, cezaevi, tutukevi ve diğer pek çok kurumda yapılır. Buralarda tedavi için gereken koşullar, ayakta tedavi ortamlarındakilerle benzerdir. Danışanların mahremiyet ve profesyonel tedavi bekleme hakları vardır. Fakat önemli değişiklikler de vardır.

Örneğin, en yaygın yatarak tedavi ortamı olan hastanelerde, klinisyenler genellikle şizofreni veya majör depresif bozukluk gibi daha şiddetli sorunları olan danışanlarla tedavi yürütürler. Hastanede çalışan klinisyenler, sıklıkla doktorlar, psikiyatristler, sosyal hizmet uzmanları ve diğer personeli içeren tedavi ekibinin bir parçasıdırlar. Bu nedenle, psikoterapistler psikoterapileri diğer ilaç tedavisi, fizik tedavi veya psikososyal rehabilitasyon gibi tedavilerle uyum içinde düzenlemek zorundadırlar.

Bu Kısmın Özeti: Psikoterapi, psikolojik bozukluk veya sosyal/duygusal sorunlar yaşayan bir ya da daha fazla sayıda danışana, eğitimli bir uzman tarafından uygulanan bir tedavidir. Psikoterapinin ana katılımcıları, danışanlar ve psikoterapistlerdir. İkisinden herhangi birinin özelliklerinden çok, aralarında gelişen ilişkinin özellikleri başarılı bir psikoterapinin nasıl olduğu üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. Psikoterapi hem yatarak tedavi hem de ayakta tedavi ortamlarında yapılmaktadır.

KLİNİK MÜDAHALELERİN AMAÇLARI

Bu Kısma Bakış: Farklı psikoterapi yaklaşımları, pek çok yönden birbirinden ayrılırlar, fakat aynı genel terapötik amaçları paylaşırlar. Bu amaçlar; (a) duygusal sıkıntıyı azaltmak, (b) iç görüyü geliştirmek, (c) katarsis veya kendini ifade etmeyi cesaretlendirmek, (d) yeni bilgi vermek (eğitim), (e) terapi dışı görevler düzenlemek (ev ödevleri) ve (f) değişim için inanç, ümit ve beklentiler geliştirmektir.

Tedavi yaklaşımları pek çok açıdan çeşitlilik göstermektedir. Bu yaklaşımlar kişilik gelişimi ve kişilik örgütlenmesine farklı bakmakta, psikolojik sorunların nedenleri ile ilgili farklı açıklamalar yapmaktadırlar. Ayrıca, nasıl bir değişim ortaya çıkarmak için tasarlandıkları konusunda da farklılaşmaktadırlar (Andrews, 1989; Messer ve Winokur, 1980). Mesela, davranışçı terapistler doğrudan hastanın ortaya koydukları sorunları ele alırlar (birincil şikâyete katkıda bulunan diğer zorluklarla birlikte). Örneğin, depresyon ve çocuğunu öldürme korkusu ile başvuran bir anneye, kocasıyla ilişkisi, çocuklarında kullandığı disiplin yöntemi ve ev dışında yeni uğraşlar geliştirmesi şeklinde çeşitli "ev ödevleri" verilebilir. Buna karşıt olarak, bir psikanalist annenin depresyonunun altında yattığı düşünülen nedenleri keşfetmeye çalışır. Terapi, bir anne olarak, kendi annesinin katı ve gerçekçi olmayan standartlarını karşılamadaki başarısızlığı nedeniyle hissettiği yetersizlik duyguları ile şu an yaşadığı belirtilerin ilişkisini anlamasına yardım etmeyi amaçlayabilir. Son olarak, hümanist bir terapist, kendini kapana kısılmış gibi hissettiği tek boyutlu hayatından kurtulmasını sağlayacak alternatifler yaratma potansiyelini keşfetmesine yardım ederek sorunu ele alabilir.

Farklılıklarına rağmen, klinik müdahalelerin pek çok şekli ortak amaçlara sahiptir. Her psikoterapi şekli her bir amacı en üst düzeye çıkarmaya çalışmaz, ama aşağıdakilerin her biri bütün başarılı tedavilerde belli bir dereceye kadar hedeflenir.

Duygusal Sıkıntıyı Azaltmak

Danışanlar, bazen terapiye aktif olarak katılmalarını güçleştirecek derecede büyük bir duygusal ıstırap içinde gelirler. Böyle durumlarda terapist, danışanın sıkıntısını problem üzerinde çalışmaya başlamaya izin verecek kadar azaltmaya çalışır. Terapist bütün sıkıntıyı yok etmeye çalışmaz, eğer böyle yaparsa, danışanın daha kalıcı bir değişim için motivasyonunu da yok edebilir. Buradaki zorluk, danışanın süre giden sorunlarıyla uğraşma arzusunu tüketmeden aşırı sıkıntısını azaltmaya çalışmaktır.

Danışanın sıkıntısını azaltmada kullanılan yaygın bir yöntem, danışanın duygusal gücünü arttırmak için terapötik ilişkiyi kullanmaktır. Danışan, terapistin kişisel bir müttefik olduğunu ve düşmanca bir dünyanın acımasızlığına karşı bir tampon olduğunu bilerek duygusal denge ve yenilenmiş bir kendine güven kazanır. Bazı terapistler, "Biliyorum şu an her şey ümitsiz gibi görünüyor, fakat hayatında bazı önemli değişiklikler yapabilecek güçte olduğunu düşünüyorum" şeklinde doğrudan güven verebilirler. Usta terapistlerle yapılan bir çalışmalarında, Sullivan, Skovholt ve Jennings (2005), güvenli, işbirlikçi ve destekleyici bir atmosfer yaratabilme becerisinin, uzman terapistlerin terapötik ittifaktan anladığı en önemli şey olduğunu bulmuşlardır.

İçgörüyü Geliştirmek

Psikolojik sorunlarla ilgili içgörü, Freud'un ana hedefiydi. Freud bu içgörüyü "içsel direncin üstesinden gelmede yeniden öğrenme" olarak tanımlardı (Freud, 1904, s. 73). Freud özellikle belli bir tipte -bilinçdışı etkilerdeki- içgörüyle ilgilenirken, pek çok terapist içgörüyü, daha büyük bir kendilik bilgisi hakkındaki genel duyum olarak ele almaktadırlar. Danışanların, neden belli bir şekilde davrandıklarını öğrenmekten kazançlı çıkacakları beklenmektedir. Çünkü bu bilginin, yeni davranış geliştirmeye katkıda bulunacağı varsayılmaktadır. Psikoterapistin bir danışanın içgörüsünü artırmadaki mantığı, tarih çalışmalarının değerine benzemektedir: geçmişte yapılan hataları bilmek, onları tekrarlamaktan kurtulmaya yardım eder.

Hangi kuramsal görüşten olursa olsun bütün terapistler, danışanlarının kendilerini incelemelerini ve kendileri hakkındaki bilgilerini desteklemeyi amaçlarlar ama buna ulaşmak için farklı yollardan gidebilirler. Bazı klinisyenler, rüyalar gibi belli tipteki içeriklere odaklanırlar. Diğerleri, belli davranışlarının doğurgularını incelemeleri için danışanlarına sorular sorarak içgörüyü geliştirmeye çalışırlar (örneğin, "Patronunla yaşadığın sorunlar ile babana dair ifade ettiğin olumsuz duygular arasında nasıl bir ilişki görüyorsun?"). Bilişsel terapistler, danışanlarının durumları, özellikle de olumsuz durumları anlatış şekillerindeki otomatik ve uyumsuz tarzları daha çok fark etmeleri için danışanlara yardım ederler. Davranışçı terapistler, davranışın, geçmişteki öğrenme ve şu anki çevresel etkenlerle işlevsel olarak nasıl bağlantılı olduğunu danışanın anlamasına yardım etmenin önemini vurgularlar.

İçgörü geliştirmede terapistlerin kullandığı yaygın tekniklerden biri, danışanın davranışlarını *yorumlamaktır*. Yorumlamanın amacı, bazı olayların önemi hakkında danışanı terapistin haklılığına iknâ etmek değil, danışanları kendi davranış ve düşüncelerini dikkatlice incelemek ve onlar hakkında yeni ve daha bilgiye dayanan sonuçlar çıkarmak için motive etmektir. Yorumlama pek çok psikoterapist için hâlâ ana teknik konumunu sürdürmesine rağmen, bazı klinisyenler çok yüzleştirici ve zorlayıcı yorumların tehlikelerine karşı uyarmaktadırlar (Strupp, 1989). Özellikle ağır sorunlar yaşayan danışanlarla çalışırken, yorumlamayı en aza indirmiş, bunun yerine aktif bir tarzla destekleyici olan, duygusal olarak sakinleştirici ve doğrudan güven kazandıran terapistler en iyi sonuca ulaşmaya daha yakındırlar. Bunun tersi şekilde, daha hafif sorunları olanlar, terapistin danışanın terapi içindeki davranışları ile terapinin dışındaki ilişkileri arasındaki bağlantıları yorumladığı bir terapi deneyiminden daha fazla yarar sağlarlar (Jones, Cumming ve Horowitz, 1988).

Katarsisi (Catharsis) Cesaretlendirmek

Danışanlar genellikle, terapistin koruyucu varlığı altında duygularını serbestçe

ifade etmeleri için cesaretlendirilirler. Bu teknik *katarsis* olarak bilinir ve danışanın çok uzun zamandır, belki de hiçbir zaman varlığını kabul etmediği, içine hapsettiği duygularının serbest bırakılmasını (boşaltılmasını=katarsis) içerir. Terapist bu duyguların serbest bırakıldıkça rahatlayacaklarına inandığı için, danışanı bu duyguları söze dökmesi için cesaretlendirir. En azından, katarsis, danışanın belli bir takım duygulardan daha az korkmasına yardımcı olur.

Terapistler her zaman danışanların duygularıyla meşgul olmalarına rağmen, duygu-odaklı tekniklerin değeri konusundaki görgül araştırmalar çok yavaş çoğalmaktadır. Araştırmalar, en az beş alanda duygu-odaklı müdahalelerin değerini göstermektedir (Greenberg ve Safran, 1989): (a) Kabul edilebilir, hatta yapıcı bir şekilde anlaşılması ve ifade edilebilmesi için duyguları sentezlemek veya duygulara temas etmek; (b) İşe yarar davranışları harekete geçirebilmek için özellikle sözel olmayan ve dışavurumcu yöntemler kullanarak belli duyguların yoğunluğunu arttırmak; (c) Duyguların istenen yönde değişmesine izin verecek yeni bilgiler vererek duyguları yeniden yapılandırılmak; (d) Duygulara güçlü ve özel bir şekilde bağlı olan düşünce ve davranışları yeniden değerlendirilebilmek için duyguları uyandırmak; (e) Danışanın işlevlerini bozan, uyumsuz duyguları doğrudan değiştirmek.

Yeni Bilgi Sağlama (Eğitim)

Psikoterapi genellikle eğiticidir. Bir danışanın uyumunun belli bazı alanları yanlış bilgi ile bozulmuş olabilir (örneğin cinsel işlev) ve terapistler sıklıkla bu alanlarla ilgili değerli bilgiler verebilirler. Terapistler, danışana sorunlarını anlamada yeni yollar gösterdikleri için, aynı zamanda da eğitimcidirler. Eğitimci olarak terapist becerilerinin bir parçası, danışanın en iyi anlayabileceği şekilde bilgi vermektir. Danışanlar, kendi bozukluklarının nasıl ortaya çıktığını, nasıl sürdüğünü ve bu bozuklukların üstesinden gelinebileceğini anladıkları zaman gelişme kaydederler. Bazı terapistler öğretmen benzeri bir rol içinde, danışanlarına doğrudan tavsiye ve bilgi sunarlar. Diğerleri, bir konu ile ilgili okuma malzemesi önerebilirler. Bu işlem *bibliyoterapi* olarak bilinir (Marx, Gyorky, Royalty ve Stern, 1992). Bazı diğerleri ise, danışana dünyayı algılamanın başka yolları da olduğunu göstermek için daha az doğrudan olan yöntemleri (bilmiyorum anlamında iki omuzu yukarı kaldırmak ya da şüpheci bir yüz ifadesi takınmak) tercih ederler. Yeni bilgiler, danışanlara sorunlarının o kadar da ender rastlanır olmadığını ve daha çözülebilir olduklarını gösterecek ek bir bakış açısı verir.

Terapi Dışında Görevler Vermek (Ev Ödevleri)

Terapistler, danışanların terapideki olumlu değişimleri "gerçek dünyaya" aktarmalarını cesaretlendirmek amacıyla, sıklıkla danışanlardan terapi ortamı dışında görevler gerçekleştirmelerini isterler. Terapistlerin büyük bir yüzdesi ev

ödevi vermektedir ve bu uygulama pek çok psikoterapi yaklaşımında giderek yaygınlaşıyor gibi görünmektedir (Kazantzis ve Deane, 1999; Ronan ve Kazantzis, 2006). Davranışçı ve bilişsel-davranışçı terapistler, terapi ofisinde öğrenilen yeni becerilerin genelleştirilmesini sağlamanın etkili bir yolu olduğuna inanarak, ev ödevi vermenin her zaman savunucusu olmuşlardır (Nietzel, Guthrie ve Susman, 1991). Psikodinamik yönelimli uygulamacılar, sistem-yönelimli psikoterapistler ve hatta danışan-merkezli terapistler bile sıkça ev ödevi vermektedir (Allen, 2006; Ronan ve Kazantzis, 2006). Ev ödevlerini yerine getiren danışanlar, ödevlerini yapmayan danışanlara göre terapiden daha çok yarar sağlıyor gibi görünmektedir (örn., Burns ve Spangler, 2000).

Değişim İçin İnanç, Umut ve Beklentileri Geliştirmek

Bütün terapi sistemlerinde ortak olan işlemlerin tümü, danışanda değişim için inanç, umut ve beklentileri yükseltmeyi içerir ve bunlar sıklıkla psikoterapötik iyileşmeye asıl katkıda bulunan etkenler olarak anılır. Olumlu beklentilerin iyileştirici gücü sadece psikoterapiyle sınırlı değildir. Örneğin, denir ki, tıbbi tedavi tarihi büyük oranda plasebo etkisinin tarihidir (Shapiro, 1971). Bazı terapi teknikleri, çarpıcı ya da ileri teknoloji göründükleri için ya da kişisel değişimi en iyi şekilde sağlamayla ilişkili kökleşmiş kültürel normlardan yararlandıkları için beklentileri yükseltme ve plasebo etkileri göstermede özellikle etkili olabilir.

Klinisyenler, terapi başarısının, terapistin kullandığı özel tekniklerden çok plasebo etkisine bağlandığı düşüncelere çok alışkındırlar. Psikoterapideki plasebo etkilerinin farkında olmak, ne özel tekniklerin önemini, ne de özel tekniklerin farklı çalışma şekillerini anlamaya olan ihtiyacı yok eder. Bunun anlamı, etkili herhangi bir terapinin önemli unsurlarından birinin (hatta bazılarına göre en önemli unsuru), olumlu değişikliklerin elde edilebilir olduğuna danışanın inanmasını sağlamak olduğudur (Orlinsky, Grawe ve Parks, 1994).

Yarı sanat ve yarı bilim olarak psikoterapi, her ikisini saran mistik havadan da fayda sağlamaktadır. Danışanlar sıklıkla, mucizeler yaratabilecek bir uzmanın yürüttüğü benzersiz, güçlü bir deneyim yaşayacakları inancıyla terapiye başlarlar. Terapinin algılanan gücü, gerçekten terapiye ihtiyacı olup olmadığı konusunda uzun zaman endişe yaşadıktan sonra terapiye başlayan danışanlarda sıklıkla bir miktar daha artmaktadır. Bu içsel çelişki çözüldüğünde, danışan korku, umut ve rahatlamanın karşımı olarak nitelendirilen terapinin büyük kısmına önemli bir duygusal yatırım yapmış olur.

Terapistler, sorunu anladıkları ve terapi ilişkisi içinde her iki tarafın da çok çalışma ve bağlılığı ile istenen değişimlerin mümkün olduğu konusunda güvence sağlayarak danışanların psikoterapinin gücüne olan inançlarını güçlendirirler. Danışanın "duyuluyorum ve anlaşılıyorum ve bana yardım edilebilir" algısı, doktorun bir hastasının gizemli fiziksel belirtileriyle karşılaştığında sergilediği

serinkanlı güvenin yarattığı sakinleştirici etki kadar önemlidir. Pek çok terapist, terapinin neden etkili olacağına dair kurama dayalı bir *rasyonel* sunarak bu bakış açısını desteklemektedir.

Terapist, terapiyi başarı için danışanın motivasyonunu ve beklentilerini artıracak şekilde yapılandırarak, danışanın mümkün olan en kısa sürede gerçekten bir başarı deneyimi yaşamasını garanti altına almaya çalışır. Bu başarı başlangıçta çok küçük olabilir, örneğin terapistin basit bir yorumuyla sınırlı bir içgörü kazanma ya da çok zor olmayan bir ev ödevini başarıyla tamamlama gibi. Her ne olursa olsun, amaç danışanın beklentilerinde bir çeşit değişim yaratmaktır. Terapinin başlangıç aşamalarında pek çok küçük değişimin birikimli etkisi, danışanın hayatını kontrol edebileceği ve sorunlarının anlaşılabilir ve çözülebilir olduğu konularında güvenini pekiştirmeye yardım eder. Danışanların geliştirdiği olumlu beklentiler ne kadar doğrulanırsa o kadar büyür. Danışanlar anlamlı değişimlerin mümkün olduğuna inandıkça, daha da kararlılıkla bu değişimlerin peşine düşerler ve bu daha fazla başarıyı mümkün kılar (Howard, Lueger, Maling ve Martinovich, 1993). Tüm bu süreçte, terapist, değişimin danışanın kişisel çabalarının sonucu olduğunu ona göstererek, danışanın öz-saygısını artırır (Bandura, 1982).

Bu Kısmın Özeti: Psikoterapideki farklı yaklaşımların benzer hedefleri vardır. Farklı derecelerde olsa da hepsi, danışanın sıkıntısını azaltma, içgörü kazanmasına yardım etme, kendini ifade etmesini cesaretlendirme, danışanı eğitme, seans içinde öğrendiklerini dış dünyaya transfer etmesini kolaylaştırma ve olumlu beklentiler geliştirme üzerinde çalışır.

KLİNİK MÜDAHALELERDE ETİK ESASLAR

Bu Kısma Bakış: Etik kurallar terapötik ilişkinin tanımlanmasına ve şekillendirilmesine yardım eder. APA, kendi etik kodlarında başlıca ilkelere yer vermektedir. Daha özel durumlar ve danışan popülasyonlarıyla çalışan uygulamacılara yardım etmek için ise bunun için tasarlanmış yayınlarda başka ilkeler de önermektedir.

Psikoterapi uygulaması, terapistin etik ve profesyonel ilkelere bağlılığıyla şekillenir. Bu bağlılık danışanı korur ve ilişkiyi dış güçlerin olumsuz etkisinden korur. Fakat etik esaslar, danışanları ve terapistleri yasal tehlikelerden korumaktan çok daha fazlasını yapar. Etik ilkeler, klinisyenin her gün, hatta her an verdiği kararlara sıkı sıkıya bağlıdır (Sperry, 2007). Mesela, şu örneklere göz atalım: Depresif bir danışan bir terapisti evinden arar ve aynı akşam bir acil durum seansı yapmayı ister. Danışanın bu ricası kabul edilebilir mi? Bir terapist bir toplantıda danışanlarından birini vaka (takma bir isim kullanarak) olarak sunmak istiyor. Bunu yapabilir mi? On dört yaşında bir danışan, babasının 12 yaşındaki erkek kardeşine ve annesine vurduğunu bildiriyor, fakat terapistine iki haftada bir yapılan aile terapisi seansında bu konu hakkında hiçbir şey söylememesi için yalvarıyor.

Terapist danışanın bu arzusuna uymalı mıdır?

Bu klinik durumların her biri etik meseleler içermektedir ve bazıları birbiriyle rekabet eden etik konularda denge sağlamayı gerektirmektedir (örn., bakım verme görevine karşı uygun profesyonel sınırları sürdürme gerekliliği).

APA Etik Kuralları

Klinik psikologlar için etik ilkelerin ana kaynağı, *Psikologlar için APA Etik İlkeleri ve Davranış Kuralları (APA Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct,* APA Ethics Committee, 2002b). Bu adın imâ ettiği gibi, bu iş iki ana bölümü içerir: (a) Genel İlkeler ve (b) Etik Standartlar. Genel İlkeler beş tanedir:

1. Yararlılık ve Zarar Vermemek
2. Sadakat ve Sorumluluk
3. Doğruluk
4. Adalet
5. İnsan Haklarına ve Onuruna Saygı

Etik Standartlar 10 tanedir ve her biri bölümlere ve alt bölümlere ayrılmakta, sonuçta psikologlar için 151 etik kural sıralanmaktadır. Mesela 10. Bölüm psikoterapiyi kapsar ve bilgilendirilmiş onam, çift ya da aileyi içeren terapi, danışanla cinsel yakınlaşma ve bunun gibi bölümlere sahiptir. Tablo 6.3 birtakım klinik durumları tanımlamakta ve uygulamadaki Etik Kuralları göstermektedir.

Dört etik mesele, psikoterapistler için çok önemlidir (Sperry, 2007). Bazen "mahşerin dört atlısı" olarak anılan bu meseleler; gizlilik, yetkinlik, bilgilendirilmiş onam ve çıkar çatışmasıdır.

TABLO 6.3

Terapistlerin Karşılaşabileceği Etik İkilemlere Örnekler

Etik İlgileri Harekete Geçiren Durum	APA Etik Kurallarının Uygulanabileceği Bölümleri
Terapi sürerken, bir danışan kız arkadaşını öldürmekle ilgili düşünceleri olduğundan bahsediyor	4.01 Gizliliğin sürdürülmesi 4.02 Gizliliğin sınırlarının tartışılması
HIV testi pozitif çıkan bir danışan terapistine korunmasız cinsellik yaşamaya devam ettiğini itiraf ediyor.	4.01 Gizliliğin sürdürülmesi 4.02 Gizliliğin sınırlarının tartışılması

TABLO 6.3 devamı

Terapistlerin Karşılaşabileceği Etik İkilemlere Örnekler

Etik İlgileri Harekete Geçiren Durum	APA Etik Kurallarının Uygulanabileceği Bölümleri
Grup terapi sürerken, bir terapist grup üyelerinden birinin arkadaşıyla başka bir grup üyesi hakkında konuşarak gizlilik ilkesini ihlâl ettiğini öğreniyor.	10.03 Grup terapi
Mahkeme bir danışanın ya tedavi alması ya da cezaevine gitmesi kararı veriyor. Danışan tedaviye geliyor, ancak tedaviye uyum sağlama ya da yatırım yapma konusunda isteksiz.	3.07 Üçüncü kişilerden gelen hizmet istekleri
Evli bir çifti tedavi eden bir terapist, boşanma davasında bir tarafa şahitlik etmesi için çağrılıyor.	10.02 Çift ya da aileyi kapsayan terapi
Bir terapist bir seminerde bir hastasını vaka olarak sunmak istiyor, fakat danışan gizli kalmak istiyor.	4.07 Gizli bilginin öğretme veya başka bir amaçla kullanılması
Bir terapist bir danışanının eski kocasıyla romantik bir ilişki kurmayı düşünmeye başlıyor.	10.06 Terapisi süren bir danışanın/ hastanın akrabalarından veya onun için önemli kişilerden birileriyle cinsel yakınlaşmalar.
Bir terapist, meslektaşlarından birinin, araştırmaların yararından çok zararı olduğunu söylediği tartışmalı bir terapiyi kullandığını öğreniyor.	1.05 Etik ihlâlleri bildirmek 2.04 Bilimsel ve profesyonel yargılar için esaslar

Gizlilik, terapistin danışanın kişisel mahremiyetini koruması ve bazı özel durumlar haricinde, danışanın terapide paylaştığı bilgileri açıklamaması anlamına gelir (Gizliliğin kırılmasını gerektiren özel durumlar Etik Kodlarda tanımlanmakta ve "Klinik Psikolojide Mesleki Konular" başlıklı 15. Bölüm'de daha ayrıntılı tartışılmaktadır). Gizlilik klinisyenleri, danışanlarının iyiliğini en önemli öncelik saymaya mecbur kılmaktadır. Çok az bir istisna dışında, terapistin sorumluluğu tek bir kaygı tarafından yönlendirilmelidir: *Danışanım için en iyi olan nedir?*

Yetkinlik, klinisyenlerin sadece uzmanı oldukları alanda profesyonel sorumluluk alacakları ve uygulama yapacakları anlamına gelmektedir. Klinisyenler, bilimsel ve profesyonel bilgiye dair yüksek standartları koruyacaklardır. Yetkinliği ölçmek zordur, yine de yetkinlik eğitim, beceri eğitimi, deneyim ve belgelendirilmiş yeterliliklerin bir bileşimine dayanmaktadır. Uygulamada bu, gerekli bilgi, beceri eğitimi ve süpervizyon gözetiminde deneyimleri almadan klinik de-

ğerlendirme veya terapötik uygulamalar yapmayacakları, aynı zamanda, tanımadıkları popülasyonlarla terapi yürütmeyecekleri (kültürel yetkinlik) anlamına gelmektedir. Yetkinlik belki de, bir 'ya - ya da' koşulundan çok (örneğin yetkin ya da yetkin değil) bir gelişim süreci olarak daha iyi anlaşılır. En son noktada yetkinlik gerekliliği, tüketicileri bariz kötü uygulamalardan korur, aynı zamanda da klinisyenleri uzun bir staj ve eğitim kariyerine kalkışmaları için motive etmeye de yardımcı olur.

Bilgilendirilmiş onam, terapisti gizliliğin sınırları, tedavinin potansiyel sonuçları ve danışanın tedaviye başlama isteğini etkileyebilecek diğer şeyler hakkında danışanı bilgilendirmekten sorumlu tutar. Mesela, evlilik terapisi yürüten bir terapist danışanlarını tedavinin olası sonucu olarak boşanmaya karar verebilecekleri konusunda bilgilendirir.

Çıkar çatışması, terapistin terapötik sınırları ya da terapötik "çerçeveyi" sürdürme yükümlülüğünü kastetmektedir. 4. Bölüm'de tartışıldığı gibi, çalışma yapısı terapötik ilişki içinde ortaya çıkacak olan roller ve etkileşim örüntüleri hakkındaki birtakım beklentileri içerir. Bir çıkar çatışması, terapistin kişisel çıkarlarının danışanın en önemli çıkarları ile rekabet ettiği zaman ortaya çıkar. Bazı çıkar çatışmaları çok küçük olabilir, mesela bir terapistin bir danışanla seans sırasında zorlandığını açığa vurmasının danışanın iyiliği için mi yoksa sadece kendi rahatlaması için mi olacağına karar vermesi gerektiği zamanda olduğu gibi. Fakat çıkar çatışmaları çok büyük de olabilir, mesela terapistin bir danışanıyla veya eski bir danışanıyla cinsel bir ilişki planı kurması gibi.

Etik kurallar uygulamacıları ne yapmaları ya da ne yapmamaları konusunda yönlendirmesine rağmen, bu kuralların klinisyenlerin karşılaşacağı bütün durumları kapsamadığına dikkat etmek önemlidir. Aslında, bir önceki örnekte bahsedildiği gibi, klinik kararlar sıklıkla etik meselelerin bir dengesini içerir. 15. Bölüm'de terapötik ilişkinin profesyonel ana hatlarını daha ayrıntılı tartışmaktayız. Aynı zamanda, etik ilkelerin klinik uygulamaları nasıl etkilediğine yönelik pek çok kitap da vardır. Etik ilkelerin klinik kararlarla nasıl ilişkili olduğunu çok hoş anlatan üç tanesi şunlardır; Nagy (2005), Pope ve Vasquez (2005) ve Sperry (2007). Uygulamada özel alanlarda çalışan klinisyenler için APA'nın yayınladığı birkaç kılavuz kitap da vardır. Aşağıdaki örnekler APA'nın internet sitesinde bulunabilir, diğerleri Pope ve Vasquez'in (2005) kitabının ekler bölümünde görülebilir.

- Boşanma Sürecinde Çocuk Vesayetini Değerlendirme için APA Kılavuzu
- Yaşlı Yetişkinlerle Yürütülen Psikolojik Uygulamalar için APA Klavuzu
- Etnik, Dilbilimsel ve Kültürel olarak Farklı olan Popülasyonlara Psikolojik Hizmet Sağlayanlar için APA Klavuzu
- Lezbiyen, Gey ve Biseksüel Danışanlarla Psikoterapi için APA Klavuzu
- Telefon, Telekonferans ve İnternet Servislerinde APA Yönergesi

Etik ve Terapistin Değerleri

Danışanlar değer-ilişkili konularla mücadele ettikleri zaman, aynı şekilde terapistler de mücadele etmektedirler. Özelikle de terapistin sahip olduğu değerler danışanınkinden farklı ise. Aslında, her terapistin belli bir dereceye kadar zorluk çıkaran bazı sevdiği değerler vardır demek yanlış olmaz. Bazı zorluklar küçük görünmektedir. Örneğin, profesyonel güreşin hayattaki en önemli ve heyecan verici şey olduğunu düşünen mahkeme tarafından yönlendirilmiş bir ergenle çalışırken terapist onu bunun aksine iknâ etmeli midir? Diğer zorluklar daha büyük olabilir, mesela terminal dönem kanser hastası olan depresif bir danışan intihar planları yapıyor olabilir; bu durumda terapist onu kendini öldürmemesi için iknâ etmeye çalışmalı mıdır? Tablo 6.4 terapide gündeme gelebilecek değer yüklü diğer pek çok konuyu listelemektedir.

TABLO 6.4

Terapi Sırasında Ortaya Çıkabilecek Değer-Yüklü Konular

kürtaj	hayvan hakları	intihara yardım
doğum kontrol tercihleri	kariyer seçimleri	çocuk istismarı ve ihmâli
suça yönelik eylemler	ölüm ve ölüyor olmak	diyet tercihleri
ev içi şiddet	yasadışı örgüt üyeliği	cinsiyet rolleri
sağlığı koruma tercihleri	evlilik ve beraber yaşama	tıp etiği
politika	evlilik öncesi cinsellik	ırkçılık ve cinsiyet ayrımcılığı
dini inançlar	dini uygulamalar	cinsel yönelim
cinsel eylemler	madde kötüye kullanımı	çevreye yönelik eylemler
intihar	ilişkide güç kullanma	kilo alımı ve kilo verme

KAYNAK: Brems (2001), s. 46.

Psikoterapideki değer çatışmasını nasıl ele alacağımıza karar vermek için net bir formül yoktur. Tabii ki Etik Kurallar kullanılabilir, ancak bunların nasıl kullanılacağı her vaka için net olmayabilir. Kendinin farkında olan terapistler kendi değerleri ve bunların tedaviyi nasıl etkileyebilecekleri hakkında net olmalı ve değer çatışmasıyla karşılaştıkları zaman karar vermelidirler. Değerlerini bir kenara bırakmalı ve danışanı mı takip etmeli, danışana değerlerinin nasıl farklılaştığını mı açıklamalı, danışanın bakış açısını değiştirmeye mi çalışmalı, kendi bakış açılarını mı değiştirmeye çalışmalı, danışanla çalışmayı sona mı erdirmeli ya da diğer bazı fikirleri mi benimsemelidirler? Pek çok terapist, değer çatışmasının terapötik ve kişisel doğurgularını süpervizörler veya meslektaşlarla tartışmayı çok yardım edici bulmaktadırlar. Burada yine, tartışmalara zemin sağlamak için APA Etik Kuralları yardım etmektedir.

Bu Kısmın Özeti: Klinik Uygulamalara, psikoterapiyi de içeren pek çok alanda genel ilkeler ve spesifik standartlar sağlayan APA Etik Kuralları kılavuzluk etmektedir.

Gizliliği, yetkinliği, bilgilendirilmiş onamı ve çıkar çatışmalarını içeren standartlar, psikoterapi uygulamalarındaki en önemli unsurlardır. Sıklıkla sadece kötü uygulamalardan veya diğer zararlardan kaçınmak için yararlı olduğu düşünülse de, Etik Kuralların klinisyenin değerlerinin danışanınkilerle çatıştığı durumları da içeren pek çok alanda klinik karar verme süreci açısından paha biçilmez bir yardımı vardır. Diğer kuralların ve ana hatların pek çok çeşidi, uygulamada kaçınılmaz olarak ortaya çıkacak olan etik ve kişisel ikilemlerde klinisyene yol göstermeye yardım etmek için vardırlar.

KLİNİK MÜDAHALELERİN UYGULAMADAKİ BAZI ÖZELLİKLERİ

Bu Kısma Bakış: Burada her tür psikoterapide karşımıza çıkan bazı uygulamayla ilgili soruları ve işlemleri ele almaktayız. Bunlar; tedavi süresi, ücretlendirme, kayıt tutma, tedavi planı, terapistin kendini ortaya koyması ve sonlandırma gibi işlemleri içermektedir.

Psikoterapiyle ilgili uygulamadan doğan çok sayıda soru vardır: Psikoterapi ne kadar sürmelidir? Ücreti ne kadar olmalıdır? Terapist hangi kayıtları tutar? Terapistler psikoterapi sürecinde kendileri hakkında konuşurlar mı? Terapistler hangi tedavi yöntemini seçeceklerine nasıl karar verirler? Şimdi bütün bu soruları birlikte ele alalım.

Tedavinin Süresi ve Ücreti

Tedavinin süresi, bozukluğun tipi ve şiddetine, danışanın motivasyonuna ve diğer özelliklerine, terapistin beceri ve yönelimine ve tedavi için ayrılan bütçeye bağlı olarak, tek oturumdan birkaç yıla kadar bir aralıkta değişebilir. Geleneksel psikanalitik tedavi sıklıkla yıllarca sürer ve pek çok durumda danışanla haftada birkaç kez görüşülür. Bugün artık bu gibi tedaviler görece ender bulunmaktadır, bireysel psikoterapi alan danışanların çoğuyla haftada bir görüşülmekte (bazen daha az, bazen daha çok) ve seanslar ortalama 45-55 dakika sürmektedir. Grup seansları tipik olarak 90 dakikadan 120 dakikaya kadar uzamaktadır.

Psikolog tarafından belirlenen tek seans ücreti önemli derecede değişmektedir ve ücretler konusunda özet bir bilgi almak oldukça güçtür. Bununla birlikte, artık klinikler ve özel çalışan uygulamacılar ücretlerini ve hizmetlerini internetten duyurdukları için, psikoterapi ücretlerinin önemli derecede değiştiğini görmek kolaydır. Colorado'dan psikologlarla yapılan bir çalışmada (Newlin, Adolph ve Kreber, 2004), 45-50 dakikalık bir psikoterapi seansının ortalama ücretinin seans başına erkek psikoterapistler için 92.50 dolar ve kadın psikoterapistler için 90.00 dolar olduğu bulunmuştur. Yerleşim yeri (kırsal ya da şehir gibi), klinisyenin eğitim seviyesi ve parasal kaynaklar gibi pek çok etken ücretlendirmeyi etkiler. Bununla birlikte, psikologlar ya da bağlı bulundukları kurumlar, ihtiyacı olan danışanlara sıklıkla ücretsiz ya da indirimli hizmet sağlarlar ve belirli psikolojik

değerlendirme ve hizmetlere ödemeleri sınırlı olan sigorta şirketlerinden düşük ödemeleri kabul ederler.

Kayıt Tutma

Psikoterapistler danışanlarına sağladıkları hizmetlerle ilgili iyi kayıt tutma konusunda etik olarak sorumludurlar. *APA Kayıt Tutma Kılavuzu* (APA, 1987), bu yükümlülüğün sınırlarını çizen temel yazılı kaynaktır. APA'nın pek çok kılavuzunda olduğu gibi, bu kılavuz da kayıtların nasıl tutulması gerektiğiyle ilgili kesin talimatlar vermez. Bunun yerine, kayıtlar, kayıtların kontrolü ve saklanması ve kayıtların açıklanması hakkındaki temel içeriğin ana hatlarını gösterir. Psikologlar (a) danışanlarının kimlik bilgileri, (b) hizmetlerin tarihleri ve tipleri, (c) ücretlendirme, (d) psikolojik değerlendirme sonuçları, (e) tedavi planı ve (f) danışan hakkında diğer kişilerden aldığı bilgiler hakkında kayıt tutmalıdırlar. Bu kayıtlar, başka bir meslektaşın bu vaka hakkında gerek duyulduğu koşulda alması gereken bilgileri edinmesine izin verecek miktarda ayrıntı sunmalıdır. Kısaca, iyi kayıt tutmak danışanın, klinisyenin ve içinde bulunulan kurumun yararı için tasarlanmıştır. Eğer klinisyen yasal işlemlerle, kayıtları gözden geçirmeyle, özellikle de etkililik kayıtlarını gözden geçirme ile uğraşıyorsa, iyi kayıtlar ayrıca değerli olabilir ve verdiği hizmetleri iyileştirme yollarını bulma konusunda klinisyeni motive edebilir.

Vaka Formülasyonu ve Tedavi Planı

3. Bölüm'de değerlendirme işlemi için, klinisyenin başvuru sorusunun yanıtını alması ve netleştirmesiyle başlayan ve değerlendirme sonuçları için iletişim kurmasıyla sonlanan genel bir model sunmuştuk (bknz., Şekil 3.1). Psikoterapi değerlendirme ile işe başlar, ancak yapılandırılmış görüşmeler veya psikolojik testler gibi formal işlemleri içermeyebilir. Tedavi amaçları için değerlendirme, danışanın sorunları için bir kavramsallaştırma olan klinisyenin *vaka formülasyonuyla* sonuçlanır. Vaka formülasyonları (vaka çalışması rehberleri) klinisyenin kuramsal yönelimine göre farklılaşır (bknz., 2. Bölüm), fakat her formülasyondaki kritik bileşenler, tedavi planında kullanılabilecek vaka hakkındaki olgular ve izlenimlerdir. Kısaca, *tedavi planlamak* vaka formülasyonuna bağlıdır, o da değerlendirmeye bağlıdır.

Tedavi Planlamada Üç Yaklaşım. Makover (2004), tedavi planlamada üç yaklaşım tanımlamaktadır. Bu yaklaşımlardan ilki, *terapiste-dayalı tedavidir.* Fakat bu yaklaşım yönelime-dayalı ya da kurama-dayalı tedavi olarak da anılır. Bu yaklaşımda, terapist psikoterapi için temel bir kuramsal yönelim öğrenir (psikodinamik, davranışçı ya da diğerleri gibi) ve her danışanında bunu kullanır. 1950'lere kadar tedavinin baskın şekli psikanalizdi. Yavaş yavaş diğer yaklaşımlar ortaya çıkmaya başladı ve her biri kendinin daha etkili olduğunu iddia etti.

Terapistler ve lisans sonrası eğitim programları, psikoterapinin bu başat "okullarından" birisinin arkasına adlarını yazdırırlar ve seçici bir şekilde o yaklaşımın ne kadar üstün olduğunu gösteren araştırma sonuçlarını kanıt olarak gösterirlerdi. Bugün hâlâ bazı klinisyenler ve lisans sonrası eğitim programları kendilerini ana tedavi yaklaşımlarından birine ait görmektedirler. Bu kişiler danışanların farklı olduklarını ve tedavi planının bu farklılıklara göre değiştiğini kabul etmektedirler, fakat önerdikleri tedaviler hâlâ tek bir kuramsal yaklaşımın şemsiyesi altındakilerden biri olmaktadır.

Yıllar geçtikçe, tedavi planlamada terapiste-dayalı yaklaşım pek çok klinik uygulamacı ve araştırmacının gözünde değer kaybetmeye başladı ve bunun yerini *tanıya-dayalı tedavi* yaklaşımı aldı. Bu yaklaşıma göre, tedavi şeklini terapistin yönelimi değil, danışanın tanısı belirler. Tıbbi tedaviyi model alan, tedavi planlamadaki bu yaklaşım spesifik tanılar ile bu tanı için en etkili tedavi arasında bağlantı kurar (10. Bölüm'de görgül olarak desteklenmiş tedaviler hakkındaki tartışmamıza bknz.,). Pek çok klinisyenin tedavi seçiminde tanıya-dayalı tedaviyi klinisyene-dayalı tedaviden daha bilimsel bulmasına rağmen, bu yaklaşım da gözde yerini kaybetmiştir. 3. Bölüm'de tartıştığımız gibi, tanı tam gerçeği yansıtmaz. Bunun da ötesinde, bu bölümün daha önceki kısımlarında söylediğimiz gibi, çok fazla sayıda araştırma, tedavi sonuçlarındaki anlamlı değişimlerden danışanın tanısından çok diğer etkenlerin (terapötik ittifakın kalitesi gibi) sorumlu olduğunu göstermektedirler.

Sonuca-dayalı tedavi, tedavi planını tedavi sonuçlarını etkileyebilecek tüm etkenlere temellendirmeye çalışır. Bu etkenlerden bazıları danışanla (tanı, kişilik özellikleri gibi), bazıları terapistle (yönelim, teknikler, kişilik özellikleri gibi) ve bazıları durum ya da meydana gelen özelliklerle (tedavi ortamı, terapötik ittifak gibi) ilişkilidir.

Çok yönlü, sonuca-dayalı tedavi ile ilgili bir örnek, Beutler ve Clarkin (1990) tarafından geliştirilen ve daha sonra sadeleştirilen (bknz., Beutler ve Groth-Marnat, 2003; Beutler ve Harwood, 2000) *Sistematik Tedavi Seçimi (STS)* yaklaşımıdır. Tablo 6.5, bu tedavi planlama yaklaşımında toplanan bilgileri göstermektedir. Bu bilgi görüşmelerden, gözlemlerden, öyküden ve testlerden elde edilebilir. Buradaki düşünce, terapi işlemlerinin ince ayarını tüm bu bilgilerden geliştirilen bir anlayışa dayanarak yapmaktır. STS aynı zamanda, Klinisyenin Derecelendirme Formu-D'nin (Fisher, Beutler ve Williams, 1999) geliştirilmesine yol açmıştır. Bu form STS için gerek duyulan verinin değerlendirmesini tutmak için düzenlenmiştir. Bilgisayar ortamına uyarlanmış formunda, ölçeğin doldurulması danışanların 20 ile 40 dakikalarını almaktadır (Fisher, Beutler ve Williams, 1999).

TABLO 6.5

Sistematik Tedavi Seçiminde Aranan Bilgiler

Yatkınlaştırıcı Danışan Etkenleri

Sorunun özellikleri: belirtiler, işlevsellikte bozulma, karmaşıklık/kroniklik

Kişilik özellikleri: başa çıkma stilleri, savunmacı özellikleri, öznel sıkıntıları, kendine güveni, değerleri ve güçlü yanları

Çevre: sosyal destek, sosyal geçmiş, olumlu işlevselliğin kapladığı alan

Tedavi Bağlamı (Bakım Düzeyi)

Ortam: bakımın kısıtlayıcılığı

Yoğunluk: tedavinin sıklığı ve uzunluğu

Mod: farmakolojik, psikososyal ya da her ikisi.

Format: ilaç tedavisi ya da psikososyal tedavi şekli (bireysel, grup, aile, çift terapisi gibi)

Terapi Prosedürleri ve Terapist İlişki Kalitesi

Terapist ve danışanın demografik özellikleri ve inançlarının eşleşmesi

Terapötik eylemler: yönlendirme, içgörü ya da beceri ve belirtiye odaklanma, katartik ya da destekleyici olma, terapistin beceri ve deneyimi.

Terapötik ittifak kalitesi: iş birliğinin ve ilişkinin gücü

Danışanla Terapinin Uyuşması

İşlevsellikteki bozulmanın ve karmaşıklığın ortam, yaklaşım, format ve tedavi yoğunluğu ile uyuşması

Başa çıkış stilinin içgörü yönelimli ya da belirti/görev odaklı tedavi ile uyuşması

Kişilik özellikleri şeklindeki direnç ile terapistin yönlendiriciliğinin uyuşması

Öznel sıkıntı düzeyinin terapistin destekleyici ya da katartik yaklaşımı kullanması ile uyuşması

KAYNAK: L. E. Beulter ve G. Groth-Marnat (2003), s. 8.

Vaka Örneği. Aşağıdaki örnek Beutler and Groth-Marnat (2003) tarafından sunulan bir vakanın kısaltılmış halidir ve Sistematik Tedavi Seçimi (STS)'nin bazı özelliklerini göstermektedir.

RW 22 yaşında Meksika kökenli Amerikalı bir kadındır. Belirgin bir agorafobinin eşlik ettiği panik ataklar, sosyal fobi ve belirgin derecede paranoid düşüncelerin olduğu bir şikayet öyküsüne sahiptir. Geçici olarak farklılaşmamış şizofreni (295.9) ve sosyal fobi (300.23) tanısı almıştır. Geçmiş öyküsünde, büyük oranda reşit değilken bir lise öğretmeni ile yaşadığı uzun süreli ve yasadışı bir ilişkiden kaynaklanan, sosyal olarak kimseye güvenmeme ve izolasyon görülmektedir (ss. 80-81).

Klinisyen RW'nin geçmiş öyküsü hakkında bilgi toplamış ve STS Danışan Değerlendirme Formu ve Minnesota Çokyönlü Kişilik Envanteri-II gibi değerlendirme araçları kullanmıştır. Bunlar tedavi için önemli olan bazı danışan özelliklerini göstermiştir: dışsallaştırmaya eğilim, zarar görme beklentisi ve korkuları, diğerlerinin fikirlerine ve eleştirilerine aşırı duyarlılık, otoriteye direnç, kontrolü ya da otonomiyi kaybetme endişeleri, karmaşık/kronik sorunlar, orta düzeyde sıkıntı ve yeterli derecede sosyal destek.

> Bu özellikler psikoaktif ilaç tedavisi ve terapiyi içeren, yönlendirici, kısmen danışan-odaklı ve fazla yüzleştirici olmayan uzun süreli bir tedavinin gerekliliğine işaret etmekteydi.
>
> Dışsallaştırma eğilimi ise ayrı ayrı belirtilere odaklanma ihtiyacını ve somut ve yapılandırılmış bir yaklaşımdan yararlanmak gerektiği izlenimini oluşturmaktaydı. Ancak böylece danışan, daha etkili düşünce ve duygu yönetimi, etkili kişilerarası beceriler konusunda eğitilebilir ve diğerlerinin motivasyonları ve davranışları hakkındaki şüphelerini test etmesine yardımcı olunabilir. Direncin yüksek seviyede olması ise yüzleşmenin derecesini azaltmak için terapistin aktivitelerine ek olarak danışanın kendini yönlendirmelerini de içeren bir tedavi planını akla getirmekteydi (s. 81).

STS, sonuca dayalı tedavi planlamanın ne ilk ne de tek yoludur. 1973 yılında Lazarus, klinisyenlerin müdahalelerini tasarlarken danışan hakkında geniş bilgi toplaması gerektiğini öne sürmüştü. Onun bu yaklaşımı BASIC-ID olarak adlandırılmıştı (Lazarus, 1973). Bu yaklaşımda, klinisyenlerin, danışanlarının Davranışları (**B**ehaviors), Duyguları (**A**ffects), Duyusal Deneyimleri (**S**ensory experiences), İmgelemleri (**I**magery), Bilişleri (**C**ognitions), Kişilerarası ilişkileri (**I**nterpersonal relationships) ve İlaca ihtiyaçları (need for **D**rugs) konularında yaptıkları değerlendirmelere bağlı olarak tedavi planlaması yapmaları önerilmektedir.

Gittikçe artan sayıda araştırmacı tedavi planlama yaklaşımları üzerinde çalışmaktadır. Bazıları belirli bir kuramsal yaklaşıma bağlı kalmakta, bazıları ise kuramsal açıdan nötr kalmaya çalışmaktadır (örneğin, Beutler ve Harwood, 2000; Johnson, 2003; Jongsma ve Peterson, 2003; Makover, 2004; Woody, Detweiler-Bedel, Teachman ve O'Hern, 2005).

Terapistin Nesnelliği ve Kendini Açması

Bir terapist kendi kişisel bilgilerini danışanına ne derece açmalıdır? Danışandan kendini açması beklenmektedir (aslında bu olmadan terapi yapmak imkansızdır), peki söz konusu terapist olduğunda durum nasıldır? Pek çok durumda terapistler, duygusal tepkileri, kendi hayatlarından özel olaylar vb. gibi kişisel bilgilerini paylaşıp paylaşmayacaklarına karar vermelidirler. Bu gibi paylaşımlara *terapistin kendini açması* denir. Örneğin, bir terapist rahatsız olma, sıkılma veya cinsel çekim hissetme gibi duyguları danışanına söylemeli midir? Bir terapist ailesinden birini kaybettiyse ve hâlâ yas içindeyse bunu ortaya koymalı mıdır? Bir terapist eski bir bağımlılığını, geçmiş bir boşanmasını veya kendi terapisiyle ilgili konuları danışanıyla tartışmalı mıdır?

Kendini açma ya da açmamada potansiyel bir takım riskler ve kazançlar vardır. Kendini hiç açmayan bir terapistin soğuk ya da çok resmi olarak algı-

lanma riski vardır ve bu durum terapötik ilişkiye zarar verebilir. Kendini çok sık açan bir terapistin ise dürtüsel, kendine odaklı veya danışan-terapist ilişkisinden uzaklaşmış olarak algılanma riski vardır.

Terapistin kendini açmasıyla ilgili çok sıkı kurallar yoktur ve bu konudaki uygulamalar terapistin kendisine ve kuramsal yönelimine bağlı olarak değişmektedir. Geleneksel psikanalitik terapistler kişisel bilginin verilmesine karşı katı yasaklamaları savunmaktaydılar. Modern psikodinamik yönelimli klinisyenler, mutlak kendini gizlemenin imkânsız bir ideal olduğunu, çünkü terapistlerin sözel veya sözel olmayan davranışlarında her zaman kendileriyle ilgili bir şeyleri açık ettiklerini fark ettiler (Gabbard, 2005), bu nedenle asgari düzeyde kendini açma kabul edildi. Diğer aşırı uçta, terapistin oldukça fazla kendini açmasını destekleyen bazı insancıl psikoterapistler bulunmaktadır. Onlar böyle yapılmadığı takdirde terapistin sahiciliğinin olmayacağını düşünmektedirler. Diğer yönelimlerden gelen terapistler, kendini açmanın kabul edilmesinde ortada bir yerlere düşmektedirler.

Hem etik hem de kuramsal esaslar da kendini açmayı etkileyebilir. Terapist, bir kendini açmanın danışanın yararına olup olmadığını kendine sormalıdır (ve bazen bunun hakkında birkaç saniye düşündükten sonra karar vermelidir). Terapötik ilişkinin yoğunluğu terapisti, profesyonel yönelimi bir kenara bırakmaya, bunun yerine acımak, engellenmek, düşmanlık, sıkılmak ya da cinsel çekim gibi daha spontan tepkiler vermeye ayartabilir. Etkili terapistler, bu tür kişisel ihtiyaçların terapiye karışma şekillerine karşı tetikte kalmaya çalışırlar (örneğin, kendini gözlemlemek). Burada her zaman sorulacak soru, terapistin kendini açması en net olarak kimin ihtiyaçlarına hizmet etmektedir?

Sonlandırma

Psikoterapiyi sonlandırma iki şekilde meydana gelir: tedaviyi tamamlayarak ya da tedaviyi tamamlamadan. Bu sonuncusu, *aşınma (attrittion)* ya da *erken sonlandırma* diye bilinir ve nedeni ne olursa olsun, danışanın henüz tedavi bitmeden terapiye devam etmeme kararı aldığı durumlarda oluşur.

Tedavinin bitiminde oluşan sonlandırma, muhtemelen hem danışan hem terapist için karışık duygular oluşturur. Bir taraftan, anlamlı bir ilişkinin kaybı danışanlar tarafından sıklıkla olumsuz bir etken olarak dile getirilir (Roe, Dekel, Harel, Fenning ve Fenning, 2006). Terapistler de sıklıkla bir kayıp duygusu yaşarlar. Diğer taraftan, danışan ve terapist, ortak çabaları ve başarıları üzerinde derinlemesine düşünebilirler. Danışanlar tipik olarak sonlandırmayı kendi bağımsızlık ve büyümelerinin bir kanıtı olarak yaşarlar. Başarılı bir tedavinin ardından sonlandırma, iki taraf için de olumlu bir yaşantıdır.

Bu Kısmın Özeti: Psikoterapiyi çevreleyen uygulamaya dair konular ücretlendirme, tedavinin süresi hakkındaki kararlar ve resmi kayıtların tutulması konularını içerir.

Tedavi planı yapma özel bir öneme sahiptir, çünkü psikoterapinin nasıl yürütüleceğini içeren aşamaları düzenler. Eğer başarılı bir şekilde yürütülürse, psikoterapinin sonlandırılması ve tedavi sonrası etkiler danışan için oldukça olumlu olacaktır.

BÖLÜM ÖZETİ

Klinik müdahale, danışanın davranışları, düşünceleri ve sosyal etkileşimlerinde arzu edilen değişimleri yaratmak için yapılan bilinçli girişimleri içerir. Yardıma ihtiyacı olan bir danışan, özel bir eğitimden geçmiş bir terapist tarafından görüldüğünde tedavi başlamış olur. Terapistler, klinik psikolojide, danışmanlık psikolojisinde, psikiyatride, psikiyatrik sosyal hizmetlerde, psikiyatrik hemşirelikte, aile danışmanlığında ya da diğer yardımcı profesyonellik alanlarında eğitilmiş kişilerden oluşur.

Psikoterapinin katılımcıları (terapistler ve danışanlar) bireysel güçlü ve zayıf yanlarını terapi ortamına getirirler. Çoğu klinisyen etkili bir terapinin bir takım terapist ve danışan katkılarıyla gelişen, nesnel fakat destekleyici bir ilişkiyle kolaylaştığı konusunda hemfikirdir. Etkili terapistler iletişim, ilişki kurma ve kendini gözlemleme gibi konularda ileri düzeyde eğitim ve kişilerarası beceri ihtiyacı duyarlar. Carl Rogers tarafından tanımlanan sahicilik, empati, koşulsuz olumlu kabul gibi özellikler, güçlü bir terapötik ilişki geliştirmede özellikle önemlidir. Motivasyon ve açık olma gibi danışan özellikleri de terapinin etkililiğine katkıda bulunur. Ancak, terapist ve danışan arasındaki bağ ve görev ve hedeflerde fikir birliği olarak tanımlanan terapötik ittifak, terapötik sonucun en iyi yordayıcılarından biridir.

Psikoterapi genellikle bireysel bir formatta ve ayakta tedavi ortamlarında yürütülür. Ancak, yatarak tedavi merkezlerinde de yürütülebilir. Her biri, terapinin meydana geldiği durumun ya da çevrenin bir bölümünü oluşturur.

Psikoterapi yaklaşımları birbirinden farklılaşsa da hepsi belirli ortak hedeflere (farklı derecelerde olsa da) ulaşmaya çalışır: duygusal sıkıntıyı azaltma, içgörü kazandırma, kendini ifade etmeyi destekleme, danışanı eğitme, terapide öğrenilenleri dış dünyaya transfer etme ve olumlu beklentiler geliştirme.

APA Etik Kuralları psikoterapiye rehberlik eder. Psikoterapi uygulamaları için en önemli olan standartlar gizlilik, yeterlik, bilgilendirilmiş onam ve çıkar çatışmalarıdır. Etik Kurallar klinik karar vermeyle ilişkili pek çok alanda çok değerli bir yardımcıdır. Klinik uygulamanın özgül alanlarına ilişkin pek çok diğer kural ve ilke de bulunmaktadır.

Psikolojik tedavilerde çok sayıda pratik konuyu göz önünde bulundurmak gerekir: ücretler, hizmetin tipi ve uzunluğu hakkında karar verme, kayıt tutma vb. Göz önünde bulundurulması gereken en önemli konulardan biri tedavi planlamasıdır. Bu, pek çok şekilde yapılsa da, görgül olarak ve etik olarak en iyi savunulabilecek olan psikoterapi sonuç araştırmalarına dayanan bir yaklaşım izlemektir.

ÇALIŞMA SORULARI

1. Psikoterapi ve psikoterapistler ile ilgili medya tasvirleri ne kadar doğrudur?
2. Kaç çeşit psikoterapi yaklaşımı vardır?
3. En bilinen psikoterapi yaklaşımları nelerdir?
4. Psikolojik bozukluğu olan kişilerin yüzde kaçı psikoterapiye başvurmaktadır?
5. Psikoterapiye başvuran kişiler arasında en sık rastlanan sorunlar nelerdir?
6. Tanı dışında hangi diğer danışan özellikleri terapi sonuçlarını etkiler?
7. Etkili psikoterapistler hangi kişilik özelliği ve becerileri sergiler?
8. Terapistin eğitimi terapinin etkililiğini nasıl etkiler?
9. Psikoterapötik çalışma için terapistlerin karşılaştığı kişisel zorluklar nelerdir?
10. Psikoterapötik ilişki nasıl kavramsallaştırılır?
11. Psikoterapötik ilişkinin terapi sonucu üzerinde ne gibi bir etkisi vardır?
12. Psikoterapi hangi ortamlarda yapılır?
13. Çoğu psikoterapi yaklaşımının ortak hedefleri nelerdir?
14. Psikoterapistlerin karşılaştığı etik kararlardan bazıları nelerdir?
15. Klinik psikologlar etik kararlar vermede hangi profesyonel ilkelerden ya da standartlardan yararlanırlar?
16. Psikoterapötik hizmetlerde tipik tedavi uzunluğu ve ücretleri nedir?
17. Psikoterapistler etik olarak kayıt tutmaya neden mecburdur?
18. Tedavi planlamasında sıklıkla kullanılan yaklaşımlar nelerdir?
19. Terapistin kendini açması konusunda terapistler nasıl bir duruş sergilerler?

WEB SİTELERİ

- APA Yardım Merkezi: http://www.apahelpcenter.org
- Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü: http://www.nimh.nih.gov/nimhhome/index.cfm
- Hastalık Kontrolü ve Önlenmesi Merkezleri: http://www.cdc.gov
- Psikoterapinin Mayo Klinik tarafından yapılan tanımı: http://www.mayoclinic.com/health/psychotherapy/MH00009

BÖLÜM 7

Çeviren:
Yrd. Doç. Dr.
Serap Tekinsav Sütcü

Psikodinamik ve İnsancıl Psikoterapiler

Bölüme Bakış: Bu ve sonraki iki bölümde psikoterapi konusundaki belli yaklaşımlara odaklanacağız. Gözden geçirmemiz danışanın ilkel içgüdülerine, bilinçdışı çatışmalarına ve ilişki kurma örüntülerine içgörü geliştirmesi gerektiğini vurgulayan Freud'un geleneksel psikanaliziyle başlayacaktır. Daha sonra geleneksel psikanalizle bazı fikirleri paylaşan diğer psikodinamik yaklaşımları ele alacağız. Ardından birey-merkezli terapiyi, Gestalt terapiyi içeren insancıl (hümanist) yaklaşımları ve varoluşçu ve fenemoneolojik tedavileri tanımlayacağız. Bunların hepsi, her bir danışanın dünyayı deneyimleme yolunun biricik olduğunu vurgular. Psikodinamik ve insancıl tedaviler ilişkisel yaklaşımlar olarak değerlendirilebilirler çünkü onlar tedavide terapötik ilişkinin rolüne çok fazla önem verir.

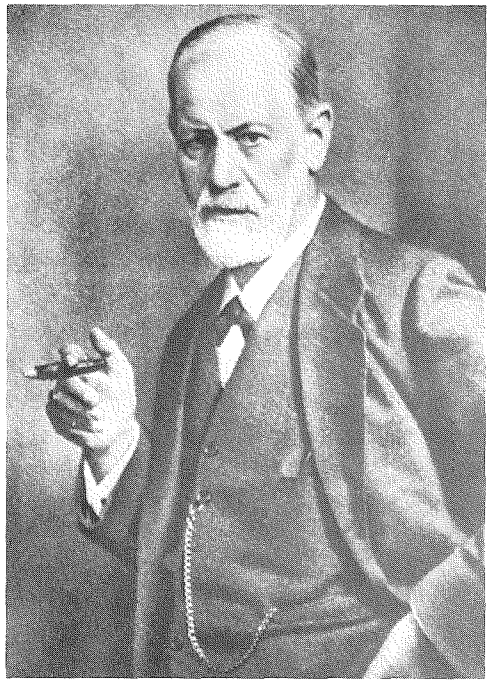
PSİKANALİZ

Bu Kısma Bakış: Geleneksel psikanaliz erken çocukluk ilişkilerinden kaynaklanan bilinçdışı çatışmaların ve kaygıya (anksiyeteye) karşı geliştirilen psikolojik savunmaların rolünü vurgulamaktadır. Danışanların terapiste, geçmişte ebeveynleriyle ve diğer önemli kişilerle ilişkilerinde olduğu gibi tepki vererek, terapide bu çatışma ve savunma belirtilerini ortaya koyacakları varsayılır. Terapist, danışanın eski ilişki örüntülerini terapötik ilişkiye aktarmasına odaklanarak, danışanın uyumsuz davranışlarını ve bunları harekete geçiren bilinçdışı nedenleri yorumlayabilir. Bu yorumlar, danışanın geçmişten gelen çatışmaları ve hastalık belirtileriyle ilişkili davranış örüntüleri konusunda içgörü geliştirmesine yardımcı olur.

"Klinik Psikolojinin Geçmişi ve Bugünü" başlıklı 2. Bölümden hatırlarsanız, Avrupa'daki nörologlar (örn., Charcot, Breuer) felç gibi tıbbi olarak açıklanamayan bazı hastalık belirtilerinin, hipnotik telkin yoluyla bazen ortadan kalktığını bulmuşlardı. Viyanalı bir nörolog olan Sigmund Freud, bu vakalara özel bir ilgi

gösterdi ve bu hastaları psikolojik bozukluklar ve onların tedavilerini içeren ve yaşamı boyunca süren çalışmasında temel olarak kullandı. Şimdi Freud'un tedavi yaklaşımına daha detaylı olarak bakalım.

Freud (1856-1939), Psikanalizi geliştirirken, bugün danışanın düşünce ve duygularının içten bir şekilde tartışılmasını içeren bir tedavi olarak bildiğimiz psikoterapinin kurucusu haline gelmiştir.



Sigmund Freud (1856–1939).

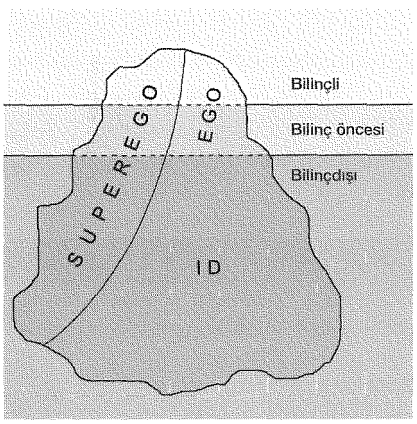
Şimdilerde daha modern pek çok tedavi yaklaşımı olmasına rağmen, bunların neredeyse hepsi Freud'un şu konuları vurgulayan fikirlerinin birini ya da birden fazlasını dile getirmektedir: a) kişinin gelişimsel geçmişi ve şu anki problemleri arasında ilişki olduğu, b) kişinin kendisine ilişkin farkındalığının olmayışının psikolojik problemlerin nedeni olduğu, c) konuşmanın bir tedavi yaklaşımı olduğu, d) terapötik ilişkinin iyileştirici bir faktör olduğu.

Kuramsal Temel

Freud, kısmen bilinçli farkındalık düzeyinde, kısmen dikkatimizi kaydırarak farkına varacağımız bilinç öncesi bir düzeyde ve kısmen de özel bir terapi tekniği kullanmaksızın karşılaşamayacağımız bilinçdışı düzeyde ortaya çıkan bir ruhsal yaşam tanımlar. Bilinçdışından bilinçöncesine ve bilince uzanan bu süreklilik,

zihnin *topografik modeli* olarak isimlendirilir ve Freud'un kişiliğe bakışını anlamak için temel oluşturur.

Freud'un Kişilik Kuramı ve Psikopatolojiye Bakışı. 2. Bölümde tartışıldığı gibi psikodinamik yaklaşımlar, ruhsal yaşamı, kişinin içindeki bazıları bilinçli ama pek çoğu bilinçdışı olan yarışan güçler arasında bir etkileşim olarak görürler. Bu güçler Freud'un sisteminde id (altben), ego (ben) ve süperego (üstben) olarak temsil edilirler. İd, özellikle cinsel/şehvetli ve saldırgan dürtüler gibi içgüdüsel dürtülerin ilkel kaynağıdır.



ŞEKİL 7.1 Zihnin Psikanalitik Yapısal / Topografik Modeli. Freud kişinin farkındalığının dışında yer alan çoğunlukla bilinçaltında ortaya çıkan psişik yapılar arasında dinamik etkileşimler olduğunu ileri sürer.

İdin dengeleyicisi, kişinin ebeveynleri, ailesi ve kültürden aldığı normları içeren ruhsal birim olan süperegodur. Süperego ayrıca ego idealini ya da bir kişinin ne olmak istediğini de içerir. İd ve süperego sıklıkla çatışma içindedir - id cinsel ya da saldırgan dürtülerini açığa çıkararak gerilimi boşaltmaya çalışır, buna karşılık süperego, dürtüleri engellemeye ya da sosyal olarak daha uygun olan davranışları buyurmaya çalışır. Bu çatışmaya hakemlik eden ise egodur. Ego dışsal gerçekleri farkedip, onlara yanıt verirken, aynı anda id ve süperegonun istekleri arasında ara bulmaya çalışan kişilik bölümüdür. Dinamik kelimesi bu güçler arasındaki gerilim dolu etkileşimi ifade eder. Bu üç birim -id, ego, süperego- birlikte zihnin *yapısal modelini* şekillendirir (bknz., Şekil 7.1). Freud, pek çok isteğin birbiriyle çatışması örneğinde gözlenebildiği gibi, dinamik çatışmanın sürekli ortaya çıktığını öne sürer. Sıkıcı bir sınıfla oturduğunuzu hayal edin. Bir parçanız kalkıp ordan ayrılmak, belki daha heyecan verici bir şeyler yapmak ister. Bir başka parçanız ise, sınıfa ihtiyacınız olduğunu, daha olgun olmanız ve hazzı ertelemeniz gerektiğini aklınıza getirerek orada kalmanızı ve dikkatinizi daha fazla vermeye çalışmanızı ister. Bu tip bir çatışmanın bilinçli olarak farkında olabiliriz. Ancak Freud, en önemli ve problemli psişik çatışmaların genellikle bilinçdışında, farkındalık düzeyinin altında ortaya çıktığını söyler.

Savunma Mekanizmaları. Bir ebeveynine öfkelenen ve bunu gösterdiğinde ebeveynin saldırgan davranışıyla karşılaşacağından korkan (eğer ebeveynleri bazen sözel olarak bazen de fiziksel olarak istismar edici ise gerçek bir korkudur) bir çocuk hayal edin. Bu durum çocukta kaygıya neden olur, çünkü çocuğun öfkeli id dürtüsü, öfkesini ifade etmesi için onu zorlar. Psikanalitik kurama göre çocuk savunma mekanizması kullanarak bu çatışmaya uyum sağlayabilir. Çatışma bilince geldiğinde işlevselliği bozabileceğinden, savunma mekanizması sayesinde çatışmanın bilince gelmesi engellenecek ve çocuğun kaygısı örtülecektir. Savunma mekanizmaları aslında, intrapsişik çatışmaların kaygı ortaya çıkarmasını engellemek için egonun kullandığı bilinçdışı zihinsel stratejiler ya da alışkanlıklardır (bknz., Tablo 7.1.).

Sigmund Freud savunma mekanizmalarından bahsetmekle birlikte, bu fikri iyice geliştiren kızı Anna'dır. Anna Freud *Ego ve Savunma Mekanizmaları (Freud, 1936/1996)* kitabında, savunma mekanizmalarının gündelik yaşamdaki ve psikanalitik tedavideki rolünü vurgulayarak, onları tanımlar ve sınıflandırır.

TABLO 7.1.

Savunma Mekanizmaları

İlkel Savunma Örnekleri	Açıklama
İnkâr	Yüzleşmesi zor olan dışsal gerçeklerin farkındalığından kaçınılmasıdır
Yansıtma	Kabul görmeyen içsel dürtülerin, kişinin kendisinin dışındaymış genellikle de bir başka insana aitmiş gibi algılanması ve tepki verilmesidir
Bölme	Davranış, düşünce ya da duygudaki ikilemlerin farkedilmemesi için kişinin kendisine ve diğerlerine ait yaşantıları bölümlere ayırmasıdır
Çözülme (dissociation)	Kişinin kimlik, bellek, bilinç ya da algı alanlarında süreklilik hissinin bozulmasıdır
Gerileme	Erken dönemdeki gelişim ya da işlevsellik özelliklerine geri dönülmesidir
Yüksek Düzey Savunma Örnekleri	
Özdeşim	Bir başka kişiye benzer hale gelerek onun niteliklerinin içselleştirilmesidir
Yer değiştirme	Bir fikir, nesne ya da kişiyle ilişkili duyguların bir başkasına yönlendirilmesidir

TABLO 7.1. devamı

Savunma Mekanizmaları

Entelektüelleştirme	Can sıkıcı duygulardan kaçınmak için aşırı ve soyut fikirlerin kullanılmasıdır
Karşıt tepki geliştirme	Kabul görmeyen dürtülerin tam tersi biçime dönüştürülmesidir
Olgun Savunma Örnekleri	
Baskılama (suppression)	Bilinçli olarak belirli bir duygu, hal ya da dürtüye kulak vermemeye karar verilmesidir
Mizah	Güç durumlarda komik ve/veya ironik unsurlar bulunmasıdır
Yüceltme	Sosyal ya da içsel olarak kabul görmeyen dürtülerin dönüştürülerek, sosyal olarak kabul edilebilir biçimde dışavurulmasıdır

KAYNAK: G.O.Gabbard, 2005, sf.35–37'den uyarlanmıştır.

Anna Freud ayrıca çocukluk süresince psikolojik problemlerin nasıl geliştiği konusunda kuramlar geliştirerek, psikanalitik kavramları gelişim psikolojisine uygulamıştır (Fonagy ve Target, 2003).

Savunma mekanizmaları daima başarılı ve uyumsal değildir. Bastırma, yansıtma ya da diğer savunma mekanizmalarını kullanan bir kişi, kaygıyı geçici olarak azaltabilir fakat kişi aynı zamanda gerçekliği çarpıtabilir ve zamanla kişilerarası ilişkileri tehlikeye girebilir. Örneğin, daha önce tanımladığımız çocuğa dönelim ve bu kişinin şimdi yetişkin olduğunu hayal edelim. Bu kişinin saldırgan ya da düşmanca duyguların üstesinden gelmek için alışılmış bir yol geliştirdiğini hayal etmek zor değildir. Öfkesi ortaya çıktığında göstermek yerine, doğru olmadığı halde ilişki kurduğu kişide düşmanlık belirtileri algılayabilir (yansıtma olarak adlandırılan bir savunma mekanizması örneği). Önemli bilgileri hatırlayamaz hale gelebilir (bir çözülme örneği). Kişi, diğer kişiye karşı aşırı derecede itibar eden ve kibar davranan biri haline gelebilir (karşıt tepki geliştirme örneği).



Anna Freud savunma meknaizmaları kavramının gelişmesinde etkili olmuştur.

Kişi bir dizi başka davranış örüntüsünden herhangi birini de gösterebilir; bunların hepsi, kaygıya neden olan çatışmanın üstesinden gelme girişimleridir. Bunlar, yüzeyde görülen bozukluklardır ama altlarında geçmişteki duygusal çatışmaların yattığı düşünülür.

Aktarım ve Karşı Aktarım. Psikanalistin işi danışanın semptomlarının anlamını ve kökenlerini anlamak ve danışanın da aynı şeyi yapmasına yardımcı olmaktır. Danışanın davranış örüntüsünü, özellikle de bilinçdışı olarak güdülenen davranışlarını tekrar etme eğilimi, bu çalışmada terapiste yardımcı olurlar. Bu nedenle, eğer bir danışan belirli savunma mekanizmalarını ve ilişki örüntülerini kullanarak diğer insanlarla uyumsuz ilişkiler kuruyorsa, sonunda bu ilişki örüntüleri danışanın terapistle ilişki kurma biçiminde de ortaya çıkacaktır. Danışan bilinçdışı olarak terapiye uyumsuz bir ilişki örüntüsünü taşır. Bu fenomene aktarım (transferans) denir.

Freud'un kuramında, aktarım tepkileri danışanın terapiste verdiği tepkilerdeki çarpıtmalardır. Bu çarpıtmaların meydana gelmesinin nedeni, danışanın eski ilişkilerinin-özellikle de ebeveynleriyle ilişkisi gibi önemli kişilerle olan eski ilişkilerinin- gelecekteki ilişkiler için bir dizi beklenti ve beklentiyle ilişkili tepkiler oluşturmasıdır. Başka bir deyişle, her yeni ilişki eski ilişkilerin çerçevesinden anlaşılır. Örneğin, aşırı saldırgan dürtüleriyle ilgili çatışma yaşayan bir danışan, terapistin saldırgan ve cezalandırıcı olduğunu hissetmeye başlayabilir (örn., danışanın ifade ettiği herhangi bir olumsuz duygunun cezalandırılabileceği gibi).

Terapistin gerçekte saldırgan olmadığını varsayarsak, danışanın tepkileri, ilişkilerdeki çatışmalara uyum sağlamak için onun kullandığı bilinçdışı, alışkanlık haline gelmiş ve içselleştirilmiş yolları gösterir.

Eski bir ilişkiye çok benzeyen yeni bir ilişkinin, eski ilişkiye dayalı tepkiler ortaya çıkaracağı beklenir. Psikoterapi ilişkisi, terapist nispeten güçlü bir pozisyonda otururken, danışanın kendi ruhsal yaşamının detaylarını ortaya koyduğu bir ilişkidir. Duygusal olarak bu durum çocukluktan farklı değildir. Bu nedenle özellikle danışanların terapide eski duygusal "senaryolarını" tekrarlamaları olasıdır. Psikanalitik tedavi bu senaryoları ortaya çıkarmayı, analiz etmeyi ve en sonunda da değiştirmeyi planlar. Tabii ki, şimdiki ilişkileri geçmişteki ilişkileriyle kaplanmış kişiler, sadece danışanlar değildir. Terapistler de aktarım örüntülerinden etkilenirler. Terapist danışana, kendi kişisel geçmişine ve çatışmalarına dayanarak tepki verdiğinde, bu tepkiler karşı aktarım (karşıt transferans) olarak isimlendirilir. Eğer terapist kendi çatışma ve savunmalarına dayalı olarak terapötik etkileşimi çarpıtmaya başlarsa, karşı aktarım terapinin ilerleyişini bozabilir. Karşı aktarım tepkilerinin kaçınılmaz olması, psikanalitik yönelimli klinisyenlerin, terapistlerin eğitimlerinin bir parçası olarak psikanalizden geçmeleri gerektiğine inanmalarının nedenlerinden biridir. Terapist kendi çatışmalarını ne kadar anlar ve onlarla çalışırsa, bu çatışmalar danışanın tedavisine o kadar az engel olur.

Psişik Belirleyicilik. Psikanalizde, zihinsel imgeler ve bellek hataları gibi, dil sürçmelerinin ve beklenmedik sözel çağrışımların psikolojik olarak anlamlı olduğu varsayılır. Eğer bir danışan, bir terapi seansı sırasında aniden, konuşma konusuyla ilişkisiz ya da saçma görünen şeyler hatırlarsa (örn., 6 yaşındayken, aileyle çıkılan bir tatil ya da annenin mavi elbisesi gibi), bu malzemenin danışanın kafasında aniden belirmesinin bir nedeni olduğunu varsayılır. Terapist malzemeyi göz ardı etmek yerine, danışandan onu ayrıntılandırmasını isteyerek, bilinçdışı bağlantıları ortaya çıkarabilecek ipuçlarını arar. Danışanın zihninde anıların, izlenimlerin ya da yaşantıların birarada ortaya çıkmasının tesadüfi olmadığı ve bunların mutlaka birbiriyle ilişkili olduğu fikri, psişik belirleyicilik olarak adlandırılır.

Direnç. Psikanalitik terapi ilerledikçe, genellikle terapist ve danışan, danışanın temel bilinçdışı çatışma ve duygularına daha çok yaklaşır. Danışanın kaygısı artmaya başlayabilir. Bunun sonucu olarak, danışan randevusunu unutmaya, panik yaşamaya, tartışma konusundan giderek duygusal ve entelektüel olarak uzaklaşmaya ya da çatışmasına odaklanmayı engelleyecek başka etkinliklerle ilgilenmeye başlar. Tedavi doğrudan danışanın temel çatışmasına odaklandığında, psikanalistler bunlar gibi veya başka türde direnç tepkilerinin ortaya çıkmasını beklerler. Aktarımda olduğu gibi, danışanın direnç biçimi onun eski örüntülerinin bir tekrarı olabilir ve bu nedenle de, bu tepkiler analiz edilebilir ve yorumlanabilir (Gabbard, 2005).

Yorumlama, Çözüm İşlemi ve İçgörü. Terapist hem duygusal destek vererek hem de tedbirli yorumlar yaparak, danışanın aktarım ve direnç tepkilerini anlamasına ve çözümlemesine yardım eder. Bu yolla danışan, kendi problemleri, psikolojik karakteri ve başkalarıyla ilişki kurma biçimleri konularında yeni bir anlayış geliştirir. *Yorumlama,* analistin, hastanın şu anki yaşantılarıyla geçmişe dayanan çatışmaları arasında bağlantılar kurmasını içerir. Daha basit bir ifadeyle yorumlama, geçmişin istemeden bugüne nasıl geldiğini göstermenin bir yoludur. Yorumlamalar, danışanın terapide ortaya koyduğu malzemeye ya da tepkilerine veya danışanın terapi koşulları dışındaki yaşantılarıyla ilgili anlattıklarına dayanabilir. Seans içindeki malzemeye dayalı olarak ortaya çıkanlar genellikle aktarımı –danışanın terapiste tepkilerini- içerir. En iyi psikanalitik yorumlar, danışanın terapi dışında *(örneğin bir ilişkide)* varolan zorluklarıyla ve hem de danışanın geçmişindeki önemli güçlerle ilişkili olabilen aktarım tepkilerinin yorumlanmasıdır. Wolitzky (2003) bunu şu şekilde tanımlar:

> En iyi yorumların bir seferde kapsamlı bir şekilde sunulması gerekli olmamakla birlikte, bu yorumlar "falan filan nedenlerle ve falan filan sonuçlarla, şu anda benimle birlikteyken yaptığın şey (hissetme, düşünme, hayal etme vb), aynı zamanda şu anda senin için önemli olan diğer kişilerle birikteyken (eş, çocuk, patron vb) de yaptığın şeydir ve daha önce babanla (ve/veya annenle) birlikteyken de yapmış olduğun şeydir" biçiminde olacaktır. (s.41)

Eğer bu açıklama danışana bilişsel ve duygusal olarak makul gelirse (örn., eğer bu doğruysa ve danışan bunun üzerinde çalışmaya hazırsa), belirli bir davranış örüntüsünü ya da problemi yeni bir biçimde görmeye başlayabilir. Bu durum meydana geldiğinde, *içgörü* olarak isimlendilir. Psikanalizde içgörü, olumlu bir değişim için temel gereksinimdir ve başlangıç noktasıdır.

Psikanalizin Amaçları

Freud'a göre hastalar, uyumsuz şekilde davranmalarının genellikle bilinçdışında yatan ve gerçek nedenlerini anladıklarında ve bu nedenlerin artık geçerli olmadığını gördüklerinde, bu şekilde davranmaya devam etmeyeceklerdir. Kendini anlama süreci, kişinin en gizli isteklerini ve çatışmalarını *entelektüel* olarak tanımasını, *duygusal* olarak kendini keşfetmeyle uğraşmasını ve bilinçdışı faktörlerin nasıl geçmişteki ve şimdiki davranışları belirlediğini ve başka insanlarla ilişkileri etkilediğini *sistematik bir biçimde takip etmesini* içerir.

Bu nedenle tedavinin temel amaçları, a) danışanın problemlerinin altında yatan nedenlere entelektüel ve duygusal içgörü kazanması, b) danışanın bu içgörünün etkilerini tamamen keşfetmesi ya da çözümlemesi, c) egonun id ve süperego üzerindeki kontrolünü güçlendirmesidir. Freud çözüm işlemini özellikle önemli bulmuştur. Çünkü eğer bilinçdışı çatışma ve savunmaların geri dönmesi önlenecekse, hastanın bu çatışma ve savunmalarının ne kadar yayılmış

olduğunu anlaması gerekmektedir. Bu nedenle, bir kişinin sadece annesine yönelik bilinçdışı öfke duygularına sahip olduğunu bilmesinin, onun için sağlayacağı yarar çok az olacaktır. Oysa eğer kişi, şu an hayatındaki tüm kadınlara, annesine davrandığı gibi davrandığını ve bu kadınlarla ilişkili problemlerinin bilinçdışı düşmanlığa ve/veya bu düşmanlığa karşı geliştirdiği savunma girişimlerine dayandığını da görürse, daha fazla yarar sağlayacaktır. İçgörü, hastanın hikâyesinin ana hatlarını kazandırır, çözüm işlemiyle hikâyenin ayrıntıları tamamlanır.

Klasik psikanalizin iddialı amaçlarına ulaşmak, hastanın kişiliğini ayrıntılı biçimde incelemeyi ve giderek yeniden yapılandırmayı gerektirir. Bu süreç çok zaman alır. Geleneksel psikanalizde, haftada 3-5 seans yapılır ve tedavi birkaç yıl kadar sürebilir. Genellikle saati 100 doları aşan ücretleri olduğundan, süreç pahalıdır.

Vaka Örneği

Ellen, son bir buçuk yıldır bir dizi panik atak geçirmesinin ardından psikoterapi arayaşına girmiş olan 33 yaşında bir kadındır. Her günün bir mücadele olduğunu ve hayatından keyif almadığını da bildirdiğinden, depresyonda olmasından endişe edilmektedir. Son olarak evliliği ve kendisi hakkında soruları olduğunu söylemiştir.

Başvuru yaptığı zaman, Ellen büyük bir kağıt üreticisinin satış temsilcisi olarak çalışıyordu ve 4 yıldır bu pozisyondaydı. Bölgedeki bir hastanede radyolog olan Rick ile evliydi. Çocukları yoktu ama bu konu üzerine düşünüyorlardı. Ellen çocuk sahibi olma konusunda Rick'den daha fazla istekli olduğunu ama Rick'in henüz buna hazır olmadığını ve bunun da rahatsızlık kaynaklarından biri olduğunu söylemişti. Ellen, üniversitedeyken bir panik atak geçirdiğini -en azından o öyle olduğuna inanıyordu- yaklaşık bir buçuk yıl öncesine kadar başka atak geçirmediğini bildirmişti. Bahsi geçen en son olay, uzak bir şehirde endüstri ile ilgili bir kongreye katıldığında olmuştu. Akşam, şirketinin düzenlediği sosyal etkinliğe bir süre katıldıktan sonra, oteldeki odasına dönmüş ve yatağına yatmıştı. Oradayken, kalp atışlarının hızlandığını farketmişti. Kalp atışları hızla artmış ve kontrol edilemez bir çarpıntıya dönüşmüştü. Nefes almada zorlanmış ve terlemişti. Bir noktada yataktan kalkmayı denemiş fakat bayılıp düşeceğinden ve böylece kendini incitebileceğinden korktuğu için geri yatmak zorunda kalmıştı. Yana yuvarlanarak telefona ulaşabilmiş ve resepsiyonu aramıştı, oradaki personel bir ambulans çağırmıştı. Ellen hastaneye ulaştığında, belirtileri yatışmıştı fakat hala güçsüz ve çok kaygılıydı. Hastanede öyküsü alındıktan ve bir dizi test uygulandıktan sonra geçici panik atak tanısı konulmuştu. Bu ilk ataktan beri, bazıları evde, bir kere işte, bir kere alışveriş sırasında ve bir kez de araba kullanırken atak geçirmişti. Bu durumu şöyle ifade etti, "Onlar aniden vuruyorlar. Berbatlar, dehşet vericiler ... ve utanç vericiler." Ellen sık sık sonraki atağın ne zaman gelebileceği konusunda kaygılanıyordu.

Ellen'in depresyon ile ilgilenmesi daha yavaş ortaya çıktı. Geçen bir ya da iki yıl süresince yaşamıyla nasıl baş ettiğinden emin olmadığını ve ara sıra kaybolmuş hissettiğini bildirdi. Ellen işteyken açık biçimde saygın biri olmasına rağmen –terfi etmişti ve son iki yılda iki kez zam almıştı- sıklıkla oradaki günlük işlerinin bir amacı olmadığını hissediyordu. Bu keyifsiz dönemleri tedavi arayışından önce artmıştı.

Ayrıca eşinin onu sevip sevmediğinden ya da kendisinin eşini sevip sevmediğinden emin değildi. Eşini, kendini işine adamış, iyi bir adam olarak görüyordu ve onun çevresinde olmasından memnundu. Fakat onun kendisine ilgisinin azalmasından korkuyordu, çünkü eşi arkadaşlarıyla yaptığı etkinliklere (badminton, bisiklet, poker) eskiye oranla daha fazla zaman ayırıyordu. Ellen'in cinsel ilişkiden aldığı zevk de azalmıştı. Cinselliğe yol açabilecek durumlardan kaçınmaya çalışıyordu.

Klinik Uygulamalar

Tarihçe ve Vaka Formülasyonu. Pek çok terapide olduğu gibi, Ellen'in psikanalitik tedavisi de terapistin bir değerlendirme ve vaka formülasyonu yapmasıyla başlar. Geleneksel psikanalistler, yapılandırılmış değerlendirme araçları kullanmanın üzerinde durmazlar. Psikanalistler yapılandırılmış değerlendirme araçlarını özellikle ayırıcı tanıya dayalı sınıflandırma yapmak için kullanabilirler. Ancak daha çok görüşmeden elde edilen bilgiye ve bazen de danışan için bir anlayış geliştirmek amacıyla projektif testlerden elde edilen bilgiye itimat ederler. Psikanalizde değerlendirme birçok farklı seansta yapılan ve devam eden bir süreçtir.

"Klinik Değerlendirmenin Temel Özellikleri" başlıklı 3. Bölümde, psikanalitik yönelimli bir vaka çalışması taslağı sunduk. Aşağıdakiler, Ellen gibi danışanların psikanalitik tedavileri için özellikle önemli olacaktır: a) aile ve gelişim tarihçesi gibi geçmişle ilgili bilgi (erken dönem çatışmalar ve travmalarla ilişkili bilgiyi saptamak için); b) ruhsal durum, sıkıntı düzeyi, egonun güçlü ve eksik yanları ve psikolojik zihinlilik (psychological mindedness) (danışanın psikanalitik konularla ilişkili entelektüel ve duygusal becerisini değerlendirmek için) ve c) kişilerarası ilişkilerde bağlanma zorlukları, ilişkilerin içeriği veya kullanılan savunma mekanizmaları, (aktarım örüntüsünü belirlemek için).

Ellen iki kardeşten, büyük olanıydı. Küçük bir kasabada doktor olan babası annesinden Ellen 12 yaşındayken boşandı, aslında babası aileyi terketti. Bu, kısmen sıkıntıları dindirdi. Çünkü Ellen'in annesi kocasını başka ilişkileri olduğu için suçladığından, sürekli kavga ediyorlardı. Fakat bu durum aynı zamanda zorlukları da beraberinde getirdi. Ellen'in annesi hizmet sektöründeki işlerle evi geçindirmeye çalıştı ve aile yoksullukla mücadele etti. Anne yeniden evlenmedi ama bir çok erkek arkadaşı oldu ama bunların hiç biri Ellen'da (ya da göründüğü kadarıyla annesinde) kalıcı bir etki bırakmadı.

Ellen'in babası O'nun çocukluğunda özellikle önemli bir figürdü. Ellen'ın tanımladığı kadarıyla evdeyken "enerjik", cana yakın ve özgür ruhlu biriydi. Ellen'in onunla ilgili anılarında özellikle önemli olanlar, evin etrafında iç çamaşırlarıyla dolaşırken, Ellen'i çimdiklemesi ve onunla çirkin diyerek dalga geçmesiydi. Bu davranış Ellen ergenliğin başlarına yaklaşıncaya kadar sürdü. O'nu kalçalarından ya da gelişmeye başlamış göğüslerinden çimdiklemesi Ellen'da büyük bir utanç uyandırıyordu. Ellen, başka tür bir cinsel istismar olmadığını bildirdi. Fakat babasının şefkatsiz davranışları nedeniyle benlik saygısı zedelendiği için yoğun öfke yaşadığını söyledi. Lisede ve üniversitede Ellen'in erkek arkadaşları olmuştu. Asi tipleri çekici bulduğunu fakat bunların sıklıkla ona kendisini entelektüel olarak yetersiz hissettiren genç adamlar olduğunu ve ilişkilerinin genellikle birkaç aydan fazla sürmediğini söyledi. 27 yaşındayken Rick ile tanışmıştı (O da aynı yaştaydı) ve onun ilginç bir insan olduğunu ve daha dengeli bir eş olacağını düşünmüştü. Rick'in O'na olan açık ilgisinden etkilenmiş ve sonraki yıl evlenmeyi kabul etmişti.

Serbest Çağrışım. Görüşme zamanları, ödemeler, değerlendirme prosedürleri ve benzeri formaliteler tamamlandıktan sonra (önemli çerçeve oluşturma prosedürleri), analistin danışana terapinin tek temel kuralını açıklamasıyla gerçek psikanaliz başlar. Bu kural, terapideyken danışanın herhangi bir sansür ya da düzeltme yapmaksızın aklına gelen herşeyi söylemesinin gerekli olduğudur. Buna *serbest çağrışım* denir. Daha önce belirtildiği gibi, serbest çağrışım, Freud'un hastaların zihinlerini iyileştirmeye ve içruhsal (intrapsişik) ilişkileri açığa çıkarmaya yardım etmek amacıyla hipnoz dışında bir yol arayışından ortaya çıkmıştır. Mantık, sosyal olarak beğenilir tavırlar ve diğer kurallar ortadan kalktığında, bilinçdışı malzemenin kolayca yüzeye çıkacağı varsayılır. Bazen, danışan ve terapist, hem şimdide hem de geçmişte olan bir örüntüyü farkettiklerinde, bilinçdışı çatışmaların kökeni açıkça ortaya çıkar. Danışanın şu anki problemlerinin bilinçdışı temellerinin, serbest çağrışımla açığa çıkan anılarda, duygularda, isteklerde ve izlenimlerde ortaya çıkması, savunma mekanizmalarının etkinliği nedeniyle genellikle yavaş yavaş ve dolaylı biçimde olur. Terapistin görevi, ortaya çıkan bu bazısı bağlantısız hatta konu dışı görünen parçaları anlamlandırmaya çalışmaktır. Örneğin;

Bir seans sırasında, Ellen bir şirket toplantısında karşılaştığı bir adama tepkisini dile getirdi. "O bir ahmak. Sanırım kendini kusursuz bir şey sanıyor. Bana kur mu yapıyor diye merak ediyorum ama başka kadınlara da böyle davrandığını düşünüyorum. Utanmaz. Yağlı şey. Neden bu kadar canımı sıktı bilmiyorum, aslında onu tanımıyorum bile". Birkaç dakika sessizlikten sonra, Ellen "neden şimdi bunu düşündüğümü bilmiyorum ama büyürken, banyoda durup babamın tarağını elime aldığımı hatırladım".

Ellen'in toplantıda karşılaştığı adamla ilgili düşüncelerinin, babasının tarağını eline almasıyla ilgili anılara yol açması önemli olabilir. Aslında, psikanalistler böyle olduğunu varsayar. Ellen vakasında bu, tanıştığı adamın özelliklerinin, O'na babasını (örn. yağlı siyah saçlar, kadınlarla uygunsuz cilveleşmesi gibi) hatırlattığı anlamına gelebilir. Analist terapide, Ellen'la bu iki olay arasındaki olası bağlantılar hakkında bir tartışma yapabilir. Bunu yapmanın bir yolu da adam, tarak ve babası hakkında daha fazla serbest çağrışım yapmasını teşvik etmektir.

Ellen'ın psikanalisti onun problemleri konusunda geçici bir hipotez oluşturdu. Terapist onun depresyonunu, ilişkilerini bozan çatışmalarıyla baş etme girişimlerinin başarısız olması sonucunda, yavaş yavaş ortaya çıkan ikincil bir semptom olarak değerlendirdi. Ayrıca onun panik ataklarının da yakınlık, cinsellik ve terk edilme konusundaki endişeleriyle ilişkili olduğuna inandı. İkincil olmasına rağmen, depresyon terapistin ilk odağı oldu çünkü depresyonun ciddiyetinin belirlenmesi gerekiyordu. Ellen'in intihar eğiliminin olmadığı, tedavi için istekli olduğu ve yeterli ego gücüne ve anlayış yeteneğine sahip olduğu belirlendikten sonra, analist ve Ellen psikanalize başladı.

Terapistin rolü. Terapi seansları sırasında geleneksel psikanalistler, psikoterapi süresince kendileri hakkında çok az şey ortaya koydukları bir "analitik kimliksizliği" (analytic incognito) sürdürürler. Terapi ofisinin düzenlenmesiyle bu yönelime destek olunur. Danışan bir divana uzanır ve terapist danışanın baş ucuna, büyük oranda onun göremeyeceği bir yere oturur. Psikanalitik yaklaşımların yakın zamanlarda kullanılan biçimlerinde, bunun yerine sandalye konmuştur, fakat terapist hâlâ nispeten nötr olan tutumunu sürdürür. Böylece danışanlar, terapistlerin hoşlandıkları, hoşlanmadıkları, sorunları, istekleri vb. gibi konularda bilgi sahibi olmamaya devam ederler. Eğer danışan kişisel sorular sorarsa, terapist genellikle seansın danışanların yararı için olduğunu, başka koşullarda kişisel bilgi alışverişinin uygun olduğunu ama psikanalize yarar sağlamadığını hatırlatır. Başka bir deyişle, terapist kasıtlı olarak boş bir sahne gibi belirsiz kalır, böylece danışan ebeveynleri ve yaşamındaki diğer önemli kişilerle ilişkili bilinçdışı dürtü ve tutumlarını terapiste serbestçe yansıtabilir. Bu nedenle danışan terapisti bazen sevgi dolu bir bakıcı, bazen kinci bir baba, çekici bir anne, kıskanç bir sevgili ya da başkaları gibi görebilir. Terapist, danışanın terapist hakkında daha fazla şey bilme isteğinin ardındaki güdüleri, danışanla keşfedebilir ve belki yorumlayabilir. Bu sık sık yapılarak, danışanın aktarımla ilişkili ilgileri de dahil olmak üzere kendi ilgileri açığa çıkar.

Tabii ki ideal bir psikanalist, soğuk bir şekilde analitik ve tepkisiz değildir. Psikanalistler terapötik ilişkide duygusal güvenlik yaratmanın önemini bilirler ve bu nedenle yorumlarında çoğunlukla empati ve yansıtmadan yararlanırlar. Terapistler, danışanın algılarını, duygularını, motivasyonlarını vb. daha derin incele-

mesine yardım etmek için doğrudan soruları ve cesaretlendirici ifadeleri de kullanabilirler. Terapistlerin yaptığı yorumlar, imâ edici yorumlardan (örn., "Bunun sana tanıdık gelip gelmediğini merak ediyorum") şimdiki ve geçmişteki çatışma örüntülerini özetleyen daha doğrudan yorumlara kadar değişkenlik gösterir.

Gündelik Davranışın Analizi. Psikanalistler danışanların tedavi seansları sırasında ortaya çıkanlar konusunda olduğu kadar, tedavi dışındaki yaptıkları etkinliklerle ilgili anlattıkları konusunda da dikkatlidirler. Analistler ciddi olaylara olduğu kadar önemsiz olaylara da, amaçlı davranışlara olduğu kadar kazara olanlara da, konuşma diline olduğu kadar beden diline de eşit oranda dikkat ederler. Konuşma veya yazmadaki yanlışlıklar (ki bunlara Freudyen *sürçme*ler denir), kazalar, hafıza kayıpları ve espriler, bilinçdışı malzemenin önemli kaynakları olarak görülür.

Rüya analizleri. Bilinçdışı malzemenin rüyalarda, uyanık ve bilinçli olduğumuz esnada olduğundan daha fazla yüzeye yaklaştığına inanıldığı için, psikanalizde rüyalara büyük önem atfedilir. Danışanın bir rüyayı betimlemesi –diyelim ki kadın ormanın içinde koşuyor ve aniden bir göle düşüyor- görünür içeriği ya da açık özellikleri ortaya koyar. Görünür içerik, sıklıkla rüya gören kişinin yakın zamanlardaki etkinlikleriyle (bunlar "günün kalıntıları" olarak isimlendirilir) ilişkili özellikler içerir.

Gerçi psikanalitik amaçlar için, rüyanın en ilginç yönleri onların *gizli içerikleri*dir. Gizli içerik, örtülü biçimde ortaya çıkan bilinçdışı düşünce ve dürtülerdir. Kabul görmeyen malzemenin kabul gören görünür içeriğe dönüştürülmesi süreci *düş işlemi* (Freud, 1900) olarak isimlendirilir, böylece en görünür olan rüya içeriği başka bir şeyin sembolik anlatımı olarak görülür-bunun detayları insanlara ve rüyalara göre değişir. Belirli rüya sembollerinin (örn., yılan) her zaman aynı şeyi (örn., bir penis) temsil ettiği yolundaki popüler inanca rağmen, aslında Freud rüyaların daha esnek yorumlanması gerektiğine inanmıştı.

Yaygın olarak kullanılan analitik bir prosedür, danışandan rüyanın görünür içeriği ile ilgili serbest çağrışım yapmasının istenmesidir. Süreç içinde bilinçdışı materyal açığa çıkabilir. Tek bir rüyanın önemini abartmamanın ve gizli içerik örüntülerini bulmanın bir yolu olarak, analizde sıklıkla bir dizi rüya incelenir. Başka bir deyişle, rüyalar nihai cevaplar vermekten ziyade, sıklıkla başka incelemeler için fikirler kazandırır.

Aktarımın Analizi. Terapist hasta ilişkisi, danışanın sorunlarının nedenlerinin küçük bir modelini yarattığında, buna aktarım nevrozu denir ve bu durum giderek analitik çalışmanın merkez odağı haline gelir. Eski bilinçdışı çatışmaların yeniden ortaya çıkışı, analistin geçmişten gelen önemli sorunlarla şimdi meydana geliyormuş gibi uğraşmasına olanak sağlar. Danışanların analiste yönlendirdiği duyguların anlamını çözmeye çalışırken, aktarımın ve aktarım nevrozunun

dikkatle ele alınması gerekir. Eğer bir analist, danışanın sevgi dolu ya da düşmanca yorumlarına "normalde olduğu gibi" tepki verirse, danışan bu yorumların neyi yansıttığı hakkında fazla bir şey öğrenemeyecektir. Oysa amaç, danışanın terapiste olan duygularının anlamını keşfetmesidir. Bu olabilirse, aktarım nevrozu ve bununla birlikte danışanın temel bilinçdışı çatışmaları çözümlenecektir.

Psikanaliz için aktarımın hassas bir şekilde ele alınması çok önemli olduğundan, analistler kendi bilinçdışı duyguları konusunda da dikkatli olmak üzere eğitilmişlerdir. Böylece karşı aktarım olarak adlandırılan bu duygular, analitik süreci bozmamış olur. Terapistler, sürekli danışanın yararına hizmet edecek biçimde tepki verebilmek amacıyla, başka terapi biçimlerinde olduğu gibi, eğitim, süpervizyon ve akran danışmanlığı da alırlar.

Direnç Analizi. Danışanın analitik sürece engel olan davranışlarının, içgörü sağlamaya karşı direnç belirtileri olduğu düşünülür. Psikanalistler, danışanın tedavi seanslarına geç gelmesi[1], randevularını kaçırması, terapi ücretini ödemeyi aksatması, rüyalarını çarpıtarak anlatması, serbest çağrışımın tıkanması ve bunun gibi çeşitli davranışlarda direncin var olduğunu belirterek, danışana direnci kırması için yardım etmeye çalışırlar (Fine, 1971). Danışanın iç ruhsal çatışmalarından ziyade rahatsız edici belirtilerini ele almayı ya da tedavinin değerini kanıtlamayı istemesi bile, psikanalistler tarafından danışanların dikkatlerini, sorunlarının bilinçdışı nedenlerinden başka bir yere kaydırma çabası olarak tanımlanır.

Ellen analizi ilerledikçe, çocukluğuyla ilgili duygularını özellikle de anne ve babası hakkındaki ikircikli duygularını keşfetti. Ellen, bir yandan babasına hayrandı ve onun şefkatini kazanmayı çok istiyordu. Fakat babası sadece kendisiyle ilgili görünüyordu. Diğer taraftan babasının bencilliğine ve acımasızlığına öfkeleniyordu.

Ellen "psikolojik zihinli" bir kişi olarak, çocukluğunda babasının kendisine karşı davranışlarının benlik kavramını ve benlik saygısını zedelediğinin farkındaydı. Bu nedenle yetişkin olunca, kendisini çekici ve özel olduğuna inandırmaya çalıştı. Ellen bunu üniversiteye giderken ve üniversiteden hemen sonra geçirdiği "başı boş yıllarda" yaptığını söyledi. Bu süre zarfında erkekleri kendine çekmek için büyük çaba sarfetmiş ve genellikle de ilgilenmediği erkekleri ya da onunla bir birey olarak ilgilenmeyen erkekleri kendine çekme konusunda başarılı olmuştu.

Ellen ve terapisti, onun erkeklerle varolan ilişki örüntüsünün pek çok nedeni ve anlamı olabileceği üzerinde durdular (Freud böyle durumlara "aşırı belirlenmiş (overdetermined)" ismini verir). Bu örüntüler, babasının hatalı olduğunu (onun çirkin olmadığını) ispatlama yollarıydı ve aynı zamanda sembolik olarak babasının hiçbir zaman göstermediği

[1] Bazıları şakayla kişinin analizde ne yaparsa yapsın kazanamayacağını ileri sürerler. Çünkü eğer seansa erken gelirsen bağımlı olduğun, geç kalırsan direnç gösterdiğin, tam zamanında gelirsen de kompülsif olduğun düşünülür.

şefkati yeniden elde etme girişimleriydi (başka bir deyişle, eğer çok alımlı ve çekici olsaydı, belki de ailesi tarafından terkedilmeyecekti). İlişkilerine bir terkedilme korkusu yayılmıştı.

Çok önemli bir seansta, Ellen evliliği hakkındaki duygularını keşfediyordu. Bu seansta ilişkisini bitirmeyi ya da bir aşk ilişkisi yaşamayı hayal ettiğinden söz etti. Bir toplantıda kendisine yakınlaşan bir adamla kısa bir aşk ilişkisi yaşadığını hatırladı. Baştan çıkmış ve dürtülerle kendini kaybetmiş bir haldeyken, kısa bir süre uzanmak için otel odasına gitmiş ve sonra olabilecekleri düşünmüştü. Dakikalar sonra bir panik atak çıkmıştı. Bu seansta panik duyguları, cinsel dürtüler, kaybetme korkusu, özerklik ve benlik saygısı için mücadele gibi farklı şeylerin birbiriyle bağlantılı olduğu görüldü.

Analitik Yorum Yapma. Analistler danışanların bilinçdışı çatışmalar konusunda içgörü kazanmalarını isterler. Fakat danışanların korkutucu olabilecek bu malzemeyle baş etmeyi öğrenmeden önce bunun altında ezilmesini de istemezler. Burada analitik yorum devreye girer. Analist, danışanın davranışları, serbest çağrışımı ve rüyaları hakkındaki soru ve yorumlarıyla, danışanın kendini keşfetme sürecine rehberlik eder. Bu nedenle eğer danışan bir olayın olası anlamını görmeye direnç gösterirse, terapist direnci sadece göstermez aynı zamanda neler olduğu konusunda yorumlar yapar.

Yorumlama işlemi süreklidir ve yorumlar değişebilir. Bu süreçte danışan başka açılardan bakması, görünür açıklamaları reddetmesi, daha derin anlamlar araması için sürekli teşvik edilir. Yorumlar danışana aktarımı anlaması ve etraflıca ele alması için yardım ettikçe, terapötik ilişki değişir. Danışanlar, savunmaların ve bilinçdışı çatışmaların sorunlara nasıl neden olduğunu sadece görmez, terapistle başlayarak, dünyayı farklı bir şekilde ele almayı öğrenirler. Ayrıca geçmişlerinden gelen güçlerin şimdiki davranışlarını belirlemek zorunda olmadığını da öğrenirler. Bu duygusal anlayış danışanı, yaşamla önceden olduğundan daha gerçekçi ve doyum verici bir biçimde mücadele etmesi için özgür kılar.

Ellen psikanalize devam ederken, o ve terapisti, Ellen'in ilişkilerini tanımlayan karmaşık duygusal durumların çoğunu daha iyi anlamaya başladılar. Ellen, kocasının erkek arkadaşlarıyla vakit geçirmesinin onun evliliği bitireceğinin habercisi olduğu yolundaki bilinçdışı endişeleri konusunda içgörü kazandı. Ve kocasının kendisini terkedeceği konusundaki endişeleri azaldı. Ellen, kocasının "enerjik" ve kimseye bağlı olmayan babasından tamamen farklı biri olduğunu anladı.

Panik ataklarının sıklığı azaldı ama tamamen ortadan kalkmadı. Ölmüş olan babası hakkında, annesiyle samimi bir konuşma yapmayı başardıktan sonra, annesiyle olan ilişkisi de gelişti. Ellen yavaş yavaş, terapistinin onunla çalışmaya pek istekli olmadığını hissetmeye başladı, fakat bu duygularını terapistine söylemedi. Ellen bir randevusunu kaçırdıktan sonra (işiyle ilgilenmesi gerektiğini söylemişti), terapist Ellen'ın terapi hakkındaki

duygularının değişip değişmediği araştırdı. Ellen, terapide ilerleyebileceği kadar ilerlediğini düşündüğünü itiraf etti. O ve analisti, terapiyi bitirme olasılığı üzerine konuştular. Analist terapiyi bitirmeyi uygun bulmuyordu. Çünkü önemli bazı malzemeler üzerinde çalışıyorlardı ve bu noktada terapiyi bitirmek istemesinin bir çeşit direnç olabileceğini düşünüyordu. Fakat yine de Ellen terapiyi sona erdirmeyi seçerse, onun bu kararını destekleyeceğini söyledi.

Ellen sonraki seansa da gelmedi ve bunun için yine işteki sorumluluklarını bahane etti. Günler sonra geldiği sonraki seansta neşeliydi ve kışkırtıcı biçimde giyinmişti fakat başka bir panik atak yaşadığını söyledi. Terapist onun neşeli tutumları ve giyinme tarzı konusunda yorum yaptığında, terapiste öfkelendi. Kendini neşelendirme ve etkileşimlerini daha keyifli hale getirme çabalarının terapist tarafından takdir edilmediğini düşündüğünü söyledi. Terapisti, muhtemelen onun sorunundan sıkıldığı ve artık buna ilgi duymadığı için, içten içe bu ilişkiyi sonlandırmayı istemekle suçladı.

Bu seans ve bunu takip eden seanslar özellikle verimliydi, çünkü aktarımı olduğu kadar Ellen'in direncini (son vermeyi teklif etme, randevulara gelmeme) de analiz etme fırsatları sunuyordu. Terapist, Ellen'in terapist tarafından terkedilmek üzere olduğu ve terapistin kendisini gerçekten umursamadığı konusundaki duygularının, onun babası ve kocası hakkında hissettiği şeylerin bir yansıması olduğunu ileri sürdü. Daha çekici, hatta belki de baştan çıkarıcı (fakat sahte duygularla) görünerek, bu terkedilmeyi önleme çabaları ve ardından gelen öfke duyguları da, onun geçmişten gelen örüntülerinin bugüne yansımalarıydı.

Ellen zamanla, yakın ilişkilerini bozan tekrarlayıcı bilinçdışı çatışmalarını kavrar hale geldi. Sonraki seanslarda, terapistle babasını birbirlerinden daha iyi biçimde ayırdı ve bunu kocasıyla da yapmaya başladı. Annesiyle ilişkisinin ve benlik saygısının geliştiği gibi evlilik ilişkisi de gelişti. Depresyon belirtileri azaldı. Panik atak tamamen ortadan kalkmasa da, çok daha seyrek ortaya çıkmaya başladı. Ellen şimdi, geçmişteki senaryolarından gelen davranış örüntülerini ve duygularını tanıyabildiğini düşünüyordu. Bu içgörü, ilişkilerinde farklı davranışlar denemeye olanak verdi. Kısacası, bilinçdışı çatışmaların psikanalizde bilinçli hale getirilmesi ve ardından bunların çözümlenmesiyle, artık onları tekrarlamaya mecbur değildi. İçgörü sayesinde, dürtüleri ve korkuları üzerinde daha fazla ego kontrolü geliştirdi.

Klasik psikanaliz teknikleri konusunda burada yaptığımız kısa açıklamalar, çok basittir ve pek çok detayı içermemektedir. Yaklaşımla ilgili daha ayrıntılı bilgileri pek çok kaynakta bulabilirsiniz (örn., Freud, 1949; Kernberg, 1976; McWilliams, 2004; Menninger, 1958; Peterson, Cooper ve Gabbard, 2005;Ward, 2006).

Bu Kısmın Özeti: Freud tarafından geliştirilen psikanalizin dayandığı kişilik tanımı, id, ego ve süperego olarak isimlendirilen kişilik bölümleri arasında içsel bir çatışma olduğunu ifade eder. Bu çatışmaların erken yaşantılardan gelen bir kısmı, muhtemelen hem alışkanlık haline gelir (sonraki ilişkilerde de tekrarlar), hem de bilinçdışında kalır

(kökeni ya da etkilerinin farkında olunmaksızın, otomatik olarak tekrar eder). Psikanalistler danışanın geçmişinin bugüne nasıl geldiğini anlamak için serbest çağrışım, rüya analizi gibi teknikler kullanırlar. Terapide, geçmiş ilişkilerin, şu anda başka kişilerle olan ilişkilerin (örn., eş ya da çocuklar) ve özellikle terapi ilişkisinin (örn., aktarım) benzerlikleri yorumlanmaya ya da ortaya çıkarılmaya çalışılır. Danışanlar bu bağlantıları farkettikçe ve tekrar tekrar üzerinde çalıştıkça, içgörü kazanırlar ve bu örüntüleri daha az tekrar eder hale gelirler.

PSİKODİNAMİK PSİKOTERAPİ

Bu Kısma Bakış: Pek çok kuramcı, Freudyen psikanalizde değişikliklerin yapılması gerektiğini savunmuştur. Bunlar, küçük değişimlerden belli temel ilkeleri tümden reddetmeye kadar farklı oranlardaki değişikliklerdir. Günümüzün psikodinamik yönelimli klinisyenlerinin çoğu, tedavilerini temelde psikanalize dayalı olmasına rağmen, psikanalizden bazı alanlarda farklılaşarak uygular: (a) cinsel ve saldırgan id dürtülerini daha az vurgularlar, (b) egonun uyumsal işlevlerine daha fazla ilgi gösterirler, (c) yakın ilişkilerin rolüyle daha fazla ilgilenirler, (d) terapistlerin ne ölçüde analiz ve yorumlama yapacakları ya da empati ve duygusal destek gösterecekleri konusunda esneklik gösterirler.

Freud'un kuramları takipçisi olan pek çok kişiyi etkilemiştir. Fakat bazı kuramcılar psikanalitik kuramın bazı yönlerini korurken, bazı yönlerini de değiştirme arayışına girmişlerdir. Psikanalizle bazı temel varsayımları paylaşan fakat bazılarını da önemli ölçüde değiştiren bu terapilere psikodinamik terapiler denir.

Benzer görüşlerdeki kuramcı ve uygulayıcıların biçimlendirdiği okul ve yaklaşımlar bu çeşitliliği ortaya çıkarmıştır (Pine, 1990; Tablo 7.2'ye bknz.,). Burada sınırlı bir yer olması nedeniyle hepsine değinmemiş olsak da, psikodinamik tedavilerin en tanınmış bazı biçimlerine göz atalım.

TABLO 7.2.

Psikanalitik Kuram ve Uygulamada Çeşitlilikler

Yaklaşım	Kuramcı	Önem verilen konular
Freudyen Psikanalize ilk alternatifler		
Bireysel psikoloji	Alfred Adler	Aşağılık duygularıyla başa çıkma çabası; sosyal güdüler ve sosyal davranışın önemi
Analitik psikoloji	Carl Jung	Kişilikte karşıtlıkların (örn. Anima, animus) uzlaşması, içedönüklük ve dışadönüklük kişilik yönelimleri, kişisel ve kolektif bilinçdışı
İstenç terapisi	Otto Rank	Danışanın seçimi; teknik beceriden çok terapistin insancıllığı

TABLO 7.2. devamı

Psikanalitik Kuram ve Uygulamada Çeşitlilikler

Yaklaşım	Kuramcı	Önem verilen konular
Daha Yakın Zamandaki Psikodinamik Alternatifler		
Ego Psikolojisi	Anna Freud, Heinz Hartman, David Rapaport	Uyumsal ego işlevlerine odaklanma; kimlik ve yakın ilişkilerin kurulmasına odaklanma
Nesne İlişkileri Kuramı	Melanie Klein, Otto Kernberg, David Winnicott, W. R.D. Fairbairn	Erken bağlanmalardan gelen kişilerarası ilişkilerin zihinsel temsillerinin değiştirilmesi
Kendilik Psikolojisi	Heinz Kohut	Nesne ilişkileri kuramıyla yakın ilişkilidir fakat özerk kendiliğin gelişmesini vurgular.
Kişilerarası ilişkiler okulu	Harry Stack Sullivan, Clara Thompson	Bozuklukların ve tedavinin kişilerarası bağlamları
İlişkisel ve postmodern yaklaşımlar	Steven Mitchell, Robert Stolorow, George Atwood	Bakım verenle ilişkilere güçlü bir vurgu ve danışan ve terapist arasında ortaklaşa yaratılan "öznelerarası alan"ın keşfi
Kısa süreli psikodinamik yaklaşımlar	Wilhelm Stekel, Hans Strupp	Geçmişin yorumlanması yerine, baş etme stratejilerinin vurgulanması

KAYNAKLAR: Curtis ve Hirsch, 2003; Gabbard, 2005; Hergenhahn, 1994; Kutash,1976; Prochaska ve Norcross, 1999; Wolitzky, 2003 kaynaklarından uyarlanmıştır.

Psikanalitik Yönelimli Psikoterapi

Freud tarafından belirlenen esaslardan sadece biraz farklı psikanalitik yöntemler kullanan terapistlerin psikanalitik yönelimli psikoterapi uyguladıkları söylenir. Örneğin, 1930 ve 1940'larda Franz Alexander ve Chicago Psikanalitik Enstitüsündeki çalışma arkadaşları tedavinin her vakada yoğun, uzun süreli olması ve benzer esaslarla yapılması gerektiği yönündeki inancı sorgulamışlardır (Alexander ve French, 1946). Onlar ayrıca küçük yaştaki danışanlar ya da ciddi rahatsızlığı olan danışanlar gibi daha önceleri terapiye alınmayan danışanlara da psikanaliz uygulama arayışına girmişlerdir.

Psikanalitik yönelimli psikoterapide her hasta psikanalizde olduğu gibi standart olarak haftada 5 seans görülmez. Çünkü hergün yapılan seanslar, analiste bağımlılığı çok fazla besler ya da hasta için rutin hale gelir ve terapiye dikkatini çok fazla veremez. Seansların sıklığı, koşullara göre değişir. Tedavinin başlarında hasta her gün görülebilir; sonra bunların yerini daha seyrek seanslar alabilir. Alexander, tedaviye geçici süre ara vermenin, hastanın terapi olmaksızın yaşama becerisini test etmesine olanak sağlaması ve terapiste bağlılığının

azalması nedeniyle yararlı olabileceğini ileri sürmüştür. Alexander, bazı danışanların direnç, içgörü ve aktarımı tamamen incelemek ve çözümlemek amacıyla uzun süreli psikanalize ihtiyaçlarının olduğunu söylemiştir. Bununla birlikte bazı danışanların da (görece daha hafif ya da özellikle çok ciddi sorunu olanların) klasik analizdeki gibi ortaya çıkarmaktan ve yeniden yapılandırmaktan ziyade, desteği amaçlayan daha kısa süreli bir tedaviye uygun olduklarını bildirmiştir (bu yaklaşımın örneği olarak Davanloo, 1994'e bknz.,).

Alfred Adler'in Bireysel Psikolojisi

Ortodoks psikanaliz saflarını ilk terkeden kişi olan Alfred Adler, Freud'un ilk takipçilerindendi. Ancak Adler, içgüdüler, çocuk cinselliği ve davranışların belirlenmesinde bilinçdışının rolü gibi Freud'un vurguladığı konulara önem vermemiştir. Onun tedavi yöntemi, yanlış yorumlamaları (onun isimlendirdiği şekliyle uyumsal olmayan yaşam stilini) keşfetmeye ve değiştirmeye odaklanır. Böylece, ergenlik çağındaki bir oğlanın her sabah okuldan önce kusmasını, katı bir Freudyen bir çeşit savunma olarak görebilirken, Adlerci bir analist ise bu problemi, "herkesten daha iyi olmalıyım" gibi yanlış bir yorumlamanın getirdiği gerginliğin bir yansıması olarak görecektir. Freudyen analizde kusma, serbest çağrışım yoluyla incelenebilir. Buna karşılık Adler'in bireysel analizini kullanan bir terapist, danışanla semptomun yaşam stilinin bir göstergesi olduğunu ve kişinin yaşam stilinin ise, kendisini zayıf algılamasından koruyan yanlış yorumlamaların sonucu oluştuğunu tartışacaktır. Gencin daha uygun tutumlar biçimlendirmesine yardım edilecek ve yaşam stilini daha uyumlu bir yönde değiştirmesi için teşvik edilecektir. Adlerci analizde, danışan ve terapist birbirine benzeyen sandalyelerde yüz yüze oturur. Terapiste yönelik olarak ifade edilen duygular ve tepkiler (aktarım), bilinçdışı çocukluk çatışmalarının bir yansıması olarak değil, danışanın alışkanlık haline getirdiği insanlarla ilişki kurma biçimi olarak yorumlanır. Benzer şekilde Adlerciler direnci, danışanın hoşlanmadığı malzemeden nasıl kaçındığının bir örneği olarak görürler. Ve rüyaları sembolik biçimde isteklerin yerine getirilmesi olarak değil, danışanın gelecekteki problemlerle nasıl başedeceğinin bir provası olarak görürler. Freudyenler, şu anki problemlerin geçmişteki nedenleri konusunda içgörü geliştirmek üzere yorum yaparken, Adlercilerin yorumları, danışanın şu anki yaşam stili konusunda içgörü geliştirmek üzeredir. Adlerci terapistler, danışana değişim için öneride bulunmayı ve onu teşvik etmeyi Freudyenlerden daha çok kullanırlar. Örneğin, danışan kocasına bağımlılığının, kendini koruma arayışı (ve böylece diğerlerini kontrol etme) biçiminin bir parçası olduğunu farkedince, terapist değişimi başlatmak için çeşitli alternatif yollar gösterebilir. Ayrıca Adlerciler hastaların yaşam stilllerinin farkına varmalarına ve değişimi başlatmalarına yardımcı olmak için model alma, ev ödevi yapma ve diğer teknikleri kullanırlar. Bu yöntemlerin pek çoğu daha sonra tanımlanacak olan davranışçı ve insancıl terapilerde kullanılan yöntemlere benzerdir.

Ego Psikolojisi

Psikanalitik yönelimli terapistler temelde Freud'un yöntemlerinde düzenlemeler yaparken, ego analistleri olarak bilinen bir başka grup, onun bazı temel prensiplerine meydan okumuştur. Örneğin ego analistleri, Freud'un davranışların ve davranış bozukluklarının temelinde cinsel ve saldırgan dürtülerin (id) olduğu yolundaki görüşünün çok sığ olduğunu savunurlar. Onlar, davranışın büyük oranda ego tarafından belirlendiğini ve egonun işlevinin sadece id dürtüleriyle savaşmak ya da çatışmalara hakemlik yapmak olmadığını, aynı zamanda öğrenme ve yaratıcılığı da geliştirmek olduğunu söylerler. Bu fikirler, Heinz Hartmann (1958), David Rapaport (1951), Erik Erikson (1946) ve Freud'un kızı Anna (1946) gibi analistlerin psikanalitik teknikleri, hastaların uyumsal ego işlevlerini keşfetmesi için kullanmasına öncülük etmiştir.

Ego-analitik teknikler, terapistin erken çocukluk deneyimlerinin çözümlenmesine daha az ve şu anki sorunların çözümlenmesine daha fazla odaklanması bakımından klasik analitik tekniklerden farklılaşırlar. Terapistler danışanın ego gücünü değerlendirmeye ve desteklemeye çalışırlar. Ego gücü, gerçekliği test etmeyi, dürtü kontrolünü, yargılamayı ve daha olgun savunma mekanizmalarını (örneğin yüceltme) kullanmayı içerir. Ego psikolojisinde de terapötik ilişki önemlidir. Fakat ilişki, çarpık aktarımlardan çok, destekleyici ve güven verici işlevi nedeniyle önemlidir.

Nesne İlişkileri ve Kendilik (Self) Psikolojisi

Psikanalizde tanınmış bir başka biçim, Otto Kernberg (1976) ve Heinz Kohut'un (1977, 1983) yanı sıra W. R. D. Fairbairn (1952), Donald Winnicott (1965), Melanie Klein (1975) ve Margaret Mahler (Mahler, Pine ve Bergman, 1975) gibi isimleri içeren bir grup İngiliz analistin ortaya çıkardığı bir hareket olan nesne ilişkileri kuramıdır. Ego psikolojisi egonun rolünü genişletirken, nesne ilişkileri kuramı psikodinamik düşüncede, ilişkinin özellikle de erken dönem ilişkinin rolünü genişletmiştir. Nesne ilişkileri kuramı ve ona dayalı olan terapisi, çok erken yaşlarda bebek ve bakım veren arasındaki etkileşimle şekillenen kişilerarası ilişkinin doğasına odaklanır (Blatt ve Lerner, 1983; Eagle, 1984). Bu erken ilişkiler, sonraki ilişkilerin prototipleri olarak görüldükleri için, bu ilişkilerdeki aksaklıkların sonraki yaşamda derin sonuçlar doğurabileceği düşünülür. Örneğin, psikotik ya da kişilik bozukluğu olan danışanlarla çalışan terapistler, danışanlarını bir noktada kendilerini idealize ederken, bir başka noktada şeytanlaştırırken bulabilirler. Bu tip danışanlarla, ilişkiyle ilgili konularda çalışmanın özellikle zor ve zaman alıcı olması beklenir.

Bu nedenle klasik psikanalistlerin tersine, nesne ilişkileri kuramcıları terapötik ilişkiyi analiz edilmesi gereken aktarımlar olarak görmezler. Onlar terapötik ilişkiyi, bebekliğinde eksik olan doyumu, yakın bir ilişkide sağlaması için

danışanın "ikinci bir şansı" olarak görürler. Zarar gören benlikleri egonun desteklemesi, kabul etmesi ve psikolojik olarak "tutma"sını vurgulaması nedeniyle nesne ilişkileri terapisi psikanalizin en popüler uyarlamalarından biri olmuştur. Bunun başlıca nedeni, terapötik ilişkide dostane ve doğal insani duruşa olanak veren bir yaklaşımın, pek çok terapist tarafından geleneksel Freudyen nötrlüğe tercih edilmesidir.

Kohut'un kendilik psikolojisi daha çok kendiliğe ya da kendilik-kavramına odaklanır. Fakat bu yaklaşımda nesne ilişkileri yaklaşımında olduğu gibi analistin görevinin, danışana empatik tepki göstermek ve bakım vermek olduğu, çünkü danışanın bir bebekken bunları görmediği düşünülür. Bu yaklaşımda terapistin rolü daha sonra tartışacağımız insancıl / fenomenolojik terapilerde anlatılanla benzerdir (Kahn, 1985).

İlişkisel Psikodinamik Psikoterapi

İlişkisel psikodinamik yaklaşımlar, geleneksel psikanalizden, ego psikolojisinden, nesne ilişkileri kuramından, kendilik psikolojisinden, Sullivan'ın kişilerarası terapisinden ve insancıl, birey-merkezli ve fenomenolojik yaklaşımlardan (sonraki bölümde tanımlanmıştır) öğeler içeren bir grup kuramdır (Curtis ve Hirsch, 2003; DeYoung, 2003). Adından da anlaşılacağı gibi ilişkisel psikodinamik kuram, bakım verenle ilişkilerin önemini vurgular. Nesne ilişkileri kuramcıları gibi ilişkisel kuramcılar da, erken ilişkileri sonraki ilişkiler için bir şablon olarak görür ve erken ilişkilerin önemini vurgularlar. Onlar, ilişkilerin nesnel boyutuna (gerçekten olan olaylara) ve öznel boyutuna (katılan kişi tarafından algılanan ve zihinsel olarak temsil edilen ilişki tarzına) dikkat çekerler. İlişkisel psikodinamik kuram ve uygulamada özellikle bunlardan ikincisi önemli bir rol oynar. Freud'un içruhsal yaklaşımının tersine, ilişkisel kuramcılar güçlü bir ilişkisel yaklaşımı benimserler. Kişilerarası bakış açısının babası olan Harry Stack Sullivan, ilişkisel yaklaşımların gelişiminde önemli bir rol oynamıştır. Sullivan, danışanın kendisine özgü biliş ve davranışlarının başarılı bir yaşam sürmesine nasıl engel olduğunu ortaya koymak için, terapistlerin danışanın şimdiki ve geçmişteki kişilerarası ilişkilerini incelemeleri gerektiğine inanmıştır. Bununla birlikte Sullivan ve sonraki ilişkisel terapistler, terapistlerin terapötik ilişkiye bakışlarının doğru olduğu varsayımına karşı tedbirli yaklaşmışlardır. Danışan ve terapistin her ikisi de kendi öznel bakış açısından değerlendirme yaptığı için, ilişkisel psikodinamik kuramcılar hiçbir algının nesnel geçerliğinin olamayacağına inanırlar.

İlişkisel psikodinamik yaklaşım Birleşik Devletlerde son on yılda (DeYoung, 2003; Wolitzky, 2003) dikkate değer biçimde popüler olmuştur. Bunun nedeni kısmen yaklaşımın öznelerarasılık (*intersubjectivism), yapısalcılık ya da postmodernizm* gibi çeşitli şekillerde isimlendirilen geniş entelektüel eğilimle bağdaşmasıdır (Neimeyer ve Bridges, 2003). Bu eğilimin merkezi, gerçekliğe bir bakı-

şın "doğru" olup olmadığına hiçbir otoritenin karar veremeyeceği fakat yine de birlikte inşa edilmiş görüşlerin son derece anlamlı olduğu fikridir. Bu nedenle ilişkisel psikodinamik terapistler, danışan ve terapist arasında gelişen ortak kavramsal ve kişilerarası anlayışı, kendi başına analize değer psikolojik bir sistem olarak görürler (Stolorow, 1993). Bu nedenle ilişkisel psikodinamik terapiler bazen "iki kişi kuramları" (two-person theories) olarak isimlendirilir (Gabbard, 2000).

Kısa Süreli Psikodinamik Psikoterapi

Freud'un ilk tedavilerinin bir kısmı kısa olmasına rağmen, yakın zamana kadar çok az insan, psikodinamik yaklaşımla kısa süreli tedavi yapmak ile ilgilenmiştir (Levison ve Strupp,1999). Kısa süreli dinamik psikoterapiler, tipik olarak 20 ya da daha az seans sayısı gibi nispeten az sayıda seansla ulaşılabilen faydacı amaçları vurgular. Terapistler, erken dönem ilişkilerini çözümlemeye yardımcı olmaktan ya da kişiliği yeniden yapılandırmaktan ziyade, danışanın şu anki kriz ya da sorunla baş etmesine yardımcı olmaya odaklanırlar.

Kısa süreli dinamik terapistler, mümkün olduğunca çabuk bir şekilde bir terapötik ittifak oluştururlar ve sonra danışanın belirli alanlarda baş etme stratejileri benimsemesine yardım ederler. İşteki sorunlu bir ilişkiyle baş etmeye ya da kaygı yönetimine odaklanabilirler. Terapinin temposunu artırmak için, diğer psikodinamik terapi biçimlerinde olduğundan daha aktiftirler. Psikanalizin geleneksel tekniklerini kullanabildikleri gibi, ev ödevi de verebilir, danışanı kendine yardım gruplarına da yönlendirebilir ya da genelde psikodinamik tedavilerle ilişkili olmayan başka teknikleri de kullanabilirler. Kısa süreli dinamik terapiler için birkaç model vardır. Bunların bir kısmının belirli bozuklukların tedavisi için el kitapları da vardır (Levison ve Strupp, 1999). Genellikle depresif bozukluğu olan kişiler için kullanılan bir tedavi olan Kişilerarası İlişkiler Terapisi (KİT), kısa süreli bir dinamik tedavi örneğidir ve bu tedavinin umut verici sonuçları vardır (Klerman, Weissman, Rounsaville ve Chevron,1984).

Psikodinamik Terapilerin Ortak Özellikleri ve Çeşitlilikleri

Tartıştığımız tüm farklı psikodinamik terapi biçimleri hakkında *düşünürken kullanılabilecek en yararlı yol*, onları psikanalize benzerliklerine göre bir çizgi üzerinde sınıflandırmaktır. Buna göre, bir uçta psikanalizin kendisi ve ona yakın konumda psikanalitik *yönelimli psikoterapiler yer alır. Diğer uçta ise* psikodinamik terapinin ilişkisel ve postmodern biçimleri yer alır. Bunların arasında ego psikolojisine, self psikolojisine ve kişilerarası psikolojiye dayalı terapiler bulunur. Bu tedaviler farklı görünmesine ve bazı açılardan da farklı olmalarına rağmen, hepsinin, a) iç ruhsal çatışmaların b) bilinçdışı süreçlerin c) erken dönem ilişkilerin d) ego işlevlerinin e) terapist-danışan ilişkisinin psikolojik önemi konula-

rında benzer temel inançları paylaştığını unutmayın. Bu terapiler, büyük oranda vurgulanan konularda ve bu kavramların tedavide nasıl uygulandığı konusunda farklılaşmaktadır. Bu yaklaşımların ortak bir başka özelliği tedavinin geleneksel psikanalizden daha kısa olmasıdır. Uzun süreli psikodinamik psikoterapi genellikle haftada bir ya da iki kez 45-50 dakikalık seanslarla yapılır ve 6 ay ve daha fazla sürer. Daha destekleyici biçimde tasarlanan psikodinamik psikoterapi, danışanın ihtiyaçlarına göre farklılaşır. Ayda bir ya da iki kez yapılan 25 dakikalık seanslar kadar kısa olabileceği gibi, uzun süreli psikodinamik terapilerde olduğu kadar uzun ve sık da olabilir (Gabbard, 2005).

Destekleyici - Dışavurumcu Boyut. *Çağdaş* psikodinamik psikoterapistler, danışanın ilgilenildiğini ve anlaşıldığını hissettiği empatik ve destekleyici bir atmosfer yaratma peşinde koşarlar. Pek çoğu bu atmosferin danışan için onarıcı bir duygusal yaşantı yarattığına ve içgörüden bağımsız olarak iyileştirici bir faktör olacağına inanır (Strupp, 1989; Strupp ve Blinder, 1984). Psikodinamik psikoterapistler, psikanalizde savunulan analitik müdahalelerden, kişilerarası ve ilişkisel yaklaşımlar tarafından vurgulanan daha destekleyici müdahalelere kadar çok farklı müdahaleleri uygulayabilirler. Gabbard (2005) tekniklerdeki bu çeşitlilikten, *destekleyici-dışavurumcu süreklilik* olarak bahseder.

Daha destekleyici müdahaleler yapan terapistler danışanlara genellikle baş etmede, stresi azaltmada ve günlük işlevsellikte yardım etmeye çalışırlar. Bu klinisyenler uygulamada, dışavurumcu terapideki terapistlerden daha aktif olabilirler. Örneğin, eğer bir danışan hayatındaki önemli bir kişiyi kaybetmişse (örn. çocuğu ya da eşi ölmüşse) ya da engellenmeye toleransı çok düşükse, terapist içgörü kazandırma amacından vazgeçebilir ve daha empatik, cesaretlendirici ve destekleyici tarzdaki müdahalelere girişebilir. İşinden memnun olmayan bir danışanı, daha iyi pozisyonda bir iş araması için cesaretlendirebilir. Böylece terapistin rolü destekleyici ve eğitici olur. Terapötik ilişkinin, gelişme planları yapmak için istikrarlı bir ortam sağladığı fikri gerçek yaşamda test edilebilir.

Bir klinisyen daha destekleyici mi yoksa daha dışavurumcu mu bir müdahalede bulunacağına nasıl karar verir? Tablo 7.3 klinisyenin karar vermesini etkileyen bazı faktörleri listelemektedir.

Psikodinamik Terapilerin Şimdiki Durumu

Klasik psikanaliz klinisyenlerin sadece yaklaşık %2'si tarafından uygulanmaktadır (Bechtoldt, Norcross, Wyckoff, Pokrywa ve Campbell, 2001). Fakat psikodinamik yönelimli terapi çeşitleri büyük oranda klinisyen tarafından uygulanmaya devam etmektedir ve bir grup lisansüstü ve profesyonel okul tarafından baskın bir yönelim olarak öğretilmektedir. Psikodinamik yönelimli araştırma yayınlarını bulmak da kolaydır. Aslında, bilişsel davranışçı ve eklektik yaklaşımlarla birlikte, psikodinamik yaklaşım klinik psikolojide en popüler üç yaklaşım arasında yer al-

maktadır (Bechtoldt ve diğ., 2001). Freud'un kuramının bazı yönlerine kuşkuyla bakıldığından, psikodimamik kuramı tümüyle reddetmeye yönelik bazı muhalif eğilimlere rağmen, psikodinamik yaklaşım evrim geçirmiş ve klinik psikolojide önemli bir güç olarak kalmıştır. Psikodinamik psikoterapi konusunda daha detaylı bilgi almak için, bazı güncel ve seçkin psikoterapi metinlerine bakabilirsiniz (Corsini ve Wedding, 2007; DeYoung, 2003; Gabbard, 2005; Gurman ve Messer, 2003; Kljenak, 2006; McWilliams, 2004; Murdock, 2004).

TABLO 7.3.

Psikodinamik Psikoterapide Destekleyiciliği ya da Dışavurumculuğu Belirleyen Faktörler

Dışavurumcu	Destekleyici
Güçlü bir anlama motivasyonun olması	Kronik doğası olan önemli ego yetersizlikleri
Belirgin rahatsızlığın olması	Ciddi bir yaşam krizinin olması
Ego hizmetinde gerileme becerisinin olması	Anksiyeteye toleransın düşük olması
Engellenmeye toleransın olması	Engellenmeye toleransın zayıf olması
İçgörü kapasitesinin olması (psikolojik zihinlilik)	Psikolojik zihinliliğin olmaması
Gerçekliği test etme becerisinin bozulmamış olması	Gerçekliği test etme becerisinin zayıf olması
Anlamlı nesne ilişkilerinin olması	Nesne ilişkilerinin ciddi biçimde zarar görmüş olması
Dürtü kontrolünün iyi olması	Dürtü kontrolünün zayıf olması
Bir işi sürdürebilme becerisinin olması	Zekânın düşük olması
Mecaz ve benzetme üzerinden düşünme kapasitesinin olması	Organik temelli bilişsel işlev bozukluğunun olması
Deneme niteliğindeki yorumlara akılcı tepkiler verebilmesi	Terapötik bir ilişki kurma yeteneğinin zayıf olması

KAYNAK: Klinik Uygulamada Psikodinamik Psikiyatri, 4. Baskı, editör: G.O.Gabbard, 2005 (Washington, DC:American Psychiatric Publishing), s.115. Copyright 2005 American Psikiyatri Yayınları. İzin alınarak uyarlanmıştır.

Bu Kısmın Özeti: Psikanalitik kuram ve uygulama, Freud'un orijinal formülasyonunun ötesine geçmeye devam etmiştir. Sonraki psikanalitik kuramcılar Freud'un id, cinsellik ve saldırganlık konusundaki vurgusundan uzaklaşmıştır. Egonun uyumsal, yaratıcı ve problem çözücü rolünü vurgulamışlardır. Ayrıca sağlıklı kişiliğin ve psikopatolojinin gelişiminde ve psikoterapide kişilerarası ilişkilerin önemini vurgulamayı oldukça artırmışlardır. Pek çok analitik yönelimli klinisyen, danışanın işlevsel olmayan ve kökeni geçmişe dayanan örüntüleri konusunda içgörü kazanmasına yardım etmek için, aktarım ilişkisini analiz etmeye devam etmektedir. Onlar bunu Freud'unkinden farklı bir terapötik ilişki anlayışıyla yaparlar. Özellikle ilişkisel psikodinamik kuramcılar, terapötik ilişki dahil tüm ilişkilerin öznel bir doğaya sahip olduğunu vurgularlar. Bu

bakış açısı, terapideki yorumlama ve anlam bulma sürecinin işbirliği içinde olmasını gerektirir. Psikodinamik psikoterapistler oldukça dışavurumcu ve analitikten, oldukça destekleyiciye kadar çok geniş bir aralıkta müdahale imkânı sunarlar.

İNSANCIL PSİKOTERAPİLER

Bu Kısma Bakış: Burada, psikoterapide bilinçdışı çatışmalardan ziyade bilinçli farkındalığı vurgulayan insancıl yaklaşımları tanımlayacağız. Bu yaklaşımlar ayrıca, terapistin danışanın yaşantısal dünyasını anlama arayışında olduğunu ve terapötik bir atmosfer ve terapötik bir ilişki yaratmak için anlayışa dayalı bir ilişki kurmaya çalıştığını vurgulamaktadır. İnsancıl terapistler tarafından yapılan tedavilerde, bu ilişkinin kendisi temel iyileştirici faktör olarak görülür.

Tedaviye insancıl yaklaşımlar, danışanların o anki 'burada- ve –şimdi' yaşantılarına odaklanmalarının önemini vurgularlar. Bu yaklaşımlara örnek olarak, birey merkezli psikoterapi (Rogers, 1951), Gestalt terapi (Perls, 1969), varoluşçu terapi (May, 1981; Frankl, 1967), odaklanma yönelimli psikoterapi (Gendlin, 1996) ve bunun gibi birkaç terapi verilebilir.

2. Bölümde tartışıldığı gibi, insancıl psikoterapistler insanları, eğer her şey yolunda giderse, biricik bireyler oldukları için, bilinçli bir şekilde potansiyellerinin tam olarak farkına varmaya yönelik davranışlarda bulunan, yaratıcı ve büyüme kapasitesi olan varlıklar olarak görürler. Davranış bozuklukları ortaya çıktığında, bunun genellikle farkındalığın bozulmasından ya da varoluşun sınırlanmasından kaynaklandığı düşünülür. Bu durum çeşitli terapötik yaşantılar yoluyla ortadan kaldırılabilir. (Fischer, 1989; Greenberg, Elliott ve Lietaer, 1994).

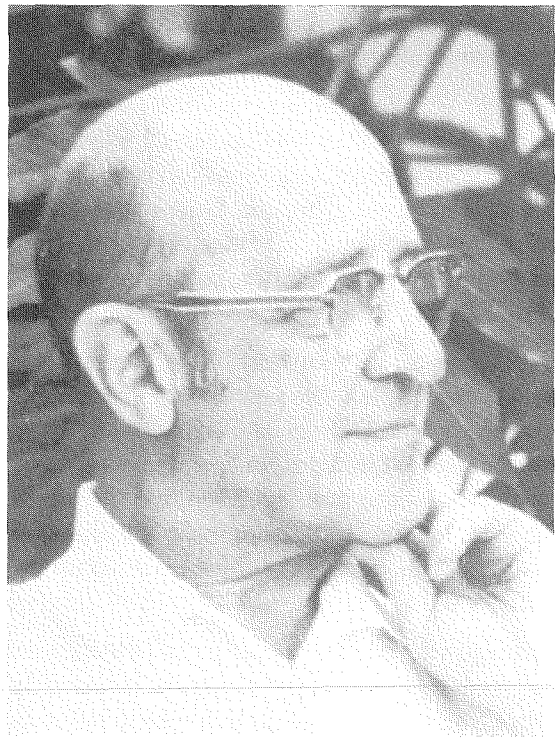
İnsancıl tedavilerle ilişkili amaç ve teknikleri bir kaç tema bir araya getirir. İlk olarak insancıl terapistler, danışanların yaşantılarını sadece kendi bakış açılarından anlayabildiklerini varsayarlar. İkinci olarak, pek çok insancıl terapist, insanoğlunu içgüdü odaklı yaratıklar olarak görmez, onları yaşamları konusunda seçimler yapabilen ve kendi kaderlerini belirleyebilen doğası gereği iyi insanlar olarak görürler. Üçüncü olarak, insancıl terapistler terapötik ilişkiyi terapinin faydalı olabilmesi için temel araç olarak görürler. Bu, hem danışanın hem terapistin dürüst ve duygusal olarak açık olduğu kişilerarası bir yaşantı olmalıdır.

Bu, danışanın eşit pozisyonda görüldüğünü; terapistin danışanı kendi yaşantıları konusunda uzman olan ve sonunda kendi yaşamı konusunda karar verecek olan sorumluluk sahibi bireyler olarak gördüğünü ifade eder. Sonuç olarak insancıl terapistler, kafa karıştırıcı ya da acı verici duyguları keşfetmenin ve deneyimlemenin önemini vurgularlar.

Kişi-Merkezli Terapi

Bu zamana kadarki insancıl yaklaşımların en tanınmışı Carl Rogers tarafından

geliştirilen ve 2. Bölümde sunulan *kişi-merkezli psikoterapidir*. Rogers başlangıçta yaklaşımına *danışan-merkezli terapi* ismini vermiştir ancak daha sonra uygulamalarını genişlettiği gibi adını da değiştirmiştir. İlk olarak 1920'lerin sonunda psikodinamik yöntemle eğitim alan Rogers, daha sonra bu yaklaşımda terapistlerin durmadan bilinçdışı çatışma arayan otorite figürleri olmasından rahatsız olmaya başlamıştı. Rogers, klinik çalışma yapmak için daha iyi bir yol olması gerektiğini düşünüyordu. Ve Otto Rank'in, Freud'un fikirlerinde değişiklikler yaparak oluşturduğu (Tablo 7.2) tedavi yaklaşımını keşfettiğinde, Rogers için de alternatif bir yaklaşım şekillenmeye başlamıştı. Rank için danışan, "...sağlıklı olma istemi olan ve yapılandırıcı güçler içeren, canlı bir amaçtır. Terapist bireye kendisini anlama, kendisini kabul etme konusunda rehberlik eder. İyileştirici olan, terapistin teknik becerileri değildir, terapist *bir insan olarak* iyileştiricidir. Şimdide yaşanan terapinin spontanlığı ve biricikliği hastayı sağlığa kavuşturur" (Meador ve Rogers, 1973, s. 121; italikler eklenmiştir.).



Carl Rogers (1902–1987)
by John T.Wood.
(Carl Rogers'ın izniyle)

Rogers, otoriter olmama ve iyi insan ilişkisinin değeri konularındaki bu fikirleri terapi seanslarında bir araya getirmeye başladığı zaman, "neyin incittiğini, hangi yönde gidilmesi gerektiğini, hangi sorunun çok önemli olduğunu, en derinlerde

yatan yaşantıların ne olduğunu bilen kişinin danışan olduğuna" *inanır hale geldi* (Rogers, 1961, ss. 11–12). Rogers ayrıca terapiyi bir *"eğer ..... ise, o zaman ..."* ifadesi olarak görmeye başladı: *Eğer* terapist tarafından doğru koşullar yaratılırsa, o *zaman* büyüme için doğuştan gelen bir potansiyel ile güdülenen danışan kendiliğinden gelişecektir.

Rogers'ın Kişilik Kuramı ve Psikopatolojiye Bakışı. Rogers'ın kişi-merkezli kuramı, gelişimsel sürecin ya az sağlıklı ya da çok sağlıklı kişilik işlevselliğine yol açtığını ileri sürer. Bu süreçte benlik (self) kavramı önemlidir. Benlik kişinin "ben" olarak tanımladığı yaşantıları temsil eder (Murdock, 2004). O, değerleri, imgeleri, anıları, davranış örüntülerini ve özellikle de mevcut yaşantıları içerir. Benliğin gerçek benlik ve ideal benlik diye iki önemli görünümü vardır. Şimdi bunların nasıl geliştiğine bakalım.

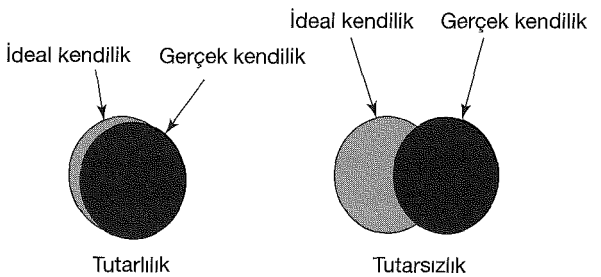
Benlik ve Değerlilik Koşulları. *Çocuklar büyüdükçe, hoşlandıklarını ve hoşlanmadıklarını, yeteneklerini, duygusal durumlarını ve bunun gibi şeyleri tanımaya başlarlar. Kısaca, benlik kavramları genişler*, fakat bu yalıtılmış biçimde olmaz, başkalarıyla özellikle de ebeveynlerle ilişkileri bağlamında gelişir. Çocuk, başkalarının onun belirli benlik yaşantılarına diğer yaşantılarından daha fazla saygı duyduğunun farkına varmaya başlar.

Rogers'a *göre* ideal olan durum, ebeveynlerin çocuğun davranış ve yaşantılarının tümünü kabul ettiklerini (eğer onaylamıyorsa) göstermekte başarılı olmasıdır. Rogers bu tip iletişime *koşulsuz olumlu kabul* adını verir ve psikolojik büyüme için bunu ciddi bir gereklilik sayar. Ebeveynler çocuklarının davranışlarını ve yaşantılarını kabul ettiğini gösterdikçe, çocuk doğal olarak yaşantılarını *gerçek benlik kavramında* bir araya geririr. Çocuk bu yaşantıları benliğinin bir parçası olarak algılamaya başlar ve başkaları bunlara değer verdiği için o da bunlara değer verir.

Fakat ebeveynler çocuğun bazı davranışlarını ya da yaşantılarını reddettiklerini ya da onaylamadıklarını gösterdiğinde, çocuk sevgiyi koşullu olarak yaşayabilir. Bunun özellikle, *eğer çocuk* ebeveynlerinin onun davranışlarını değil de bizzat kendisini onaylamadığını hissederse ortaya çıkması olasıdır ("sen aptalsın" diyen bir ebeveyn "seni seviyorum fakat bunu yapman beni kızdırıyor" diyen bir ebeveynden farklı bir mesaj veriyordur). Rogers bu duruma *değerliliğin koşulları* der. Çünkü çocuk bir birey olarak değerinin ya da kabul edilmesinin belirli şekilde düşünmesine ya da davranmasına bağlı olduğuna inanmaya başlar. Çocuğun gerçek benlik kavramı *ideal benlik-kavramından* ne kadar saparsa, değerlilik koşulları o kadar çok bildirilir. İdeal benlik o anda "ben" olarak deneyimlenmez ama çocuğun yapması gerektiğine inandığı şeyler olarak deneyimlenir.

Tutarsızlık. Gerçek benlik ve ideal benlik arasındaki farklılık tutarsızlık olarak adlandırılır. Bu bir derece meselesidir, çünkü bir çocuğun tüm yaşantı ve

davranışlarına koşulsuz olumlu kabul gösteren hiçbir anne baba yoktur. Fakat bir kişinin kendine olumlu saygısı, başka insanların değer verdiği şekilde davranması ve hissetmesine ne kadar bağlıysa, gerçek benliği ile ideal benliği de o kadar ayrı hale gelecektir (Şekil 7.2'ye bknz.,)



ŞEKİL 7.2 Tutarlılık ve Tutarsızlık

Kısacası, değerlilik koşulları, insanları gerçek duygu ya da yaşantılarını çarpıtmaya mecbur eder. Bu olduğunda, bozukluk belirtileri ortaya çıkabilir. Bu nedenle eğer bir insan gerçekten bir sanatçı olmak istiyorsa, fakat ailesi onun muhasebeci olmasını istediği için bu duyguları görmezden geliniyorsa, depresyon ortaya çıkabilir. Kişinin davranışları (örn., muhasebeden hoşlandığını söyleme) giderek gerçek duygularından farklı ve onlarla tutarsız olduğundan, büyüme duracaktır. Çarpıtmalar ve farkındalık eksikliğinin ürettiği belirtiler tümüyle bilinçli olmayabilir fakat bunlar psikanalitik yaklaşımın ileri sürdüğü gibi ulaşılamaz da değildir.

Kişi-Merkezli Terapinin Amaçları

Kişi-merkezli terapistler, danışan için tedavi amaçları oluşturmazlar. Aksine, danışanlar kendi amaçlarını seçmekte özgürdürler (Bohart, 2003). Yine de terapistin bakış açısından, terapinin anahtar amacı, danışanın anbean yaşantılarının daha güvenilir biçimde farkına varmasını sağlamaktır. Terapist kurduğu kişilerarası ilişki ile bu farkındalığı artırır. Bu ilişki danışanın tutarsızlığını azaltır ve kişisel büyümesini ilerletir. Rogers, bu büyümeyi sağlayan ilişkinin, sadece eğer terapist birbiriyle ilişkili şu üç tutumu gösterirse ortaya çıktığını söyler: koşulsuz olumlu saygı, empati ve tutarlılık (congruence).

Koşulsuz Olumlu Kabul. Rogers terapötik tutuma koşulsuz olumlu kabul adını verir. Bu kavram, terapistin danışanı önemsemesini, kabul etmesini ve onun değişme yeteneğine güvenmesini ifade eder. Koşulsuz olumlu kabulün ideal biçimi *sahiplenmeyen bakımdır.* Bu, danışana kendisini değerli hissettiren, terapisti memnun etmeye çalışmanın gerekmediği, *hâlâ* kendisi gibi olmakta onu özgür bırakan bir yolla *samimi olumlu duyguların ifade edilmesidir.* Terapistin *dinlemeye istekli olması*, koşulsuz olumlu kabulün önemli bir göstergesidir. Da-

nışanın söylediği şeylerle ilgili, hoşgörülü ve sıcak olan Rogeryen terapistler, danışanın konuşmasını kesmez ya da konuyu değiştirmez veya bunun yerine başka bir şey yapmaları gerektiğini bildirmez.

Koşulsuz olumlu kabulün "koşulsuz" yönü, terapistin danışanı yargılamadan olduğu gibi kabul etmesiyle açığa çıkar. Rogers, kişinin duygu ya da davranışları ne olursa olsun, bir birey olarak değer görmesinin, danışan için büyümeyi artırıcı bir yaşantı olabileceğine inanır. Çünkü aslında danışanın gelişimi, değerlilik koşulları ve diğer değerlendirme baskılarıyla aksamıştır. Neyse ki koşulsuz olumlu kabulü göstermek, danışanın söylediği ya da yaptığı her şeyi onaylamayı gerektirmez. Fakat terapistin, önemsediği bir bireyin bir parçası olarak bunları yalnızca kabul etmesini gerektirir.

Bu ideal aşağıdaki etkileşimde gösterilmiştir.

DANIŞAN: Erkek kardeşimin öldüğü sömestirdi ve herşey değersizleşmiş görünüyordu. Tıp fakültesine girmemin anne ve babam için ne kadar önemli olduğunu biliyordum. Ayrıca eğer bir şey yapmazsam o yıl notlarımın berbat olacağını da biliyordum. Uzun lafın kısası, bir dönem ödevi satın aldım ve o sömestir boyunca neredeyse tüm sınavlarda kopya çektim.

TERAPİST: Bu, senin için gerçekten zor bir dönemmiş.

Anlatılan durumda terapistin davranışın etik kısmına değil, danışanın duygularına odaklandığına dikkat edin. Diğer bir deyişle, koşulsuz olumlu kabul göstermek için terapist danışanın bir insan olarak değerini, danışanın davranışının değerinden ayırmalıdır.

Koşulsuz olumlu kabulün "olumlu" bölümü, terapistin danışanın büyüme ve problem çözme potansiyeline güvenmesini yansıtır. Rogers'a göre danışanlar, terapistin onların problem çözme potansiyellerine güveninin eksik olduğunu düşünürlerse, değişmeleri için gerekli olan inancı da geliştiremezler. Böylece diğer insancıl/yaşantısal terapistler gibi Rogeryenler de tavsiye vermemeye, danışan için sorumluluk almamaya ya da onlar adına karar vermemeye çalışırlar. Özellikle de terapistler danışan için "neyin iyi olduğunu" bildiklerini düşündüklerinde, bu kısıtlamaya uymak bazen zor olur. Fakat terapistin tavsiyesine uyulduğunda sorunlar önlenebilecek olsa bile, danışanın kötü kararlar vermesine ya da sorunlar yaşamasına izin verilmelidir. Terapist tarafından verilen tavsiye, bir sorunu önleyebilir fakat başka sorunlar yaratabilir: bu durumda terapist daha üst bir konuma gelir, danışan daha bağımlı hale gelir ve en önemlisi hem danışan hem de terapist danışanın sorunlarla yalnız başına baş edebilme becerisine daha az inanır hale gelirler.

Empati. Danışanın davranışını anlamak ve danışanın da kendi davranışını anlamasına yardım etmek için, terapist dünyayı danışanın gördüğü gibi görmeye

çalışmalıdır. Rogeryen terimlerle bu tam bir *empati* ya da *empatik anlayış* için uğraş gerektirir. Bunu örneklemek için bir terapi seansının başlangıcını içeren bir alıntıya göz atalım:

> DANIŞAN: Çok normal hissetmiyorum fakat böyle hissetmek istiyorum... Konuşmak istediğim bir şey olduğunu düşünmüştüm- sonra her şey bir çemberin etrafında döndü. Ne söyleyecektim diye düşünmeye çalışıyordum. Size anlattım, sadece bir karar veremiyorum; ne istediğimi bilmiyorum. Bunu mantıklı bir şekilde çözümlemeye çalıştım-neyin benim için daha önemli olduğunu çözmeye çalıştım. Bir adamın yapabileceği iki şey olduğunu düşündüm; evlenebilir ve bir aileyi geçindirebilir. Fakat o sadece bir bekârsa, sadece yaşar-bu pek iyi değil. Kendimi geçmişe gitmiş ve çocukluğumu düşünürken buluyorum ve kolayca ağlıyorum. Engel kalkıyor. Dört buçuk yıl ordudaydım. Hiçbir sorunum yoktu ve umudum ve isteklerim de yoktu. Tek düşüncem barışın olması ve ordan ayrılmaktı. Problemlerim her zaman vardı. Size söyledim, orduda bulunmamdan uzun zaman önce onlar gerilediler. Çocukları severim. Filipinlerdeyken, gençken mutsuz çocukluğumu asla unutmayacağıma yemin ettiğimi size söylemiştim- Filipinlerdeki bu çocukları gördüğümde onlara çok iyi davrandım. Onlara dondurma ve filmler verirdim. Bu sadece bir dönemdi-geriye dönmeyi isterdim-bu uzun zamandır gömülü olduğunu sandığım bazı duyguları uyandırdı (Bir sessizlik. Ağlamaya çok yakın görünüyordu). (Rogers, 1951, ss. 32–33)

Pek çok terapist, danışana Rogers'ın *dışsal referans çerçevesi* olarak adlandırdığı bir çerçeveden tepki verecektir. Bu terapistler, danışanı dışarıdan gözlemler ve danışanın söylediklerine kendi değerlerini ya da psikolojik kuramları uygularlar (bknz., Tablo 7.4'ün sol tarafı). Ancak empatik bir terapist, bu danışan gibi olmanın nasıl bir şey olacağını anlamaya çabalayarak, içsel bir referans çerçevesi benimser (bknz., Tablo 7.4'ün sağ tarafı).

Rogeryen terapistler danışanlarına empatik bir tutumu iletmek için *"Klinik Psikolojide Görüşme ve Gözlem"* başlıklı 4. Bölümde tanımlanan aktif dinleme yöntemlerini kullanırlar. *Yansıtma* özel bir değer taşır ve şu iki amaca hizmet eder: a) terapistin duygusal anlayış arzusunu iletme ve b) danışanın kendi duygularının daha fazla farkına varmasını sağlama. Yansıtma danışan merkezli terapinin en yanlış anlaşılan yönlerinden biridir çünkü, terapistler bunu yaparken danışanın söylediğini biraz daha açık biçimde ifade ediyor ya da sadece söyleneni tekrar ediyor gibi görünürler. Fakat yansıtma, tekrarlamaktan ya da başka kelimelerle ifade etmekten daha fazla bir şeydir. 4. Bölümde anlatıldığı gibi, yansıtma, danışanın duygularını yeniden dinlemeyi ve damıtmayı içerir. Örneğin, şöyle diyen bir danışan düşünün, "Bu, çok kötü bir gündü. Üç, dört kez, ağ-

lamamak için kendimi zor tuttum. Neyin yanlış olduğundan bile emin değilim". Terapistin yanıtı şu şekilde dışsal yönelimli olabilir "Peki, tam olarak ne oldu?" ya da şöyle daha empatik bir yorum olabilir "Gerçekten kötü hissediyorsun. Gözyaşların içine akmış. Ve neden böyle hissettiğini bile bilememek korkutucu gibi görünüyor".

TABLO 7.4.

İçsel ve Dışsal Referans Çerçevesini Yansıtan Bazı Terapist Düşünceleri

Dışsal	İçsel
Onu konuşturmaya başlamalı mıyım acaba?	Sen normal olmak için çabalamak istiyorsun, öyle mi?
Bu, bir çeşit bağlılığa başlamak için güçsüzlük mü?	Başlamak senin için gerçekten zor.
Bu kararsızlık neden? Bunun nedeni ne olabilir?	Karar vermek senin için imkânsız görünüyor.
Evlilik ve aileye odaklanman ne anlama geliyor?	Evlenmek istiyorsun fakat bu sana pek olası görünmüyor.
Ağlamak, "engel", büyük bir gerilemeye işaret ediyor	Çocuksu duyguların, içine sığmadığını hissediyorsun.
O bir gazi. Psikiyatrik bir durum olmuş olabilir mi? Askeriyede 4,5 yıl geçiren bir kişiye üzülüyorum.	Senin için Ordu durağanlığı temsil ediyor.
Çocuklara bu ilgi nedir? Özdeşim mi? Üstü kapalı homoseksüellik mi?	Çocuklara karşı nazik olmak sizin için önemli; fakat bu sizin için rahatsız edici bir yaşantı olmuş ve hâlâ öyle.

KAYNAK: Danışan Merkezli Terapi, C.R.Rogers, 1951 (Boston: Houghton Mifflin), ss. 33-34. Telif hakkı Houghton Mifflin 1951 tarafından alınmıştır. Yeniden basımı için izin alınmıştır.

İlk bakışta klinisyen bir papağan gibi tekrar ediyor görünebilir fakat daha yakından bakalım. Danışan kesinlikle kötü hissettiğini söylemedi; terapist danışanın bakış açısını alarak bu anlamı çıkardı. Benzer şekilde danışan kesinlikle üzüntünün onu korkuttuğunu söylemedi. Fakat terapisti bu spekülasyona götüren şey, onun danışanın ayakkabılarını giyme becerisidir. Eğer terapistin çıkarsaması yanlışsa, danışan onu düzeltebilir, fakat doğru ya da yanlış, bu şekilde klinisyen danışana onu tanılamaktan çok, onun yaşantılarını anlamayı istediğini bildirmiş olur.

Tutarlılık. Rogers danışanla daha samimi bir ilişki içinde olan terapistin, daha yararlı olacağına inanmıştır. O, terapistin duygularının ve hareketlerinin biribiriyle uyumlu, tutarlı olması gerektiğini söylemiştir. "Bunun anlamı, benim kendi duygularımın farkında olmam ... ve içimde varolan çeşitli duygu ve tu-

tumları kelimelerimle ve davranışlarımla göstermem [buna istekli olmam] gerektiğidir" (Rogers, 1961, s. 33). Rogers'a göre, terapist tutarlı olduğunda, terapide gerçek insan ilişkisi ortaya çıkar. Tutarlılığın dürüstlüğü nasıl teşvik ettiği konusunda fikir edinmek için, yakın bir arkadaşınızın duymak istemediğiniz bir konuda, belki aptalca göründüğünüz ya da bir konuda yanıldığınız hakkında konuştuğu bir zamanı düşünün. Bir kere, söyledikleri sizi mutlu etmese de, bir arkadaşın gerçekte ne hissediyorsa onu söyleyeceğini bilirsiniz ve bu durum, bu arkadaşın söyleyeceği herşeye güvenmenizi kolaylaştırır. Fakat arkadaşınızın tutarsız olabileceğini, samimi hisleri yerine duymak istediklerinizi söylediğini bilirseniz, bu kişinin tepkilerine ("Gerçekten harika görünüyorsun") olan inancınız sarsılabilir. Aşağıda, bir terapist ile danışan etkileşiminde sergilenebilecek bir tutarlılık örneği verilmiştir.

DANIŞAN: Çok ümitsizim. Yaşamımda neyi yanlış yaptığımı bana anlatın.

TERAPİST: Böyle kötü hissettiğinizde, birinin gelip neyin yanlış olduğunu ve herşeyi tekrar yoluna nasıl sokacağınızı söylemesi güzel olurdu sanırım. Tüm bunları yapabilmeyi isterdim, ama yapamam. Bunu yapabilecek biri olduğunu da sanmıyorum.

Terapistin danışanın duygularını nasıl yansıttığına dikkat edin. Ayrıca a) danışanın sorunlarını anlamak ve çözmek için samimi bir isteğin ve b) sözü edilen beceriye sahip olmadığına ilişkin bir itirafın nasıl doğrudan ifade edildiğine dikkat edin.

Kişi - Merkezli Terapide Değişimin Doğası. Rogers danışanların terapötik bir ilişkide empati, koşulsuz olumlu kabul ve tutarlılık gördükçe, daha fazla kendilerinin farkında olan ve kendini kabul eden, kişilerarası ilişkide daha az savunmacı ve daha rahat, düşüncelerinde daha az katı, başkalarının değerlendirmelerindense kendi değerlendirmelerine daha çok güvenen ve çeşitli rollerde daha iyi işlev gösteren biri haline geldiklerini savunur (Rogers, 1951). Carl Rogers, kendi teknikleri de dahil, herhangi bir tedavi tekniğinin değerini kanıtlamak için bilimsel araştırmaya ihtiyaç olduğunun farkına ilk varan kişilerden biridir. Terapi seanslarını keydeden ilk kişidir ve tedavi sonuçları ve terapistin empati, sıcaklık gibi özellikleri arasındaki ilişkiyi araştıran ilk görgül araştırmaların bazıları onun tarafından yürütülmüştür (Rogers, 1942).

Vaka Örneği

Aşağıdaki pasajlar Murdock (2004, s. 108-137) tarafından sunulan kişi merkezli terapi vakasından alınmıştır.

Richard 48 yaşında bir beyazdır. Lise mezunudur ve son 3 yıldır sigorta satıcısı olarak çalışmaktadır. Bundan önce bir iletişim firmasında yönetici düzeyinde çalışmıştır fakat bu işi çok stresli bulduğundan bırakmıştır.

Richard kendisinin fiziksel, sosyal ve mesleki işlevselliğini etkileyen depresif bir duygudurum içindedir. O, son 2 yıldır depresyonda olduğunu bildirmektedir. Richard, bu dönemde çoğunlukla yorgun olduğunu, sosyal olarak içe çekildiğini ve işte başarısız olduğunu söylemektedir. Geliri son iki yıl içinde önemli ölçüde azalmıştır. Richard, evin geçimini sağlama konusunda karısı Sandy'e bel bağladığı için suçluluk hissetmektedir. Richard'a göre Sandy, hoşnutsuzluğunu ona sık sık sözsüz olarak, örneğin aylık faturalar için çek yazarken ifade etmektedir. Çift mali konularda sık sık tartışmaktadır. Richard ve Sandy'nin Natalie ve James adında iki yetişkin çocuğu vardır. İkisi de son 5 yıl içinde üniversiteyi bitirmiştir. Richard iki çocuğunun da şu anda kendi kazandığından daha fazla kazandıklarını bildirmektedir. Bu durum onun yetersiz hissetmesine neden olmaktadır. Bunun sonucu olarak Richard, Natalie ve James'ten duygusal olarak uzak hissetmekte ve Sandy'nin onlara daha yakın olduğunu düşünmektedir.

Richard'ın sosyal faaliyetleri karısıyla ve işiyle ilişkilerinden ibarettir. Boş zamanlarını bilgisayarıyla ya da okuyarak geçirmektedir. Çok yakın bir arkadaşı olmadığını söylemektedir. Richard danışma seansları sırasında rahatsız görünmekte, göz temasını sürdürmekte zorlanmakta, kısa sessizlik dönemlerinde gergin biçimde gülmekte ve seansın yapılandırılmamış olmasından rahatsız olduğunu söylemektedir. Richard değişmek için istekli görünmesine rağmen, kendi durumuyla ilgili konuşmakta zorlanmaktadır.

Vaka Fomülasyonu. Kişi-merkezli bir terapist, Richard'ın kişisel ya da aile geçmişini araştırmaya yönelmez. Eğer sigortasının masraflarını karşılaması için gerekmiyorsa, DSM tanısı koymaya da yönelmez. Kişi-merkezli terapist için en önemli şey, danışanın içsel yaşantısıdır. Terapist, Richard'ın sadece gösterdiği belirtileri değil, belirtilerini de içerecek şekilde hayatında neler deneyimlediğini keşfetmek ister.

Daryl, Richard'ın kişi-merkezli terapistidir ve Richard'ın doğası gereği olumlu, ileriye hareket etme eğilimi olan bir birey olduğunu varsayarak işe başlar.... Daryl Richard'a kendisiyle eşit düzeyde biri olarak yaklaşır ve danışma ilişkisinin içeriğini ve doğasını belirlemesi için onu cesaretlendirir. O, danışmanlığın temel malzemesini getirebileceği konusunda Richard'a güvenir. Bu tutum Richard için biraz şaşırtıcı olsa ve onu biraz rahatsız etse de, Daryl danışma seansı içinde Richard'ın seçimlerini ve kararlarını nazikçe desteklemeyi sürdürür. Daryl, Richard'ı hiçbir şekilde değerlendirmez, ölçmez ve ona tanı koymaz...

Richard'ın muhtemelen olumsuz bir benlik kavramı vardır. Kendi "olumsuz" yönlerini farkedebilmekte bunları ortaya koyabilmektedir. Örneğin sosyal olarak içe çekilmiştir

ve işte başarısızdır. Çünkü kendisini çocuklarıyla kıyaslamakta ve kendi durumunu olumsuz görerek, yetersizlik hissetmektedir. Richard'ın kendini tanımlamasında çok az şey olumlu görünmektedir ve ayrıca Daryl, Richard'ın ideal benliğinin herhangi bir insanoğlu tarafından ulaşılamayacak kadar mükemmel olduğunu tahmin etmektedir... Richard'ın, karısı Sandy'nin hoşnutsuzluğuna gösterdiği tepkiler, onun olumlu kabul ihtiyacı olduğunu kanıtlamaktadır. Darly Richard'ın benliğinin koşullu olduğunu bilmektedir. Richard'ın suçluluk duyguları ve depresyonu muhtemelen içselleştirdiği değerlilik koşullarıyla tutarlı olan bazı yaşantılarının sonucudur. Örneğin, Richard açıkça yararlı olmak için belli bir miktar para kazanması, özellikle de ailenin geçimini sağlayan asıl kişi olması gerektiğini düşünmektedir. Erkeklerin güçlü olması ve ailelerinin geçimini sağlaması gerektiği koşulunu yerine getirmemektedir...

Daryl bazen, Richard'ın farkında olduğundan emin olmadığı bir şeyden, onun inkâr ettiği ya da çarpıttığı duygularından bahsetmek ister. Örneğin Daryl bir koca ya da evi geçindiren kişi olarak Richard'ın kendisini yetersiz hissettiğini sezmektedir. Richard, bu duyguları ve bunların anlamı günyüzüne çıkarsa, kaygılanmaktadır. İlişkilerindeki destekleyici atmosferde, Daryl Richard'ın bu duyguları yaşamaya yönelmesine yardımcı olmaya çalışır. Fakat Richard'ı bu duyguları yaşamaya zorlamaz ya da Richard hazır olmadan, bu duyguları ne olursa olsun kabul etmesi için ısrar etmez.

Terapistin Rolü. Daryl'nin bir terapist olarak birincil sorumluluğu, Richard'ın kendisini rahatsız eden şeyler hakkındaki düşünce ve duygularını keşfedebileceği bir atmosfer sağlamaktır. Terapist bunu yönlendirici olmayan tavrı ile yapar. Yani terapist üzerinde konuşulacak konuyu belirlemez, konuşmayı yönlendirmez ya da Richard'ın davranışlarını yorumlamaz. Terapist bunların yerine, empatik biçimde dinler, yansıtıcı tepkiler verir ve gösterdiği davranışlarla danışana içtenlik konusunda model olur. Terapist, Richard'ın kendisinin bile tümüyle farkında olmadığı duyguları da dahil olmak üzere, onun yaşantılarını anladığını ne derece iletirse, empati o derecede gösterilmiş olur. Örneğin, Richard karısı ne zaman çek defterini karşılaştırıp ve "Kahretsin, Richard yine çok zor durumdayız" dese, Richard "kötü hissettiğini" bildirmektedir. Terapist aşağıdaki gibi bir şey söyleyerek yanıt verebilir:

TERAPİST: Bunu duyduğunuzda hemen olumsuz duygular hissediyorsunuz. Bu duygunun sizin için nasıl bir şey olduğunu daha iyi anlamaya çalışıyorum.

DANIŞAN: Peki, kendimi sıkıştırılmış hissediyorum. Bunun benim hatam olduğunu biliyorum. Bilirsiniz, hatırlatılmasından nefret ediyorum. Bu, bir işe yaramıyor.

TERAPİST: Böylece kendinizi sıkışmış hissediyorsunuz ve sonra öfkeleniyorsunuz.

DANIŞAN: Eh, biraz. Gerçekten öfkeli olduğumu söyleyemem. Bilmiyorum. Bu benim hatam.

TERAPİST: Yani karınız para durumundan bahsettiğinde, onun tarafından ve kendi tarafınızdan eleştirilmiş hissediyorsunuz. Kendinizi başarısız görüyorsunuz. Başka bir yanınız kendini korumaya geçiyor ve bu yanınız, eleştirinin hiçbir işe yaramayacağını, sadece işleri daha da kötüye götüreceğini söylüyor.

DANIŞAN: Evet. Sanırım tümüyle savunmacı oluyorum. Ben başarısız biriyim.

TERAPİST: Bana başarısız biri gibi görünmediniz, sürekli kaybeden biri olmakla eleştirilsem, ben de kendimi korumak isterim diye düşünüyorum.

Bu görüşmede terapist danışanın, kendisinin henüz tümüyle farkında olamadığı duyguları da dahil olmak üzere, onun tüm duygularını anlamaya çalışmıştır. Bu noktada terapist Richard'ın öfke hissettiğini ileri sürmüştür fakat Richard'ın tepkisi bunun ona uymadığı, kendini daha çok başarısız biri gibi hissettiği fikrini vermiştir. Terapist daha sonra Richard'ın "sıkıştırılma" konusundaki düşüncesini, öfkeden ziyade kendini koruma dürtüsü olarak yeniden ifade etmiştir. Bu, Richard'ın daha kolay sahiplenebileceği bir yaşantıyı ifade etme yolu olabilir. Darly ayrıca Richard'a yönelik kendi duygularını bildirirken tutarlılık sergilemiştir. Tutarlılık, terapistin samimi olmasını ve profesyonel bir görünüşü korumaya çalışmasını gerektirir. Fakat bu, terapistin sadece aklına geleni söylemeyeceği, refleks biçiminde tepki vermesi gerektiği ya da herzaman "içgüdüleriyle hareket edeceği" anlamına gelmez. Bu, terapislerin danışanın karşısında günah çıkarırcasına kendilerini ortaya koymaları gerektiği anlamına da gelmez. Aksine, tutarlılık terapistlerin kendi samimi ve süreğen duygularını farketmeleri gerektiği ve bu duygularını uygun bir biçimde danışana ifade edebilecekleri anlamına gelir (Rogers, 1967).

Terapi bir kabul, sıcaklık ve samimiyet atmosferi sağladığı için, danışanlar kendi yaşantılarını daha fazla kabul eder hale gelirler. Örneğin, Richard ne olması gerektiği ve ne olduğu konsundaki düşüncelerinin birbirinden çok farklı olduğunu farketmeye başladı. Bunu yaptığı zaman, duygularına ve tepkilerine daha içsel bir bakış açısı kazanmaya, yani dışsal bir bakışdan çok kendi içsel yaşantı sistemleri içinden değerlendirme yapmaya başladı. Dışsal bir bakış açısından mantık dışı görünen (ve kendini eleştiri kaynağı olan) tepkiler ve davranışlar, içsel bakış açısından ona daha mantıklı geldiler. Kısacası mantık dışı davranışlar, sıklıkla danışanın bakış açısından mantıklıdır ve böylece kişi-merkezli terapistler danışanın davranışını değiştirmekten ziyade, onun bakış açısını geliştirmeye çalışırlar. Bohart (2003, s. 131) danışanın içsel bakış açısını keşfetmek için artan ilgisini "danışanın eleştirel zekâsını harekete geçirme" olarak isimlendirir. Bu harekete geçme, danışanın daha önce belli belirsiz yaşadığı duygularını

tüm yoğunluğuyla yaşamasına olanak verir. Danışanın içsel yaşantılarını daha fazla tanıması ve kabul etmesi, onun yeni davranışları denemesine imkân verir, çünkü başarısızlık korkusu azalmıştır. Böylece örneğin, Richard'ın karısı ailenin ekonomik durumundan şikayet ettiğinde, Richard kendiliğinden ortaya çıkan eleştirilmiş hissetme, duygusal olarak savunmaya geçme ve ilişki kurma eğilimlerini daha açık bir şekilde farkeder. Fakat onun kendisini daha fazla kabul etmesi, bu duygularına daha fazla dayanabileceği yani bu duyguların onun üzerinde daha az güce sahip olduğu anlamına gelir. Çünkü o daha az savunmacı olmuştur ve korkunun azalmasıyla yeni davranışlar deneyebilir. Örneğin, Sandy'nin onu yetersizlikle suçlamak yerine ailenin refahı ile ilgili endişesini ifade ettiği olasılığını düşünmesi mümkün olabilir. Dahası, terapi diğerlerine empatiyle tepki verme konusunda bir model sağladığı için, Richard'ın, karısına empatik bir tepki vermeyi denemesi mümkün olabilir (örn., "Bu gerçekten sinir bozucu. Para konusunda ben de endişe ediyorum"). Richard Sandy'nin onu gerçekten eleştirdiğini farketse bile, içe çekilmeden ya da karşı atağa geçmeden tepki vermesi mümkün olabilir (örn., "Üzgün olduğunu biliyorum ama uğraşıyorum ve eleştirilmek bana yardımcı olmuyor" gibi).

Kısaca kişi-merkezli terapi süreci, kişinin kendine güven hissini geliştirmek için tasarlanır. Danışanlar kendi duygularına daha fazla kulak verdikçe, muhtemelen onları yanlış yorumlamaları daha az olacak, kendilerini daha az eleştirecekler ve yeterlik hisleri gelişecektir (Bohart, 2003).

Bu Kısmın Özeti: Carl Rogers'ın kişi-merkezli terapisi kişilerin temelde iyi oldukları ve gelişmeye eğilimli oldukları fikrine dayanır. Onun kuramı, değer koşulları tutarsızlığa (gerçek benlik ve ideal benlik arasındaki farklılığa) neden olursa, psikolojik sorunların geliştiğini varsayar. Kişi-merkezli terapistler terapide, yönlendirici olmayan bir yaklaşım benimserler. Bu yaklaşım danışanın tartışılacak sorunları, bunların nasıl tartışılacağını ve tedavinin amaçlarının ne olması gerektiğini kendisinin belirlemesine olanak verir. Terapistler işlerinin danışana, empatiyi, koşulsuz olumlu saygıyı ve tutarlılığı iletmek olduğunu düşünür. Tedavide temel iyileştirici faktörün bu içten ilişki atmosferi olduğu varsayılır.

DİĞER İNSANCIL YAKLAŞIMLAR

Bu Kısma Bakış: Diğer insancıl terapiler, kişi-merkezli terapinin o anki duygusal yaşantının farkına varılmasının ve kabul edilmesinin ruh sağlığı için önemli olduğu yönündeki inancını paylaşırlar. Bu yaklaşımlar da kişi-merkezli terapi gibi, terapötik ilişkinin terapide önemli bir iyileştirici faktör olduğunu vurgularlar. Bazı insancıl yaklaşımlar, terapistin daha yönlendirici olmasıyla diğerlerinden farklılaşır. Başka bazı yaklaşımlar ise danışan ve terapistin birlikte uğraştığı farkındalık alanında farklılaşırlar; bazıları duygusal yaşantıların farkındalığının ötesine geçip, yaşamın anlamı ve amacını içeren bir farkındalık arayışına girerler.

Gestalt Terapi

Rogers'ın kişi-merkezli yaklaşımından sonra, Frederick (Fritz) and Laura Perls tarafından geliştirilen Gestalt terapi yaklaşımı muhtemelen en iyi tanınan insancıl tedavi yaklaşımı olmuştur. Kişi-merkezli yöntemler gibi Gestalt terapi de, danışanın bilinçli biçimde büyüyebilmesi için, onun farkındalığını artırmayı amaçlar. Daha özel biçimde söylenirse, Gestalt terapisti danışanların (a) inkâr ettikleri fakat kendi özgün parçası olan duygularının farkına varmalarına ve (b) kendilerinin özgün parçası olduğunu düşündükleri fakat aslında başka insanlardan ödünç aldıkları ve kendilerine ait olmayan değer ve duygularını tanımalarına yardım eder. Böylece danışanların durmuş olan büyüme süreçlerini yeniden canlandırır.

Kişi-merkezli terapi ve Gestalt terapi arasındaki anahtar farklılıklardan biri, Gestalt terapistinin kişi-merkezli tedavidekinden çok daha aktif olması ve drama öğeleri kullanmasıdır. Danışan kullanılan çeşitli terapi teknikleriyle benliğinin reddettiği özgün parçalarını yeniden sahiplenmesi ya da özümsemesi ve kendisine ait olmayan "sahte" özelliklerini reddetmesi için cesaretlendirilir. İdeal olarak danışanlar, kendi kişiliklerinin tüm yönlerini (hem arzu edilen hem de arzu edilmeyen yönlerini) özümsediğinde ve bütünleştirdiğinde, kısmen sahte olan ve içsel çatışmalar yaşayan benlik imgesine bağlı olmak ya da onun savunucusu olmak yerine, gerçekte oldukları gibi olmak için sorumluluk almaya başlarlar.

Burada ve Şimdiye Odaklanmak. Gestalt terapistleri, danışanların burada ve şimdi ortaya çıkan duygularıyla bağlantıda kalmalarının terapötik ilerlemeyi sağlayacağına inanırlar. Perls bu inancını şimdi=yaşantı=farkındalık=gerçeklik eşitliğinde ifade eder (Perls, 1970).

Danışanın geçmişi anlatması ya da gelecekten beklenti içinde olması terapinin amaçlarına ulaşmasını engeller. Bu gerçeklikten kaçmaktır. Bu nedenle bir Gestalt terapisti danışanın gelecekle ilgili düşüncelerini ya da geçmişe özlemini yansıtmak (bir Rogeryenin, yapabileceği gibi) yerine, bu kaçınmaya ve sonlanmış olana takılıp kalmaya işaret edecektir.

Rol Canlandırma. Danışanlar rol canlandırma yoluyla, içsel çatışmalarını ve yaşadıkları belirtileri, kişilerarası oyunlarını farkederler. Ayrıca bu çatışmaların ve çeşitli özgün yanlarının farkındalıklarının dışında kalmasını sağlayan psikolojik savunmaları da keşfederler. Örneğin, geştalt terapistleri danışandan değişime dirençli hale gelmelerini isteyerek, direncin ne yaptığı ve neye yol açtığı konusunda yaşantısal bir farkındalık kazanmalarına yardımcı olur.

Gestalt terapistleri danışanın süperegosu (Perls buna "topdog" adını verir) ve gerekliliklerle bastırılan parçası ("underdog") arasındaki konuşmalar da dahil, danışanın çeşitli parçaları arasındaki konuşmaları rol canlandırmaya çevirir. Terapistler *boş sandalye tekniğini* kullanarak, danışanın yanındaki sandalyede

birisinin oturduğunu hayal etmesini ve onunla konuşmasını teşvik ederler. Diğer sandalyede oturan kişi bir ebeveyn, çocuk, eş veya benliğinin içselleştirilmiş bir yanı bile olabilir. Danışandan hayal ettiği kişiyle konuşması ve bu kişi hakkındaki ya da bu kişinin bir parçası olduğu bir çatışma veya olay hakkındaki asıl duygularını -belki de ilk defa- ifade etmesi istenir. Danışan hayal ettiği kişi adına yanıt bile verebilir. Örneğin;

DANIŞAN: Kız kardeşim ve ben çocukken çok kötü kavgalar ederdik fakat hernasılsa şimdi olduğumuzdan daha yakındık.

TERAPİST: Onu bu sandalyeye koyup, şimdi bunları ona söyler misin?

DANIŞAN: Tamam. Şimdi senden çok uzak hissediyorum Rita. Yeniden bir ailede olduğumuzu hissetmek istiyorum.

Danışandan *gönderilmeyen mektuplar tekniği* ile yaşamındaki önemli insanlara yönelik duygularını netleştirmesi ve serbest bırakması da istenebilir. Danışanlar onlar için önemli olan ama daha önce ifade etmedikleri duygularını ifade etmek için bir mektup yazarlar, fakat mektubu göndermezler. Tersine çevirmenin kullanıldığı rol canlandırmalar samimi duyguların farkındalığını artırmak için kullanılır. Böylece başkalarına karşı şefkat duygularını inkâr eden, soğuk ve kendine yeten bir imaja sahip bir danışandan, sıcak, sevgi dolu bir kişiyi canlandırması istenebilir. Bu süreçte bu danışan, yıllardır bastırdığı bazı duygularına temas edebilir.

Danışanı Engelleme: Danışanların gizli duygularının farkına varması her zaman kolay olmadığı için, gestalt terapistleri danışanın kendisini keşfetmesi için pek çok başka teknik kullanırlar. Örneğin Perls, danışanların uyumu bozan kişilerarası rollerini ve oyunlarını terketmeleri için, başkalarıyla normalde kurdukları türden ilişki kurma çabalarını kasıtlı olarak engellemeye kalkar. Bireysel terapi ve grup terapisi esnasında danışanlarını "sıcak sandalye" dediği bir yere koyar ve orada tüm dikkatler danışana odaklanır ve onun hastalık belirtileri, oyunları ve dirençleri keşfedilir ve gösterilir. Bir danışanın bir seansa başlarken "bu seansı gerçekten sabırsızlıkla bekledim. Umarım bana yardım edebilirsiniz" dediğini düşünün. Bir Geştalt terapisti danışanın neden böyle hissettiğini sormak ya da bu duygularını yansıtmak yerine, ifadenin manipüle edici yönüne odaklanır. Çünkü bu ifade "ben bir şey yapmak zorunda kalmadan, bana yardım etmenizi bekliyorum" mesajını içeriyor gibi görünmektedir. Terapist "Size nasıl yardım edebileceğimi düşünüyorsunuz?" diyebilir. Danışan (belki de şaşırarak) "Neden böyle mutsuz olduğumu anlamama yardım etmenizi umuyorum" diye yanıtlayabilir. Terapist burada danışanın kendi problemlerini çözme sorumluluğunu terapiste vermeye girişmesini engellemeye devam edecektir, bu süreçte, terapist danışanın gelişmesi için, onun sorumluluktan nasıl kaçtığını anlamasına yardım-

cı olur. Terapist ayrıca danışanın terapistlerin sihirli bir iyileştirme gücüne sahip olduğu şeklindeki gerçekçi olmayan isteklerini tanımasına yardım eder.

Sözel Olmayan İpuçlarının Kullanımı. Geştalt terapistleri danışanın ne söylediğine olduğu kadar ne yaptığına da özellikle dikkat ederler, çünkü sıklıkla danışanın sözel olmayan ifadeleri ile sözleri birbirine uymaz. Örneğin, eğer bir danışan *gergin olduğunu* söylüyor ve ellerini birbirine kenetliyorsa, terapist kenetlenmiş ellerin anlamının*ne* olduğunu merak edebilir. Böylece danışana *neden* ellerini kenetlediğini sormak yerine, ondan bunu tekrar etmesini ve ellerini kenetlemeyi abartmasını ve bununla ilişkili duygulara odaklanmasını isteyebilir. Danışan bu duygularını ifade ettiğinde, bunları ayrıntılandırmasını isteyecektir.

Varoluşçu ve Diğer İnsancıl Yaklaşımlar

Rogers'ın ve Perls'ün tedavi yöntemleri insancıl terapinin en tanınmış iki örneğidir. Fakat Rogeryen yöntemleri veya Gestalt yöntemlerini psikodinamik, davranışçı ya da varoluşçu psikoloji ile harmanlayan pek çok başka yaklaşım da vardır (Greenberg, Elliott ve Lietaer, 1994; Kahn, 1985; Maslow, 1968; May, 1969; May, Angel ve Ellenberger, 1958).

Varoluşçu Psikoterapiler. Varoluşçu terapistler danışanların hayatta olmanın anlamını tam olarak keşfetmelerine yardım ederler. Bu yaklaşımlar varoluşçu felsefeden köken alır. Varoluşçu felsefe *ise* insanoğlunun hayatına anlam vermesini zorunlu kılan büyük özgürlüğü vurgular. Bu özgürlük serbest bırakıcı olabilir. Fakat korkutucu da olabilir, çünkü kişinin hayatının anlamı ve amacı hakkında sorular keşfetmesini ve bunları yanıtlamak için kişisel sorumluluk almasını gerektirir. Bu süreçte kişinin olası anlamsızlıkla ve yaşamının sonluluğuyla yüzleşmesi gerekir. Bu sorularla baş etmek için pek çok kişi başkalarından (ebeveynlerinden, dini liderlerden vb.) aldığı anlamları benimser. Bu dışsal çerçeve rahatlatıcı olabilir fakat bazı noktalarda rahatlamayı sürdürmeyebilir, insanlar tümüyle kendi özgürlükleriyle karşılaşmalıdır. Varoluşçu yaklaşımın uzun bir tarihi vardır. Fakat özellikle I. ve II. Dünya Savaşından sonra Avrupalı düşünürler arasında gelişmiştir. Beklediğiniz gibi, Avrupalı varoluşçu filozofların taraftarı olan insancıl terapistler, tüm danışanların doğası gereği olumlu amaçlara ulaşmaya çalıştığı fikrini daha az savunma eğilimdedirler (Fischer,1989). Bu terapistler bunun yerine, insanı olağanüstü iyilik için, olağaüstü zalimlik için ve bunların arasındaki her şey için kapasitesi olan varlıklar olarak görürler. Kişi-merkezli psikoterapide olduğu gibi varoluşçu insancıl terapistler de danışanın içsel dünyasını, referans çerçevesini ve deneyim akışını anlamaya çaışırlar. Varoluşçu terapistler nesnel tanımlamalar yapmaya ya da tanı koymaya çalışmazlar. Varoluşçu terapilerde kişilik kavramının işlevi sınırlıdır. Varoluşçu insancıl terapistler bunun yerine özgürlüğü, yaşantısal yansıtmayı ve sorumluluğu vurgularlar (Schneider, 2003). Danışan ve terapist danışanın çok özel anlam arayışında yer alır.

Tanınmış varoluşçu psikoterapistlerden Rollo May (1981), terapötik süreci, kişinin özgürlük ve kaderinin belirlediği sınırlar (kişinin genetiği, kültürü vb.) arasındaki mücadelesi olarak görmektedir. Logoterapinin kurucusu Victor Frankl (1963, 1965, 1967), danışana a) kendi duyguları ve hareketleri için sorumluluk alması b) kendi yaşamının amacını ve anlamını bulması konularında yardım etmeye yönelmiştir. Frankl, herhangi bir nevrotik ya da psikotik davranış göstermeyen insanların da anlam ve amaç eksikliği hissedebileceğine inanmıştır. Frankl, kendi yaklaşımının resmi olarak ruhsal bozukluk tanısı alan ya da almayan herkese uygulanabileceğini düşünmüştür.

Karşıt kutupların çatışması varoluşsal psikoterapide tekrarlayan bir konudur: insanlar özgür olmalarına rağmen, sınırları da vardır; benlik durağan olmasına rağmen, daima değişir de; insanlar diğerleriyle ilişki içinde olmasına rağmen, yapayalnızdır da; kişi varoluşunu anlamlı hisseder ama anlamsız da hisseder (Bugental ve Sterling, 1995; Schneider, 2003). Bu nedenle varoluşçu terapide bu çatışmaların çözümlenmesi sıradan bir içeriktir. Terapistler, kişi-merkezli terapide olduğu gibi, ilişki kurma ve empatik tepki vermeyi kullanır fakat ayrıca analiz yapma ya da yorumlama gibi teknikleri ya da başka yaklaşımların tekniklerini de kullanabilirler. Kısacası, varoluşun anlamı için mücadeleye odaklanılır ama kullanılan yöntem eklektik ya da bütünleştiricidir. Terapi birkaç seanstan oluşan kısa bir terapi de olabilir fakat daha çok birkaç aya hatta birkaç yıla kadar uzayan terapilerdir (Bugental, 1995).

Postmodern İnsancıl Yaklaşımlar. Bu bölümde daha önce tartışıldığı gibi postmodern felsefe, nesnellik, mutlaklık ya da algılayandan bağımsız bir gerçeklik fikrini reddeder. *Yapılandırmacı* ya da öznelerarası *(intersubjective)* yaklaşımlar olarak da adlandırılan bu felsefe, insanların yaşadığını, psikolojik olarak konuştuğunu ama bunun nesnel bir gerçeklikte olmadığını ve öznel olarak oluşturulan bir gerçeklikte olduğunu ileri sürer. Bu nedenle bu görüşü benimseyen terapistler, yönlendirmez, yol göstermez ya da öğretmezler. Bunun yerine tedavi seanslarına kendi öznel gerçekliklerini getirirler ve danışanlarının öznel gerçeklikleriyle bunu birleştirirler. Burada terapistin bir uzman olduğu model, yerini terapistin bir çalışma arkadaşı olduğu modele bırakmıştır.

Postmodern insancıl yaklaşımların, psikodinamik postmodern ve ilişkili yaklaşımlarla ve varoluşçu yaklaşımlar ile çok ortak noktası vardır. Terapide vurgulanan, danışanlara "yaşam öykülerini yeniden yazmalarında ya da gelecek için daha umut verici olanaklar verecek olan yeni benlik ve ilişki yapılarını denemelerinde" yardım etmektir. (Neimeyer ve Raskin, 2000, s. xi). Tüm bu yaklaşımlar danışan ve terapistin algısının öznel doğasını vurgular, sınıflamayı ve tanıyı önemsizleştirir ve iyileştirici bir faktör olarak terapötik ilişkinin önemine işaret eder. Belki de psikodinamik postmodern yaklaşımlar ve insancıl postmodern yaklaşımlar arasındaki esas farklılık, belirli temel kuramsal prensiplere bağlılıktır:

İnsancıl kuramcılar, bilinçli karar verme, kişilik süreci, benliğe yabancılaşma ve farkındalığın olmayışı terimleri doğrultusunda düşünürken, psikodinamik kuramcılar hâlâ bilinçdışı süreçler, kişilik yapıları, savunmalar ve geçmişteki ilişki örüntülerinin tekrarlanması terimleri doğrultusunda düşünmektedirler.

İnsancıl Psikoterapilerin Şimdiki Durumu

Klinik psikologların ve psikolojik danışmanların nispeten küçük bir kısmı kendilerini Rogeryen ya da kişi-merkezli psikoterapist olarak tanımlarlar. Fakat eğer kişi-merkezli yaklaşım, Geştalt, varoluşçu ve diğer insancıl yaklaşımlarla birleştirilirse, klinik psikologların ve psikolojik danışmanların yaklaşık %10'unun bu yaklaşımı benimsediği söylenebilir. İnsancıl yaklaşımlar genellikle klinik psikoloji programlarına (%5) göre psikolojik danışmanlık programlarında (%11) daha popülerdirler. Aslında klinik psikologların sadece %1'i kendilerini Rogeryen ya da Gestaltçı olarak tanımlamaktadır (Bechtoldt ve diğ., 2001).

*İnsancıl psikoterapilere get*irilen bir eleştiri, garip davranışları bile danışanın bakış açısından görmeye çalışarak, danışanları patolojik olarak değerlendirmeme konusundaki ısrarlarıdır. Eğer danışanlar bir "problem", "yetersizlik, "çatışma" "hastalık" ya da "patoloji" sahibi değilse ve eğer terapistlerin inandıkları bir sorun anlayışı yoksa, bu durumda terapistin davranışına rehberlik eden nedir? Yaklaşıma eleştiri getirenler, insancıl terapistlerin nesnel gerçeklik, kişilik yapısı ve psikopatoloji konusundaki varsayımlarına aslında itiraf ettiklerinden daha fazla dayandıklarını savunmaktadır (Erwin, 1999). Aslında bu eleştiriler, insancıl terapistlerin danışanın belirli sonuçlara ulaşması için rehberlik etmeye çalıştıklarını ve bu nedenle bazı yorumlama tarzlarını kullandıklarını ileri sürer. Ayrıca tümüyle yönlendirme yapmadıklarının ya da öznelerarası olduklarının söylenemeyeceğini iddia eder. Çağdaş insancıl psikoterapistler sıklıkla, yönlendirme yapmamanın diğer başka şeylerden daha fazla terapötik bir tutum olduğunu itiraf ederler (bknz., Brodley, 2006). Sürdürdükleri bu tutum ve bundan kaynaklanan davranışlar, danışana en fazla yardımcı olan şeylerdir.

Bunlar gibi eleştirilere ve kendini insancıl olarak tanımlayan nispeten az kişinin olmasına dayanarak, kişi-merkezli, Gestalt ve ilişkili diğer yaklaşımların klinik psikoterapi uygulamalarındaki etkisinin nispeten sınırlı olduğu söylenebilir. Fakat bu doğru değildir. Hiçbir psikoterapi yaklaşımı terapötik ilişkinin eşsiz doğasını kişi-merkezli yaklaşım kadar vurgulamamıştır. Psikoterapide iyileştirici faktörler (bknz., 10. Bölüm. "Klinik Müdahale Üzerine Araştırmalar") üzerine yapılan araştırma bu ilişkiyi dikkate almanın haklı gerekçesini doğrulamıştır. Özellikle Rogeryenler ve insancıl klinisyenler tarafından savunulan psikoterapide işbirliğine dayalı yaklaşım, özellikle psikodinamik yaklaşım olmak üzere diğer yaklaşımlar içinde çok fazla destekçi bulmuştur. Sonraki bölümde tartışılacak olan davranışçı ve bilişsel psikoterapistler bile terapötik ilişkinin niteliğiyle gi-

derek daha fazla ilgilenmişlerdir. Sonuç olarak, insancıl terapistler (Greenberg, Elliott ve Lietaer, 1994) tarafından kullanılan belirli tekniklerin etkililiğini ortaya koyan araştırmalar, pek çok terapistin diğer yönelimlerden çok bu yaklaşımla ilgilenmelerine yol açmıştır. Böylece insancıl tedavi yaklaşımları hâlâ önemli bir etkiye sahiptir fakat, onun kavramlarının ve uygulamalarının bazılarını benimseyen başka yaklaşımlar da olduğu için, artık benzersiz olma niteliğinin bir kısmını kaybetmiştir.

Bu Kısmın Özeti: Kişi-merkezli terapiye alternatif görüşler Gestalt terapi, varoluşçu terapi ve farkındalığı teşvik eden diğer yaklaşımları içermektedir. Gestalt terapistleri, kişi-merkezli terapide kullanılanlarla kıyaslandığında daha yönlendirici ve daha çok fiziksel anlatıma yer veren teknikleri kullanırlar. Varoluşçu terapistler danışanların hayatlarında anlam geliştirmeye yardımcı olmaya çalışırlar. Varoluşçular danışanın varoluşsal sorularla mücadele etmesine ve sorunları kişisel olarak çözümlemek için sorumluluk almasına yardımcı olacak teknikler kullanırlar. Postmodern insancıl yaklaşımlar, postmodern ve ilişkisel psikodinamik yaklaşımlarla benzerlik gösterir. Bu yaklaşımlar terapötik ilişkiyi eşit insanlar arasında kurulan bir işbirliği olarak görürler.

BÖLÜM ÖZETİ

Hem psikodinamik psikoterapiler hem de insancıl psikoterapiler terapötik ilişkinin önemini şiddetle vurgularlar. Ancak bu iki yaklaşım kişilik organizasyonu, psikopatoloji ve terapi teknikleri konusundaki varsayımları bakımından birbirlerinden farklılaşırlar.

Freudyen psikanalizde danışanlara bilinçdışı arzularını, fantezilerini, dürtülerini ve çatışmalarını keşfetmeleri için yardım edilir. Çünkü bunların psikolojik problemlerin kökeninde yattığı varsayılır. Psikanalitik tedavinin amacı bu altta yatan nedenler konusunda içgörü kazandırmak ve ardından bu içgörünün anlamını anlamak ya da çözümlemektir. Freud, çoğu bebeklik ve çocukluk yıllarına dayanan bilinçdışı malzemeye ulaşmak için serbest çağrışım, rüyaların, gündelik davranışların, tedaviye direncin ve terapötik ilişkide görünen aktarımın analizi gibi pek çok tedavi tekniği geliştirmiştir. Bu malzemenin anlamının yorumlanması, danışanlara içgörü ve anlayış kazanmaları yönünde yardımcı olur.

Diğer psikodinamik yönelimli terapistler Ortodoks Freudyen psikanalizin değişik biçimlerini geliştirmiştir. Bu yöntemlerden en tanınmışları psikanalitik yönelimli psikoterapi, ego analizi, nesne ilişkileri terapisi ve Sullivan'ın kişilerarası terapisidir. Kişilerarası ve nesne ilişkileri yaklaşımları ilişkisel psikodinamik yaklaşımları oluşturmak üzere harmanlanmıştır. Bu yaklaşım temelde psikodinamik bir yaklaşım olarak kalmış olsa da, insancıl yaklaşımlar gibi tüm ilişkilerin öznel bir doğaya sahip olduğu inancını taşımaktadır. Psikodinamik yaklaşımın çeşitli biçimleri, klasik psikanalizden daha kısa olmaya ve çocukluk çatışmalarından çok günümüzdeki sorunlara odaklanmaya eğilimlidirler. Bu yaklaşımlar; id dürtülerini analiz etmekten çok ego işlevlerini güçlen-

dirmek, danışanın bakım veren kişiyle erken dönemde kurduğu yetersiz ilişkilerden kaynaklanan hasar konusunda içgörü kazandırmaktan çok bu hasarı aktif biçimde onarmak ve işlevsel olmayan kişilerarası ilişkilerin bilinçdışı kökenlerini incelemekten çok bu ilişki kurma biçimini değiştirmek üzerinde dururlar.

İnsancıl terapiler insanların doğuştan büyüme kapasitesine sahip oldukları varsayımına dayanır. Buna göre; destekleyici terapi ilişkisi yaşantıları sayesinde danışanın sorunları (ki bunlar ilerlemeyi bozmaktadır) ortadan kalktığında, danışanların kendi potansiyellerini geliştirme yönünde ilerlemeleri devam edecektir. Bu sorunların büyük ölçüde, insanların başkalarını memnun etmek için gerçek duygularını ve isteklerini bastırmasına ya da çarpıtmasına yol açan bir sosyalizasyon süreci sonunda ortaya çıktığı varsayılır. Bu nedenle terapide, danışanın gerçek hislerinin ve düşüncelerinin daha fazla farkına vardığı ve bunları daha fazla kabullendiği bir danışan-terapist ilişkisinin yaratılması amaçlanmaktadır.

Carl Rogers'ın kişi-merkezli terapisini kullanan terapistler, yansıtmayı ve diğer aktif dinleme yöntemlerini kullanarak bu ilişkiyi oluştururlar. Bu sayede çalıştıkları danışana empatiyi, koşulsuz olumlu saygıyı ve tutarlılığı iletmiş olurlar. Kendine ilişkin farkındalık kazanma ve büyüme gibi kişi-merkezli terapide de bulunan amaçlara, Perls'in Gestalt terapisinde daha aktif ve doğrudan yollarla ulaşılmaya çalışılır. Bu terapi teknikleri; şimdiye odaklanmayı, danışanın benliğinin bastırdığı ya da sahiplenmediği yönlerini rol yaparak canlandırmasını, direnç çabalarını engellenmesini, danışanın sözel olmayan davranışlarına dikkat edilmesini ve danışanın yaşamındaki önemli kişilerle hayali konuşmalar yapmasını içermektedir. Varoluşçu insancıl yaklaşımlar ayrıca terapötik ilişkinin benzersiz doğasını vurgularlar. Bu yaklaşımlar, danışanların en temel ihtiyaçları olan anlam ihtiyacını, amaç ihtiyacını ve bağ kurma ihtiyacını tanımaları ve bu ihtiyaçların üstesinden gelmeleri için yardımcı olmaya önem verirler.

Klinik psikologların nispeten az bir kısmı kendisini insancıl, kişi-merkezli ya da varoluşçu olarak tanımlamaktadır. Buna rağmen, bu yaklaşımların bazı temel kavramları giderek artan bir biçimde daha popüler diğer terapi yaklaşımlarının içine katılmaktadır.

ÇALIŞMA SORULARI

1. Psikanaliz nasıl gelişmiştir?
2. Psikanalitik kuramda kişiliğin yapısal modeli nedir?
3. Psişik belirleyiciliğin anlamı nedir?
4. Psikolojik sorunların oluşmasında kaygı ve savunma mekanizmalarının oynadıkları roller nelerdir?
5. Aktarım ve karşı aktarım nedir? Farklı psikodinamik yaklaşımlar bunlara nasıl bakar?
6. Psikodinamik psikoterapiler danışanın geçmişi tekrar etmesini durdurmaya nasıl yardımcı olurlar?

7. Direnç, yorumlama ve içgörü kavramlarının psikanalizde oynadıkları roller nelerdir?
8. Freud'dan sonra psikanalitik düşüncede hangi temel değişiklik ve çeşitlilikler ortaya çıkmıştır.
9. Çağdaş psikodinamik terapistlerin uygulamaları psikanalistlerin uygulamalarından nasıl farklılaşmaktadır.
10. İnsancıl psikologlar kişiye ve psikolojik sorunlara nasıl bakarlar?
11. İnsancıl psikoterapide benliğin sahip olduğu özel rol nedir?
12. Koşulsuz olumlu kabul, empati ve tutarlılık nedir ve bu kavramlar kişi-merkezli terapide neden önemlidir?
13. Kişi-merkezli terapi ve diğer insancıl terapilerde terapötik ilişkinin rolü nedir?
14. Gestalt terapi, kişi-merkezli terapiden nasıl farklılaşır?
15. Varoluşçu insancıl psikoterapilerin temel odak noktası nedir?
16. İnsancıl yaklaşımlar diğer temel yaklaşımlarla kıyaslandığında klinik psikologların ve psikolojik danışmanların uygulamaları arasında ne kadar yaygındır?

WEB SİTELERİ

- APA Bölüm 39, Psikanaliz: http://www.apa.org/about/division/div39.html
- APA Bölüm 39, Psikanaliz, Alt Bölüm III:Kadın, cinsiyet ve psikanaliz: http://
- www.section-three.org
- APA Bölüm 39, Psikanaliz, Alt Bölüm V: Psikanalitik araştırma topluluğu: http://www. sectionfive.org
- Freud Muzesi Web Sitesi London, UK: http://www.freud.org.uk/index.html
- APA Bölüm 32, İnsancıl Psikoloji: http://www.apa.org/about/division/div32.html
- Carl Rogers'a adanmış ve kızı Nancy tarafından hazırlanmış web sitesi: http://www.nrogers. com/carlrogers.html
- Varoluşçu Psikoterapi ve Danışmanlık Derneği Web sitesi:
- http://www.existentialpsychotherapy.net

BÖLÜM 8

Çeviren:
Yrd. Doç. Dr.
Serap Tekinsav Sütcü

Davranışçı ve Bilişsel-Davranışçı Psikoterapiler

Bölüme Bakış: Burada öğrenme kuramlarından ve bilişsel psikolojiden çıkmış olan bir psikoterapi yaklaşımları ailesi tanımlıyoruz. Davranışçı terapistler, uyumsuz davranışları tanımak ve onları değiştirmek için oluşturulmuş olan tekniklere güvenirler. Bilişsel terapistler, pek çok bozukluğun temel nedeni olarak hatalı düşünceleri görürler. Bu nedenle bilişsel terapi, danışanların olaylar ve kendileri hakkındaki düşünce biçimlerini değiştirmeye odaklıdır. Bazı farklılıklarına rağmen, davranışsal ve bilişsel yaklaşımlar birbiriyle oldukça uyuşur ve günümüzün en popüler psikoterapi yaklaşımlarından biri olan bilişsel-davranışçı terapinin çeşitli biçimlerinde bu yaklaşımlar sıklıkla bir araya getirilir.

DAVRANIŞ TERAPİSİ

Bu Kısma Bakış: Burada, öğrenme kuramlarından ve öğrenme üzerine yapılan araştırmalardan doğmuş bir yaklaşım olan davranış terapisini tanımlıyoruz. Çok sayıda psikolojik soruna uygulanabilen davranış terapisi, danışanların kendi sorunlu davranışlarını ve/veya bu davranışları ortaya çıkaran çevresel koşulları değiştirmeyi öğrenmelerine yardımcı olmayı amaçlamaktadır.

"Klinik Psikolojinin Geçmişi ve Bugünü" başlıklı 2. Bölümde, klinik psikolojiye davranışsal yaklaşımın kökenlerini tanımladık. Pavlov'un köpek koşullanmalarını, Watson'ın 9 aylık "Küçük Albert"te yaptığı korku koşullanmasını ve Mary Cover Jones'un çocukların koşullu korkularını azaltma tekniklerini hatırlarsınız. Bunlar, öğrenme kuramının gelişiminde dönüm noktalarıdır. Fakat bunlar aynı zamanda öğrenme kuramına dayalı psikolojik tedavilerin gelişiminde de dönüm noktası olmuşlardır. Davranışçı tedaviler 1950'ler ve 1960'larda şekillenmeye başladığında, büyük oranda klasik ve edimsel koşullanma ilkelerine dayanıyordu. Yaklaşım o zamandan beri, biyolojik, sosyal ve bilişsel psikoloji alanlarındaki psikologların, insanların nasıl hissettiği ve düşündüğü konusunda bilgilerini kapsayacak biçimde genişlemiştir (Viken ve McFall, 1994).

Davranış terapisi tek bir yöntem değildir, daha ziyade insanların psikolojik sorunlarını ele almak üzere geliştirilmiş geniş bir teknikler kolleksiyonudur. Bunlar arasında sistematik duyarsızlaştırma, maruz bırakma terapileri, gevşeme eğitimi, biyolojik geribildirim, atılganlık eğitimi, edimsel koşullanma, diğer pekiştirmeye dayalı tedaviler, cinsel işlev bozukluğu için duyusal odaklanma, altını ıslatmayı önlemek için "ıslanan yatak – zil (bell-and-pad) koşullanması" ve pek çok başka yöntem sayılabilir (Antony ve Roemer, 2003).

Bu tekniklerin gevşeme eğitimi gibi bazıları çok çeşitli bozuklukların tedavisinde uygulanırken, altını ıslatma için kullanılan "ıslanan yatak – zil" koşullanması gibi diğer bazıları ise, sadece belirli bir tip problem için geliştirilmiştir. Hem çocukların hem de yetişkinlerin tedavisi için davranışçı teknikler, çok çeşitli klinik yönelimlerden gelen kuramcılar tarafından kullanılmaktadır.

Kuramsal Temeller

Terapide davranışsal yaklaşımların altında yatan anahtar varsayım, psikolojik problemlerde görülen davranışların, diğer davranışların da gelişimini etkileyen benzer öğrenme ilkeleri yoluyla geliştiğidir. Bu yüzden davranışçılar, kişiliği, kişilik gelişimindeki sorunları *ve davranış bozukluklarının çoğunu, insanların sahip olduğu "şeyler" olarak görmezler.* Bunları, *öğrenme ilkelerinin,* belli insanları belli durumlarda davranmaya nasıl ittiğini gösteren yansımalar olarak görürler. Bu öğrenme ilkeleri konusundaki anlayışımız, klasik ve edimsel koşullanma konusundaki araştırmaların yanı sıra gözlemsel öğrenme konusundaki araştırmalardan ortaya çıkmıştır.

Nötr bir uyaran (örneğin, bir müzik tonu) otomatik, refleks niteliğinde bir yanıtı (örneğin irkilme tepkisi) tetikleyen bir başka uyarandan (örneğin, irkilme) hemen önce geldiğinde, klasik koşullanma oluşur. Eğer iki uyaran yeterince sık eşleştirilmişse, irkilme tepkisi *önceden nötr olan müzik tonuna* yanıt olarak ortaya çıkmaya başlar. Bu öğrenme süreci, genellikle biraz zaman alır. Buna rağmen bazı vakalarda, örneğin büyük bir köpek havlamasıyla irkilen küçük bir çocukta olduğu gibi, klasik olarak koşullanmış bir korku tepkisi çok hızlı bir şekilde ortaya çıkabilir ve hatta bir fobiye dönüşebilir. Belirli bir davranış, bu davranışı izleyen ödüller ya da cezalarla güçlendiğinde ya da zayıfladığında edimsel koşullama gerçekleşir. Örneğin, partilerde ya da başka sosyal ortamlarda olumsuz yaşantıları olan bir kişi, kaygısını azaltmak için mümkün olduğunca bu ortamlara girmemeye ya da bu ortamları terketmeye çalışacaktır. Bu kaçınma ya da kaçma davranışları, davranışın ardından ortaya *çıkan rahatlama duygusuyla ve kaygının* azalmasıyla pekişir. Bu nedenle bu davranışların gelecekte de ortaya çıkması çok olasıdır ve kişi grup ortamlarıyla ilgili her türlü soruna yol açan bu korkuyla zamanla sosyal olarak felç olabilir. Fakat belki de tüm grup ortamlarında sorun yaşamaz: bazı sosyal kaygılı kişiler partilerden kaçınırlar ama tanıdıkları çalışma

arkadaşlarıyla makul ilişkiler geliştirebilirler. Bu fenomen, öğrendiğimiz uyumlu ve uyumsuz tepki örüntülerinin bazı koşullarla ilişkili olmazken, bazılarıyla ilişkili olabileceğini gösterir. Birbirine yeterince benzer olan iki durum benzer tepkilere neden olduğunda, *uyarıcı genellemesi* ortaya çıkmış olur. Başka bir deyişle, kişi durumları psikolojik olarak birbirinden ayırt edemez ve buna karşılık bu durumlara aynı şeymiş gibi tepki verir. Böylece büyük bir köpekten korkan bir çocuk, daha sonra tüm büyük köpeklere hatta tüm köpeklere korku tepkisi verebilir.

İnsanlar davranışlarının çoğunu, klasik koşullanma ve edimsel koşullanmayla doğrudan deneyimleyerek öğrenirler. Ancak insanlar, başkalarının nasıl davrandığını ve sonuçta neyle karşılaştıklarını gözleyerek de öğrenirler. Örneğin, *gözlemsel* öğrenme ve *vekâleten koşullanma* fenomenleri Bandura ve Ross'un ünlü "Bobo Doll" çalışmalarında güçlü biçimde kanıtlanmıştır. Bu çalışmalarda, "Bobo" isimli şişme bir bebeğe saldırgan biçimde davranan ve ardından ödüllendirilen bir yetişkini izleyen çocuklar, bebeğin olduğu odaya geldiklerinde, saldırgan olmayan davranışlar gözleyen ya da saldırgan modelin cezalandırıldığını gözleyen çocuklardan anlamlı biçimde daha fazla saldırganlık sergilemişlerdir.

Kısacası davranışçı yaklaşıma göre, normal ve anormal davranış aynı öğrenme süreciyle açıklanabilir. Davranış terapistlerinin görevi danışana sorunlu davranışları nasıl değiştireceği ve yeni ve daha uyumlu alternatif davranışları nasıl öğreneceği konusunda yardım etmektir. Diğer pek çok terapi yaklaşımında olduğu gibi, tedavi süreci çözülecek problemi değerlendirmekle başlar.

Davranış Terapisinde Değerlendirme. Davranış terapisinde değerlendirme, danışanın sorunlu davranışlarını, bu davranışların ortaya çıktığı çevresel koşulları ve davranışları sürdüren pekiştireçleri ve diğer sonuçları tanımayı amaçlar. Davranışsal değerlendirme sürecinde genellikle projektif kişilik testleri, tanısal etiketler ya da diğer geleneksel yöntemler kullanılmaz. Davranış terapistleri bunlar yerine, işlevsel (fonksiyonel) bir analiz ya da işlevsel bir değerlendirme (Nelson ve Hayes, 1986) yaparlar. Böylece 4 temel alanda inceleme yapılır: uyarıcı, organizma, tepki ve sonuç. Tablo 8.1. böyle bir değerlendirmenin genellikle içerdiği bilgileri göstermektedir.

Tablo 8.1.'in gözlenen davranışlar kadar bilişlerin ve duyguların değerlendirilmesini de içerdiğine dikkat edin. Muhafazakar bir davranışçı bakış açısına sahip olan klinisyenler, bilişsel değişkenlere pek fazla odaklanmazlar. Fakat davranışların nedenlerini daha kapsamlı biçimde değerlendirmeyi tercih eden klinisyenler, bu değişkenlerin de değerlendirilmesine büyük önem verirler (Antony ve Roemer, 2003). Daha sonra da tanımlandığı gibi, bilişsel ve bilişsel-davranışçı klinisyenler danışanlarının öğrendiği düşünce örüntülerinin, normal ve anormal davranışların önemli nedenleri olduğunu düşünürler. Bu nedenle düşünceler dikkatli biçimde incelenmeli ve eğer uyumlu değilse değiştirilmelidir.

Davranış terapistleri özellikle, yapılandırılmış görüşmeler, objektif psikolojik testler ve çeşitli davranış derecelendirme formları gibi objektif olarak puanlanan niceliksel değerlendirme yöntemlerini kullanmaya eğilimlidirler. Bu ölçümler kısmen danışanın sorunlarının doğasını saptamak için ve kısmen de uyumsuz tepkilerin temel düzeyini görgül olarak incelemek için kullanılır.

TABLO 8.1.

Davranışın İşlevsel Analizinde Değerlendirilen Alanlar

Değerlendirilen Alan	Genel Örnekler	Bulimia (Tıkanırcasına Yeme ve Çıkartma Tipi) Tanılı Bir Danışana Özgü Örnekler
Uyarıcı	Davranışı ortaya çıkaran öncül koşullar ve çevresel tetikleyiciler	Televizyon izleme, yiyecek reklamları izleme, giymek için kıyafet seçme, buzdolabına doğru yürüme, çikolata kokusu alma
Organizma	İçsel fizyolojik tepkiler, duygular ve bilişler	Açlık hissi, kaygı, kiloyla ilgilenme, şişmanlamaktan endişe etme, yoksunluktan dolayı öfkelenme
Tepki	Kişi tarafından yapılan açık davranışlar	Dakikalarca ya da bir saat yiyecekten kaçınma ve bunu takip eden tıkanırcasına yeme
Sonuçlar	Davranışın sonucunda ne olduğu	Doygunluk, kaygının azalması, suçluluğun artması

Terapi ilerledikçe, danışanın ilerlemesini değerlendirmek ve belgelemek için benzer ölçümler tekrar alınır (3. Bölümdeki Şekil 3.3'de ve 11. Bölümde Şekil 11.2.'de, böyle tekrarlayan değerlendirme örnekleri verilmiştir). Davranışçı klinisyen danışanlarına özellikle sigorta amacıyla gerekliyse bir DSM tanısı koyabilir, fakat DSM tanısı genellikle davranışçı değerlendirmenin odağı değildir. Davranışçı tedavi, görgül bir gelenek içinde geliştiği için, davranışçı uygulayıcılar arasında güçlü bir araştırma yapma sorumluluğu vardır. Davranış terapistleri, öğrenmeye dayalı araştırma sonuçlarının terapi yöntemlerine rehberlik etmesi gerektiğine inanırlar. Tedavi tekniklerinin değerlendirilmesine büyük değer verirler. Davranışçı terapistler değerlendirme araçlarını ve kontrollü araştırma sonuçlarıyla etkinliği kanıtlanmış olan tedavi tekniklerini özellikle kullanırlar.

Terapistin Rolü. Davranış terapistleri terapötik ilişkinin önemli olduğunu kabul ederler, bu nedenle de danışanın kaygı, utanç, umutsuzluk, üzüntü ve kafa karışıklığı gibi duygularına tepki verirken empatik ve destekleyici olurlar. Fakat davranışçı terapistler insancıl terapistlerin aksine, danışan-terapist ilişkisinin, sadece belli tekniklerin değişimi yaratabilmesi için gerekli şartları sağladığına inanırlar. Danışanlar, çevrelerinde (örn., tetikleyiciye daha az maruz kalma), içsel yanıtlarında (örn., gevşemeyi öğrenerek daha az uyarılma) ve açık davranışlarında (örn., konuşma becerilerini uygulama) değişiklik yaptığı zaman, terapötik faydalar ortaya çıkar. Bu yüzden davranış terapistleri terapide bu faktörlere odakla-

nırlar. Terapistler ayrıca, danışanların yaptıklarının altında yatan kuramı onların anlayabileceği şekilde açıklayarak, eğitimsel bir rol de oynarlar. Ancak sonuçta terapistler, davranışlarının ve davranışlarının sonuçlarının sistematik bir analizini yapmak için danışanların kendileriyle işbirliği içinde çalışmasını arzu ederler.

Davranış Terapisinin Amaçları

Davranış terapisinin öncelikli amacı, danışanın uyumsuz davranışlarını ve bunun yanı sıra bu davranışlara eşlik eden bilişlerini, fiziksel değişimlerini ve duygularını değiştirmesine yardım etmektir. Tedavi, erken çocukluk yaşantılarını, bilinçdışı süreçleri, içsel çatışmaları ve bunun gibi şeyleri araştırmaksızın ilerleyebilir. Kısacası, davranış terapisinde uyumsuz davranışın kökenini bilmek önemli değildir, davranışın nasıl sürdüğünü ve nasıl değişebileceğini bilmek yeterlidir.

Klinik Uygulamalar

Davranış terapisi genel bir öğrenme modeli çerçevesinde kurulmasına rağmen, her biri belirli sorunlu davranış gruplarına hitap eden çok çeşitli tedavi paketlerinde uygulanır. Burada, bu tedavi paketlerinde bir araya getirilebilen tüm davranışçı tedavi tekniklerini tanımlamak için yerimiz yok ama aşağıdaki kısımda en tanınmış ve yaygın olarak kullanılan tekniklerden birkaç örnek sunduk.

Gevşeme Eğitimi. Davranış terapistlerinin kaygılı danışanlarla kullandıkları en temel tekniklerden biri *aşamalı gevşeme eğitimi*dir-AGE (*progressive relaxation training*) (Bernstein, Borkovec ve Hazlett- Stevens, 2000). Bu, 1938'de Edmund Jacobson'ın öncülük ettiği ve 1960'larda Joseph Wolpe (1958) tarafından popülerleşen yöntemin kısaltılmış bir versiyonudur. AGE çeşitli kas gruplarını germeyi ve ardından serbest bırakmayı, aynı zamanda bunları takip eden gevşeme duyusuna odaklanmayı içerir (5 saniye boyunca yumruğunu sıkıp, sonra birden serbest bırakarak, bu eğitimin ne hissettirdiği konusunda bir fikir edinebilirsiniz). Pek çok danışan, pratik yaparak, kendisini gevşetmeyi ve uyarılma düzeyini azaltmayı öğrenebilir. Danışan gevşemede daha iyi olmaya başladıkça, süreç kısalır. Bazen buna belirli nefes egzersizleri de dahil olur. Bu eğitim nadiren tek başına da kullanılır, fakat daha sıklıkla başka davranışçı ve bilişsel tekniklerle birlikte kullanılır.

Sistematik Duyarsızlaştırma. *Sistematik duyarsızlaştırma*-SD (*systematic desensitization*) olarak bilinen *kaygıyı* azaltmaya yönelik tedavi 1958'de Güney Afrikalı bir psikiyatr olan Joseph Wolpe tarafından geliştirilmiştir. SD, özel bir kafeste tekrar tekrar şok verilen kedilerle yapılan araştırmalara dayanır. Kediler bu kafese konmaya direnç göstermişler ve kafesteyken yemek yemeyi reddetmişlerdir. Wolpe eğer koşullu kaygı, yemeyi engelleyebiliyorsa, *karşılıklı ketleme* ilkesi yoluyla yemenin de koşullu kaygıyı engelleyebileceği çıkarımını yapmıştır. Wolpe'a (1958) göre, "Eğer kaygı karşıtı tepki, kaygıya yol açan uya-

ran varken ortaya çıkarsa, kaygı tepkileri kısmen ya da tamamen baskılanacağı için, bu uyarıcı ve kaygı tepkileri arasındaki bağ zayıflayacaktır" (s. 71). Aslında Wolpe kedilerin kafeslerini, kaygıyı öğrendikleri yere giderek daha da yaklaştırıp, onları elle besleyerek korkularını "karşıt koşulladığında", pek çok hayvan daha önce korktuğu kafese konulduğu zaman çok daha az duygusal tepki göstermiştir.

Wolpe, bu SD yöntemlerini fobisi olan insanlara uygularken, kaygıyla zıt bir tepki yaratmak için yiyecek yerine aşamalı gevşeme eğitimini kullanmıştır. Peki, sistematik duyarsızlaştırma nasıl uygulanır: ilk olarak danışana aşamalı gevşeme teknikleri öğretilir. Sonraki aşama, danışanın giderek daha fazla kaygı uyandırıcı bulduğu durumların aşamalı bir hiyerarşisini oluşturmaktır. Bu maddelerin (daha sonra hayal edilecek veya canlı olarak yaşanacak olan) neleri içereceğine ve nasıl sıralanacağına danışan rehberlik eder. Böylece her bir madde, bir önceki maddeden sadece biraz daha fazla kaygı yaratacak şekilde sıralanır (bknz. Tablo 8.2.). Maddeler arasındaki uyarılma artışının çok yüksek olması ilerlemeyi güçleştirir, buna karşılık uyarılma artışı çok azsa da tedavi gereksiz yere uzamış olur.

Gevşeme eğitimi ve hiyerarşinin yapılandırılması tamamlandıktan sonra, duyarsızlaşırmanın kendisi başlar. İmajinal *(hayali) duyarsızlaştırmada* danışan gevşer ve sonra hiyerarşideki en kolay maddeyi gözünde canlandırır. Eğer danışan sahneyi 10 saniye boyunca kaygı hissetmeden hayâl ederse, terapist bir sonraki maddeyi tanımlar. Eğer bu olmazsa, danışan kaygı sinyalini verir ve sahneyi gözünde canlandırmayı durdurur. Tamamen gevşeme yeniden sağlandıktan sonra, danışan yine maddeyi önce kısa bir süre için hayâl eder. Ardından sahne artık sıkıntı yaratmayıncaya kadar, onu aşamalı olarak daha uzun süre hayâlinde canlandırır. Bu düzen, danışan hiyerarşideki tüm maddelerle baş edinceye kadar devam eder.

İdeal bir durumda, hayâl edilen sahneler karşısında kaygının azalması, sahnenin gerçek yaşamdaki karşılığında da ortaya çıkar. Fakat ilerlemeyi pekiştirmek ve tedavinin etkisinin yaygınlığını değerlendirmek için danışan, gözünde canlandırdığı sahnenin gerçek dünyadaki karşılığını bulması için teşvik edilir. Bir hiyerarşinin tamamlanması genellikle 3-5 seans alır, buna rağmen kısa bir hiyerarşinin tek bir oturumda tamamlanması da mümkündür. Sistematik duyarsızlaştırma, koşullanmış kaygının tedavisinde çok etkili olabilir. Aslında SD araştırmasında bir öncü olan Gordon Paul (1969b), özel bir terapötik paketin, kaygının temel öneme sahip olduğu geniş yelpazedeki sıkıntılar için, ölçülebilir yararlar sağladığını psikolojik tedavilerin tarihinde ilk olarak ortaya koymuştur (s. 159). Fakat SD, panik bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk gibi daha yaygın ve daha karmaşık olan kaygıyla ilişkili bozuklukları tedavi etmede daha az başarılı olabilir. Davranışçı terapistler, bunlar gibi daha karmaşık sorunlarda, danı-

şanın korku veren uyarana doğrudan maruz kalmasını içeren tedavilerin daha iyi tedavi seçenekleri olabileceğini bulmuşlardır (Barlow ve Wolfe, 1981; Farmer ve Chapman, 2008).

TABLO 8.2

Bir Duyarsızlaştırma Hiyerarşisi

İmgeleme ile duyarsızlaştırmada, danışan giderek daha korku veren sahneleri gözünde canlandırırken, gevşemeye çalışır. In vivo (canlı) duyarsızlaştırmada danışan, kontrollü koşullar altında hiyerarşi maddeleriyle gerçekten karşılaşır. Burada *bitlenmekten ya da saçlarında başka böceklerin dolaşmasından korkan* 17 yaşındaki genç bir kadının tedavisinde kullanılan imgesel hiyerarşi bulunmaktadır. Parantezlerdeki sayılar her maddenin sunulduğu duyarsızlaştırma seansını göstermektedir.

1. Bit ve böcek kelimelerini yazmak (1)
2. Okulda kitap okurken, kitabında küçük bir böceğin olduğunu farkediyorsun (1)
3. Kaldırımda yürürken, çukurda bir tarak olduğunu farkediyorsun (1)
4. Evde televizyon izliyorsun ve kepek şampuanı reklamı çıkıyor (2)
5. Bir bit sorununun giderek yayılması ve tedavisiyle ilgili detaylar veren bir makale okuyorsun (2)
6. Masanın üstüne bakıyorsun ve orada birkaç toka olduğunu fakediyorsun (3)
7. Bir alışveriş merkezindesin ve tezgahtar sende bir şapka deniyor (3)
8. Bir dükkânda peruk denemen isteniyor ve sen de buna razı oluyorsun (3)
9. Bir film izliyorsun ve filmde insanların bitlerinin temizlendiği bir sahne gösteriliyor (4, 5 ve 6)
10. Okulda sağlık bilgisi dersinde öğretmen insanların saçlarındaki bit ve böcekleri anlatıyor (4 ve 5)
11. Bir kız eşarbını senin kucağına koyuyor (5)
12. Umumi bir tuvalette klozetin oturağına dokunuyorsun (6)
13. Saçını yaptırmak üzere bir güzellik merkezindesin (6)
14. Okulda önündeki kız kafasını arkaya, senin kitabına dayıyor (6 ve 7)
15. Kızkardeşinle evde otururken, o sana bugün bir başkasının tarağını kullandığını söylüyor (7 ve 8)
16. Bir kafede otururken, bir arkadaşın sana, bitlendiği zaman yaşadıklarını anlatıyor (8 ve 9)
17. Lavaboda saçını tarıyorsun ve biri tarağını ödünç almak istiyor (9)
18. Tanımadığın biri senin tarağını kullanmak istiyor ve "hayır" dediğinde ise, "neden" diye soruyor (9)
19. Bir mağazanın camekânından içerdeki reklama bakıyorsun ve biri yanına gelip, reklamı görmek için kafasını senin kafanın yanına sokuyor (10)
20. Okuldaki tuvalette bir yabancı sana tarağını uzatıyor ve onun için biraz tutmanı istiyor (10)
21. Kız kardeşin saçını yapıyor ve bigudileri yere düşürüyor, onları yerden alıyor ve tekrar saçında kullanıyor (11)
22. Bir yabancı senin saçlarının karışmış olduğunu farkediyor ve kendi tarağıyla senin saçını tarayarak sana yardım etmeye çalışıyor (11)

KAYNAK: J.H. Geer (1965) tarafından yazılan "Korkuyu Ölçmek İçin Bir Ölçek Geliştirme" Behaviour Research and Therapy, 3, ss.45–53. Copyright 1965 Elsevier Science. İzin alınarak uyarlanmıştır.

Sanal Gerçeklikte Maruz Bırakma. Danışanlar hiyerarşide yer alan maddelerle özellikle gerçek yaşamda (hayâl edilen maddelerden ziyade) yavaş ve

dikkatli biçimde karşı karşıya gelirse, duyarsızlaştırma daha etkili olmaktadır (Chambless,1990; McGlynn, Moore, Lawyer ve Karg, 1999). Örneğin, *canlı (in vivo)* duyarsızlaştırmada danışanlar korktukları şeyin aşamalı olarak daha korkutucu biçimleriyle gerçekten karşılaşırken, sakin kalmak için terapistin rahatlatıcı olarak varolduğu bir ortamda, gevşeme becerilerini kullanırlar. Fakat danışanları yükseklik, uçak seyahati ya da karayolu seyahati gibi gerçek koşullara maruz bırakmak zor ve pahalı olabilir. Ayrıca maruz kalınması istenen seviye için kesin bir düzenleme yapmak da zor olabilir. Şimdilerde korkulan ortamlar için bilgisayar yapımı uyarıcılar kullanışlı bir alternatif olarak sunulmaktadır. Bu *sanal gerçeklikte (SG) maruz bırakma* tedavilerinde, danışanlar neredeyse her uyarıcı durumun farklı düzeylerine maruz bırakılabilirler. Örneğin, bir çalışmada yükseklik korkusu olan danışanlara kafaya takılan bir sanal gerçeklik kaskı giydirilmiştir. Bu danışanlara giderek yükselen bir köprüde oldukları, giderek daha yüksek katlarda bulunan açıkhavadaki bir balkonda oldukları ve camdan bir asansörün içinde oldukları şeklinde izlenim verilerek, yavaş yavaş artan seviyede 49 hikâye çalışılmıştır (Rothbaum, Hodges, Kooper ve Opdyke, 1995). Yükseklik korkusuyla ilgili SG tedavisi başarılı bulunmuştur (Krijn, Emmelkamp, Olafsson ve Biemond, 2004; Rothbaum, 2006); SG tedavisi uçuş korkusu için de canlı maruz bırakma tedavilerinden daha az maliyetli ve umut verici bulunmuştur (Gorman, 2006). SG teknolojisi, başka kaygı türlerinin tedavilerinde de yararlı görünmekte (Klein, 1999; Rothbaum, Hodges, Smith, Lee ve Price, 2000) ve uygulama alanı giderek genişlemektedir. Örneğin yakın zamanda SG teknolojisi madde kötüye kullanımı olan kişilere maddeyi arzulamaya yol açan dışsal ipuçlarına ya da tetikleyicilere verilen tepkiyi azaltmaya yardım etmek için kullanılmıştır (Rothbaum, 2006). Bu teknoloji umut verici olmasına karşın, ekstra maliyetinin olmadığı da söylenemez. Bu nedenle pek çok klinisyen SG tedavisi uygulamalarının standart in vivo tedavisinden daha üstün olduğunu görmek için kontrollü çalışmaların sonuçlarını beklemektedir (Price ve Anderson, 2007).

Maruz Bırakma ve Tepki Önleme Teknikleri. *Maruz bırakma tedavileri*, canlı duyarsızlaştırmada olduğu gibi korku veren uyarana doğrudan maruz kalmayı gerektirir, fakat bu tedavideki düşünce, sistematik duyarsızlaştırmada olduğu gibi kaygıyı önlemek değildir. Bunun yerine, korkulan uyarana maruz bırakmada, kaygının ortaya çıkması ve (danışan zarar gelmediğini görünce) *sönme* diye bilinen öğrenme süreciyle, sonunda kaygının ortadan kalkması için planlama yapılır.

Taşırma (flooding) olarak isimlendirilen terapi yönteminde, kirlenme ve enfeksiyon kapma korkusuyla bir şey yapamaz hale gelmiş danışanlardan, "kirlenmiş" olma korkuları uyandıran çeşitli basit malzemelere uzun süre dokunmaları ya da onları tutmaları istenebilir. Bazı terapistler, danışanı kaygı hiyerarşisinde en üstlerde yer alan maddelere yoğun, uzun süreli maruz bırakmayı desteklerken, bazı terapistler de, hiyerarşideki en korku verici maddeleri deneme-

den önce daha az korku veren maddelerle başlamayı tercih ederler (Barlow ve Waddell, 1985). Her iki yaklaşımda da maruz bırakma süreleri kaygıyı gidermek için yeterince uzun olur. Bu, gerekliyse saatlerce sürer. Maruz bırakma, danışan hâlâ korku yaşıyorken sonlandırılmamalıdır. Çünkü süreç sonlandığında kaygının azalması, danışanın kaçınma davranışını pekiştirecektir.

Maruz bırakma tedavileri özellikle obsesif kompulsif bozukluk vakalarında popülerdir. (Bu danışanların aklına *obsesyon* denilen, ısrarla araya giren ve korku verici olan düşünceler gelir. Ve danışanlar *kompülsiyon* denilen ve obsesyonlardan kaynaklanan kaygıyı önlemek ya da azaltmak için oluşturulan tekrarlayıcı törensel davranışlarıyla [ritüeller] meşgul olurlar) Bu vakalarda maruz bırakma genellikle *tepki önleme* ile beraber kullanılır (Abramowitz, 1996; Lam ve Steketee, 2001; bknz. Tablo 8.3). Tepki önleme danışanların normalde kaygıyı azaltmak için yaptıkları ritüellere izin verilmemesi anlamına gelir.

Maruz bırakmaya devam ederek, fakat tepki vermeyerek, uyarıcının giderek daha az kaygı uyandıracağı, başka bir deyişle kaygının yavaş yavaş söneceği düşünülür. Maruz bırakma teknikleri yaygın olarak agorafobide de kullanılır. Agorafobi, evden ya da güvenli olan başka bir yerden uzakta olmaktan ya da tiyatro gibi kaçmanın zor olabileceği halka açık bir yerde olmaktan korkmayı içeren ciddi bir bozukluktur. Maruz bırakma tedavileri, sıklıkla agorafobinin gelişimine öncülük eden panik ataklar için, bulimiada tıkanırcasına yeme isteği ve diğer başka sorunlar için de kullanılır (bknz. Hersen, 2002).

Sosyal Beceri Eğitimi. Bazı psikolojik bozukluklar bir ölçüde, insanların tatmin edici kişilerarası ilişkiler ve diğer sosyal pekiştireçler için gerekli olan sosyal becerileri eksik olduğu için gelişir. Eğer beceri yetersizlikleri ciddi boyuttaysa, bu insanlar morali bozuk, kaygılı, öfkeli ve yabancılaşmış olabilirler. Bu yüzden davranışçı terapistler sıklıkla, şizofreni, depresyon, kaygı gibi çeşitli yetişkin bozukluklarının ve çocuk suçluluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu ve hatta fetal alkol sendromundan kaynaklanan davranış problemleri gibi çeşitli çocukluk çağı bozukluklarının tedavisine sıklıkla *sosyal beceri eğitimini* dahil ederler.

Sosyal beceri eğitimi kişilere nasıl tokalaşılacağını, göz teması kurulacağını öğretmekten tutun da bir restoranda nasıl yiyecek sipariş edileceğini, nasıl karşılıklı konuşmaya girileceğini öğretmeye kadar çok çeşitli teknikleri kapsamaktadır. *Atılganlık eğitimi* özellikle saldırganlığa, depresyona ve küskünlüğe yol açan istek ve ihtiyaçları etkili biçimde ifade etmede yetersizlik yaşayan yetişkinlerde uygulanan en popüler tekniklerden biridir. Bu insanlar genellikle ne söylemek istediklerini bilirler ve bunu çeşitli sosyal durumlarda yaparlar. Fakat "sorun çıkarmaya hakkım yok" ya da "eğer itiraz edersem, beni sevmezler" gibi düşünceler nedeniyle sessiz kalırlar. Atılganlık eğitimi a) eğer henüz bunu yapma becerisine sahip değillerse, danışanlara kendilerini nasıl uygun şekilde ifade edeceklerini

öğretmek ve/veya b) kendini açık biçimde ifade etmeye yönelik bilişsel engelleri ortadan kaldırmak için tasarlanır. Onlara ayrıca atılganlığın, başkalarının hakkını yemeden duyguların uygun şekilde ifade edilmesi olduğu da öğretilir (Alberti ve Emmons, 1974;Wolpe ve Lazarus, 1966). Atılganlık eğitimi başlangıçta, mantıksız istekleri savuşturmak için pek çok danışanın ihtiyaç duyduğu "reddetme becerilerine" odaklanmasına rağmen, eğitim şimdilerde sohbet etmeyi, kişilerarası problem çözmeye çalışmayı, duygusal provokasyonlara uygun tepki vermeyi içeren geniş bir yelpazedeki sosyal becerilerin artırılmasını da amaçlamaktadır (örn. Tisdell ve St.Lawrence, 1988).

Model Alma. Daha önce belirtildiği gibi, klinik psikolojide gözlemsel öğrenme ya da model alma olarak bilinen taklit, insan davranışının gelişiminde çok önemli bir mekanizmadır (Bandura, 1969). Aslında model alma yoluyla öğrenme, doğrudan pekiştirme ya da cezalandırmadan genellikle daha etkilidir (Caddede nasıl güvenle karşıdan karşıya geçileceğini bilmesi için, herkese bir arabanın çarpmış olması gerekseydi nasıl olurdu bir hayâl edin). Modelin davranışının sonuçlarını gözlemek, bir gözlemcinin onu taklit davranışını engelleyebilir ya da davranış için varolan engeli ortadan kaldırabilir (örn. az önce birini ısıran bir köpeği sevmemiz pek olası değildir ve kırmızı ışıkta karşıya geçmemiz bunu yapan birini izledikten sonra daha olasıdır). Model alma, çocuk ve ergenlerde sosyal içeçekilme, obsesif kompulsif davranışlar, atılgan olmamak, antisosyal davranışlar, fiziksel saldırganlık ve erken çocukluk çağı otizmini de içeren pek çok klinik sorunun tedavisinde kullanılır (Rosenthal ve Steffek,1991).

TABLO 8.3.

Obsesif Kompulsif Bozukluğun Maruz Bırakmayla Tedavisi

Burada, kirlenmeyle ilgili obsesyonları ve bunun sonucunda kompulsif temizlenme ritüelleri olan bir danışanın, maruz bırakma yönteminin kullanıldığı tedavisinin bir seansından alıntı yapılmıştır. Terapistin korku verici bir durumla (yol kenarında ölü bir hayvanla) karşılaşması ve kaygı yatışıncaya kadar onunla temasta bulunması için danışanı nasıl cesaretlendirdiğine ve ona nasıl rehberlik ettiğine dikkat edin.

TERAPİST: (ofis dışında) İşte orada, arabanın arkasında. Haydi git ve yanındaki kaldırıma ve yola dokun. Doğrudan ona dokunman için ısrarcı olmayacağım çünkü biraz kötü kokuyor. Ama senden onun yanına doğru adımını atmanı ve ayakkabının tabanıyla dokunmanı istiyorum.

DANIŞAN: Ööğ. Bu gerçekten ölü. Bu iğrenç!

T: Evet, biraz iğrenç fakat eğer iyice düşünürsen, bu sadece ölü bir kedi. Nasıl bir zarar verebilir ki?

D: Bilmiyorum. Ellerime mikrop bulaşacağını düşündünüz mü?

T: Ne çeşit mikroplar?

D: Ölü kedi mikropları.

T: Bunlar ne çeşitler?

D: Bilmiyorum sadece mikroplar işte.

T: Zaten elediğimiz tuvalet mikropları gibi mi?

D: Bir çeşit. İnsanlar ölü kedilere dokunmak için dolaşmazlar.

T: İnsanlar duş almak için eve de koşmazlar ya da arabalarının içine alkol de dökmezler. Şimdi bunların üstesinden gelme zamanı. Şimdi gel, ilk olarak ben yapacağım (hasta takip eder). Tamam. Kaldırıma ve yola dokun. Burada yanında taşıyabileceğin bir taş ve kedinin kuyruğunun altında bir parça kağıt var. Devam et, al onu.

D: (oldukça rahatsız olarak bakar) iğğ.

T: Bunları ikimiz birlikte tutacağız. Şimdi bunu önüne, eteğine, yüzüne ve saçına dokundur. Böyle yap. Bu iyi. Kaygı düzeyin nasıl?

D: Doksandokuz. 100 diyeceğim fakat bu sadece kısa bir panik. Eğer burada olmasaydınız 100 olurdu.

T: Önceki deneyimlerimizden biliyorsun ki bir süre sonra daha kolay olacak. Sadece bununla kal, burada bekleyeceğiz. Gayet iyi gidiyorsun.

D: (keyifsiz göründüğü birkaç dakika geçer) Benim için olmasaydı, böyle bir şey yapar mıydınız?

T: Evet, eğer bu benim arabam olsaydı ve anahtarlarımı buraya düşürseydim, sadece onları alır ve giderdim.

D: Onları yıkamaz mıydınız?

T: Hayır. Ölü hayvanlar pek hoş şeyler değildir fakat onlar yaşadığımız dünyanın bir parçası. Bundan hastalık kapma ihtimalimiz nedir?

D: Çok az sanırım. Şu anda başlangıçta olduğundan daha iyi hissediyorum. Şimdi kaygım 90 düzeyinde.

T: Güzel. Sadece burada onunla kal.

Seans başka bir 45 dakika daha ya da kaygı büyük ölçüde azalıncaya kadar devam eder. Bu süreçte konuşmalar genellikle korkulan duruma ve danışanın tepkilerine odaklanır. Terapist danışanın kaygı düzeyini yaklaşık her 10 dakikada bir sorar.

T: Şimdi nasıl hissediyorsun?

D: İyi, biraz daha kolay, ama elbette çok iyi hissetmiyorum.

T: Buna bir sayı verebilir misin?

D: Yaklaşık 55 ya da 60 diyebilirim.

T: Bugün çok çalıştın. Yorulmuş olmalısın. Şimdi duralım. Bu çubuğu ve çakıl taşını kirlenmeye devam etmen için almanı istiyorum. Onları çantanda saklayabilirsin ve gün içinde sık sık onlara dokunabilirsin. Çevrendeki herşeye, mutfaktaki, sandalyedeki, yataktaki herşeye ve çekmecendeki giysilere dokun. Ayrıca arabanı bu noktadan sürmeni istiyorum. Bunları yapabilir misin?

D: Öyle sanıyorum. Sorun tüm bu pis şeylerle eve gitmek.

T: Neden Ken'i aramıyorsun ve eve gelmesi için plan yapmıyorsun. Böylece etrafında olur ve sana yardım edebilir. Herhangi bir sorun olduğunda, her zaman beni arayabileceğini unutma.

D: Evet. Bu güzel bir fikir. Tamam. Yarın görüşürüz.

KAYNAK: "Obsessive-Compulsive Disorder," by G. Steketee ve E. B. Foa, 1985, in D.H.Barlow (Ed.), Clinical Handbook of Psychological Disorders:A Step-by-Step Treatment Manual (New York: Guilford), ss.69–144. Copyright 1985 by Guilford Press. İzin alınarak uyarlanmıştır.

Mary Cover Jones (1924b) geleneğinde bu, benzer şekilde korkuların tedavisi için de kullanılır. Basit bir şekilde model alma yaklaşımı danışanın, onun kaçındığı davranışları başarılı biçimde ve korkmadan yapan canlı bir modeli ya da videodaki bir modeli gözlemesini içerir. Örneğin, köpek fobisi olan bir danışan, bir köpekle mutlu biçimde etkileşime giren bir modeli gözleyebilir; yükseklik fobisi olan bir danışan, soğukkanlı bir biçimde asansöre binen ve herhangi bir olumsuz sonuçla karşılaşmayan birini izleyebilir. Temel model alma tedavisinin yaygın bir başka biçimi olan *katılımlı model alma*da, danışan ilk olarak canlı modeli izler, ardından kontrollü ve korumalı koşullar altında korkulan nesne ve durumla aşamalı olarak bir rehber eşliğinde karşı karşıya gelir.

Davranış Provası ve Ev Ödevleri. Davranış terapistleri, danışanların davranış terapisinde öğrendikleri yeni becerilerin gelişmesine, pekişmesine ve bu becerilerde güven kazanmalarına yardımcı olmak için, uygulama seansları ve koşulları oluştururlar. Bu seansların gereklilikleri çok azdır, böylece başlangıçta danışanın başarı şansını en üst seviyeye çıkarır. Örneğin, eğer bir danışan yeni bir işe başvurmak gibi karmaşık ve çok rahatsız edici görünen davranışçı bir görev tasarlıyorsa, davranış terapisti danışanın görevi basit aşamalara bölmesine yardım edecektir (örn. ne zaman açık olduğunu sormak için bir telefon konuşması yapmak, başvuru formu almak için gitmek, başvuru formunun ilk sayfasını doldurmak gibi). Uygun şekilde aşamalandırılmış görevleri belirleme sayesinde, danışanda ustalaşma duygusu gelişebilir. Bu görevler danışanın doğal çevresinde uygulanabilir, fakat "gerçek şeyler" için yeterince hazır olmayan vakalarda, terapist danışandan yeni davranışları terapi seansı içinde prova etmesini isteyebilir. Danışan ve terapistin çeşitli durum ve etkileşimleri rol canlandırdığı bu uygulama seansları, danışanların yaklaşımlarına ince ayar yapmalarına, diğerlerinden gelecek tepkileri tahmin etmelerine, çeşitli senaryolara verilecek tepkileri hazırlamalarına ve yaptıklarıyla ilgili terapistten geri bildirim almalarına yardımcı olur.

Tiksindirme (Aversion) Terapisi ve Ceza. Tiksindirme terapisi, madde kötüye kullanımı, alkolizm, aşırı yeme, sigara içme ve rahatsız edici cinsel davranışlar gibi istenmeyen davranışların ortaya çıkma olasığını azaltmak için hoş olmayan ve acı verici uyarıcının kulanıldığı öğrenmeye dayalı bir grup tekniktir. Tiksindirme terapilerinin çoğu klasik koşullanma ilkelerini izleyerek, normalde problemli davranışı ortaya çıkaran uyarıcı ile elektrik şoku gibi kötü etkileri olan bir uyarıcıyı eşleştirir. Bu şekilde örneğin bir alkolik, temsili (simulated) bir barda oturup bir bardak viskiye bakarken, iğrenç bir kokuya maruz kalır. İdeal bir durumda, süren eşleştirme, davranışı ortaya çıkaran uyarıcının çekiciliğini azaltmalıdır, ta ki istenmeyen davranış tamamen ortadan kalkıncaya ya da azalıncaya kadar. Edimsel koşullanma programlarında cezanın kullanımı yoluyla da aynı amaç için uğraşılabilir. Burada elektrik şoku ya da başka bazı itici uyaranlar danışanın problemli davranışı göstermesinin hemen ardından verilir (örn. alkolden bir yudum içtikten hemen sonra vermek gibi).

Tiksindirme ve ceza yöntemlerinin bazı yönleri üzerine tartışmalar vardır. Bu terapiler yoluyla ortaya çıkan bazı değişimlerin, tedavilerin yarattığı hoşnutsuzluğu haklı çıkarmaya yetecek kadar, uzun süreli, yaygın ve genellenebilir olup olmadığı şüphelidir. Ayrıca eleştiriler, tiksindirme terapisi ve cezanın, danışanın gösterdiği uyumsuz davranışların yerine konulabilecek alternatif davranışı öğretmediğine de işaret etmektedir. Son olarak pek çok terapist, şu nedenlerle kaçınma terapilerini ve cezayı kullanmayı tercih etmemektedir: (a) terapistler danışanlarda kasıtlı olarak rahatsızlık uyandırmaya istekli değildirler, (b) terapistler korku ve saldırganlığın genellenmesi gibi olası yan etkilerden endişe ederler, (c) hızlı (ama geçici) bir şekilde değişime yol açabildiği için, yöntemi basit bir biçimde uygulayan terapistler tarafından prosedürler aşırı kullanılabilir (Masters, Burish, Hollon ve Rimm, 1987).

Bu nedenle, tiksindirme terapisi ve ceza, daha az zorlayıcı olan diğer yöntemlere yanıt vermeyen tehlikeli davranışı (kendine zarar verme gibi) kontrol etmek amacıyla ve son çare olarak kullanılır. Hatta bu yöntemler, daha uyuma yönelik davranışı geliştirmek için düzenlenen geniş bir tedavinin sadece bir parçası olarak kullanılır.

Çocuk ve yetişkinlerle kullanmaya elverişli çok sayıda başka davranışçı teknik de vardır. Tablo 8.4. burada tartıştığımız tekniklerle birlikte çoğunlukla uygulanan alternatif teknikleri özetlemektedir.

TABLO 8.4.

Davranışçı Terapi Tekniklerinden Örnekler

Teknik	Tanımı
Aşamalı gevşeme eğitimi	Danışanlar aşamalı olarak belirli kasları gererek ve serbest bırakarak stresi azaltmayı ve uyarılmayı azaltmayı öğrenirler.
Sistematik duyarsızlaştırma	Danışanlar, korku uyandıran durumların bulunduğu bir hiyerarşide adım adım giderek, eski uyumsuz tepkinin (örn. bir nesne ya da duruma ilişkin korku) yerine aşamalı biçimde, yeni öğrenilen bir tepkiyi (örn. gevşeme) koyarlar.
Maruz bırakma ve tepki önleme	Danışanlar normalde kaçındıkları durumlarla uzun bir süre boyunca karşılaşırlar ve böylece bu durumlarla ilişkili kaygıları aşamalı olarak söner.
Sanal gerçeklikte maruz bırakma	Sıkıntı verici durumların gerçeğe uygun olarak bilgisayar ortamında yaratılmış benzerleri, daha iyi ayarlanmış ve daha ucuz maruz bırakma ortamları sağlar.
Sosyal beceri eğitimi	Sosyal beceri eksikliği olan danışanlar, iletişim, tanışma, bir restoranda yeme gibi belirli davranışlar ve atılganlık için eğitilir.
Tiksindirme koşullanması ve ceza	İtici bir uyarıcı (şok, iğrenme) mevcut durumda kişiye haz veren ama problemli tepkiye yol açan bir uyarıcı ile ilişkilendirilir. Kendine zarar verme gibi problemli bir tepkiyi hemen ardından gelen bir şok ya da hoş olmayan başka bir uyarıcı izler.

TABLO 8.4. devamı

Davranışçı Terapi Tekniklerinden Örnekler

Teknik	Tanımı
Şekillendirme ve aşamalı görev verme	Öğrenilecek davranışlar karmaşık olduğunda, klinisyen bu davranışları başarılı biçimde ulaşılabilir olan ve aşamalı biçimde karmaşık davranışsal amacı oluşturan basit aşamalara böler.
İzlerlik (contingency) sözleşmesi	İzlerlik yönetiminin bir biçimi olan izlerlik sözleşmesi, terapist ve danışan arasındaki, danışanın davranışlarıyla ilgili, resmi ve sıklıkla yazılı bir anlaşmayı kapsar.
Davranış provası ve ev ödevi	Danışanlar seanslar arasında, davranışları uygulamayı ve kaydetmeyi kabul ederler. İstenen davranış ya da davranışlar, danışana ev ödevi olarak verilmeden önce, sıklıkla bir terapi seansında prova edilir.
Tepki bedeli	Bu ceza izlerliği, istenmeyen bazı davranışların ardından ödülün ya da ayrıcalığın kaybedilmesini içerir.
Marka ekonomisi	Danışanlar belirlenmiş davranışları sergiledikleri zaman, istedikleri ödülleri (örn. atıştırmalık yiyecekler, televizyon zamanı) elde etmeleri için para birimi görevi gören markalarla pekiştirilirler.
Biyolojik geribildirim	Danışanlar, kaydedilen fizyolojik tepkileriyle (örn. kalp atış hızı, kan basıncı, kas gerginliği gibi) ilgili doğrudan geribildirim alırlar.

Vaka örneği

Burada, bir terapist ekibinin, bir çocuk ve onun ailesinde uyumsuz davranışlar için davranışçı terapiyi nasıl uyguladığına dair bir örnek verilmiştir (uyarlandığı yer. Wright, Basco ve Thase, 2006, ss.138–140).

Bernice, 5 yaşında Ben adında bir oğlan çocuğu olan bekâr bir annedir. Zaman zaman çocuğunu idare etmekte zorlanmaktadır. Ben, daha yeni yeni yürümeye başladığı dönemde babası onları terkettiği için, Bernice ve onun anne babası, Ben adına üzülmektedir. Bu nedenle babasının eksikliğini telafi etmek için çocuğun üstüne titremektedirler. Ben, oldukça zeki bir çocuk ve eğer annesi istediğini vermezse dedesinin vereceğini çözmüştür. Örneğin, Bernice oğluna "hayır yatakta zıplayamazsın" der, fakat Ben "lütfen, lütfen, lütfen" diyerek yalvarır ve ağlamaya başlar. Bernice sağlam durmaya çalışmakta fakat biraz sonra Bernice'in böyle bir şeye izin vermediğini bile bile, babasının Ben'e yatakta zıplama izni verdiğini farketmektedir. Geçmişte Bernice, en sonunda Ben'in yalvarmalarına teslim oluyordu fakat daha tutarlı sınırlar koymak için çabalamaya başladı. Babasının da aynı şeyi yapmasını istiyor ama babasına bunu onun duygularını incitmeden ve onu savunmaya itmeden nasıl söyleyeceğini bilmiyor. Bu nedenle bir şey söylemiyor ve durumu oğlunun idare etmeye devam etmesine ve davranışlarda çifte standardı öğrenmesine izin veriyor.

Bernice babasıyla Ben'e koyulacak kurallar konusunda konuşmak istiyor fakat ilişkilerinde ek bir gerginlik yaratmak istemiyor. Terapistlerin görevi Bernice'in atılgan davranmasına yardımcı olmaktı. Böylece terapist ve Bernice ilk olarak, genel amaç üzerinde anlaştı. Terapist Bernice'e ideal olarak nasıl iletişim kurmak istediğini sordu ve ardından açık bir ifade geliştirmesine yardımcı oldu. Bu süreçte, Bernice ne söylemek istediğini söyledi, Terapist Bernice'in ifadesinin nasıl bir mesaj ya da mesajlara karşılık geldiği konusunda geribildirim verdi ve buna göre Bernice'in ifadesi yeniden düzenlendi.

Bernice "Baba, Ben'in bir şeyler için yalvarma alışkanlığıyla ilgili konuşmak istiyorum. Bunu nasıl yaptığını biliyorsun. Onun her istediğini vermemiz gerektiğini düşünmüyorum", ifadeleriyle konuşmaya girdi. Bu ifadeler, problemin bir kısmını tanımlamasına rağmen, davranışını değiştirmesi gereken kişinin babası olduğunu, ona doğrudan söylemekten kaçındı. Geçmişte bu yaklaşımı denediğinde, babası "Tamam tatlım, sana katılıyorum" diyerek yanıt vermişti. İletişim becerileriyle ilgili ileri düzey çalışmalardan sonra Bernice esas noktaya işaret eden bir mesaj önerdi, "Baba, yatakta zıplamak gibi yapmasını istemediğimiz bir şeyi yapıp, bundan paçayı kurtarmaya çalıştığı zamanlarda Ben'i idare etmek için yeni bir strateji kullanmamız hakkında seninle konuşmak istiyorum. Ben "hayır" demek istiyorum ve o mızmızlansa bile, bunu kararlılıkla sürdürmek istiyorum. Böylece büyüdüğünde de, benim talimatlarıma uyması için bir örnek oluşturmuş oluruz. Fakat bunu yapmam için senin yardımına ihtiyacım var. Ne zaman Ben'e sınır koyduğumu duyarsan, beni desteklemeni ve ona benimle aynı şekilde davranmanı istiyorum. Hatta benimle aynı fikirde olmadığın ya da benim ona çok katı davrandığımı düşündüğün zamanlarda bile böyle yapmanı istiyorum. Bunu yapar mısın?

Terapist konuşmayı, babasına yaparken "senin Ben ile kurduğun ilişkiyi gerçekten çok takdir ediyorum" "bizim için çok şey yapıyorsun", "benimle bu sorun konusunda konuşmayı kabul ettiğin için teşekkür ederim" gibi olumlu ve cesaretlendirici sözler söylemesi için Bernice'i cesaretlendirir. Eğer Bernice, babasının olumlu katkılarını tümüyle takdir ederek iletişim kurabilirse, mesajın iddialı kısmı muhtemelen hoşnutlukla kabul edilir. Ayrıca O, babasını kötü bir şey yaptığı için suçlamak yerine, babasıyla çocuğun (uzun süreli) yararı için birlikte çalışmak istediği mesajını vermektedir.

Peki ya işler yolunda gitmezse? Babası savunmacı biçimde tepki verirse? Bunlar her zaman olasılık dahilindedir. Bu nedenle terapist, Bernice'den en kötü durum senaryosunu, en iyi durum senaryosunu ve olması en olası senaryoyu tanımlamasını ister. Onun güvenli hissetmesine yardım etmek için ilk olarak en iyi senaryoyu rol yaparak canlandırırlar ve burada terapist baba rolünü oynar. Ardından babasının verebileceği diğer tepkilere Bernice'in yanıtlar geliştirmesine olanak vermek için, diğer senaryoları rol yaparak canlandırırlar. Son olarak terapist Bernice'in olayla ilgili tahminlerini ortaya çıkarır. Hem terapist hem de danışan, planlanan iletişimin yüksek ihtimalle istenen sonuçlara yol açacağı konusunda fikir birliğine vardığında ve danışan, davranışının ardından gelecek sonuçları öngördüğünde, danışan terapi koşulları dışında davranışı uygulamaya hazır hale gelir.

Bernice babası aç olduğunda ya da acelesi varken böyle zor bir konuda konuşmanın iyi bir fikir olmadığını bilmektedir. Bernice, babası daha rahat olacağı ve Ben öğle uykusuna yatacağı için, cumartesi günü öğle yemeğinden sonra onunla konuşmayı planladı. Eğer işler kötü giderse, babasını üzdüğü için özür dileyecekti ve böyle iyi bir dede olduğu için ona teşekkür edecekti ve bu konuyu başka bir zaman konuşmayı teklif edecekti.

Bernice vakası davranış terapisinin pek çok önemli özelliğini göstermiştir: (a) terapinin odağı, kişilik değişimi ya da benlik kavramı gibi bir şey değil, *belirli problemlerdir*; (b) her danışan için problemlerin ve bağlamının *eksiksiz biçimde değerlendirilmesi* gereklidir; (c) terapistler öncelikle davranış değişimine olanak sağlayarak danışanlara yardım ederler; (d) davranış değişimi önerileri başarı şansını en üst sevieyeye çıkarmak için danışanın *işbirliğiyle dikkatlice planlanır*. Davranışçı terapinin belki de Bernice vakasıyla ortaya çıkmayan bir başka özelliği de şudur; (e) davranışçı terapistler danışanlara, yeni öğrendikleri uyuma yönelik davranışları genellemeleri için yardım ederler. Örneğin, eğer Bernice Ben hakkında babasıyla atılgan biçimde konuşmayı öğrenirse, babasıyla ve başkalarıyla, başka konular hakkında atılganlık becerilerini kullanmak için büyük bir şansı olacaktır.

Davranışçı terapi teknikleri hakkında daha detaylı bilgi almak için çok sayıda kaynak bulunmaktadır. (örn. Antony ve Roemer, 2003; Hersen, 2002; Miller, Rathus, Linehan ve Swenson, 2006; Murdock, 2004; Spiegler ve Guveremont, 2004; Thorpe ve Olson, 1997).

Bu Kısmın Özeti: Davranış terapisi, son yüzyılın ortalarında öğrenme ilkelerinin psikolojik sorunları iyileştirmek için uygulanması amacıyla geliştirilmiştir. Davranış terapistleri sorunlu davranış ve onun ortaya çıktığı belirli koşulları anlamak için davranışsal değerlendirme ve /veya işlevsel analiz yaparlar. Ardından öğrenmeye dayalı çok çeşitli tedaviler uygularlar. Bunların bazıları geniş bir alanda uygulanabilirken, bazıları sadece belirli bozukluklar için geliştirilmiştir.

BİLİŞSEL TERAPİ

Bu Kısma Bakış: Bilişsel terapi bilişlerin, çevresel olaylar ile davranış ve duygular arasında aracı olduğu varsayımına dayanır. İlk olarak bir depresyon kuramı olarak geliştirilmiş olan bilişsel terapi, gelişmiş ve pek çok bozukluğa uygulanır olmuştur. Bilişsel terapideki anahtar kavram, düşüncedeki hataların psikolojik sıkıntılara yol açmasıdır. Bilişsel terapistler danışanın bu hataları tanımaları, bunlara meydan okumaları ve değiştirmeleri için yardım etmeye çalışır.

Tüm terapötik müdahaleler düşünce sürecini içerir fakat bilişsel terapiler, özellikle danışanın uyumsuz bilişlerini tanımaya ve değiştirmeye yönelirler. Bu bilişler bir danışanın inançlarını, günlük beklentilerini, şemalarını, kendi kendilerine yaptıkları konuşmaları ve problem çözme stratejilerini içerebilir.

Kuramsal Temeller

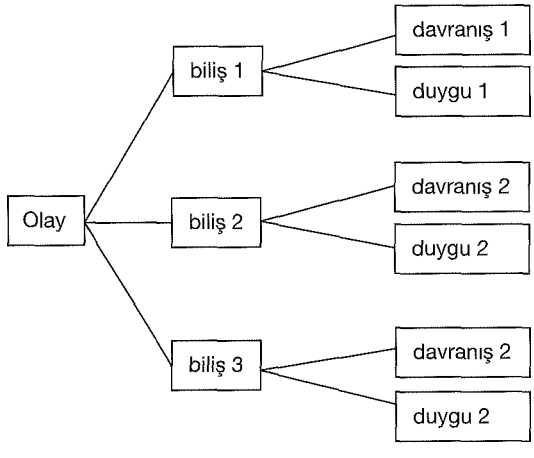
Başlangıçta davranış terapistlerini, danışanın açık davranışlarını ve/veya bu davranışların ortaya çıktığı çevresel koşulları değiştirmeye odaklanma eğiliminde gördük. Fakat 1970'lerde pek çok davranışçı yönelimli kuramcı, çevresel olaylar ve davranış arasında aracı olarak bilişlerin ve kendi kendine yapılan konuşmaların önemini vurgulamaya başladı (Bandura, 1977; Beck, 1976; Ellis, 1973; Meic-

henbaum, 1977; Mischel, 1973). Aynı zamanlarda psikolojinin başka alanlarında bilişsel kuramcılar, insanın belleğini, yargılamasını, problem çözmesini ve sosyal etkileşimini anlamamız için önemli katkılar yapıyorlardı. Bilişleri içermeyen bir psikolojik işlevsellik anlayışının, eksik olacağı fikri belirginleşmeye başladı.

Bilişsel kuramcılar özellikle benlik hakkındaki düşüncelerin nasıl pek çok psikolojik bozuklukta payı olabildiğine odaklandılar (Murdock, 2004; Salovey ve Singer, 1991). Psikodinamik, insancıl ve katı davranışçı kuramların aksine, bilişsel yaklaşım normal ve anormal kişilik gelişimi ve yapısını açıklamak için bir girişimde bulunmamıştır. Bu nedenle bilişsel yaklaşımın kişilik hakkında söylediği şeyler, başka bazı kuramlardan daha azdır. Ancak bu yaklaşım, bilişsel terapi yöntemine dayalı olarak biçimlendirilen bazı anahtar kavramları tanımlamaktadır (Reinecke ve Freeman, 2003). Bu kavramlar aşağıda verilmiştir.

Bilişsel Aracılık. Bilişsel terapinin belki de en temel fikri, normal ve anormal davranışlara, olayların kendilerinden ziyade, olaylara ilişkin bilişsel yorumlarımızın neden olduğudur. Bilişsel bir model, her olayı bir değerlendirmenin –bilişsel tepkinin- izlediğini ve olaya ilişkin duygusal ve davranışsal tepkileri şekillendirdiğini ileri sürmektedir.

Pek çok yabancının olacağını bildiğiniz bir partiye davet edildiğinizi hayâl edin. Bu olay için bilişsel değerlendirmeniz nedir? Eğer ilk düşünceniz "Harika. Yeni insanlarla tanışacağım" şeklindeyse, duygusal tepkiniz muhtemelen olumlu olacak (beklenti, coşku) ve davranışsal tepkiniz daveti kabul etmek olacaktır. Fakat eğer bilişsel değerlendirmeniz "Hmm, orada kimseyi tanımıyorum; kendimi garip hissedeceğim ve ne konuşacağımı bilmiyorum" şeklindeyse, duygusal tepkiniz muhtemelen olumsuz olacak (örn. korku, kaygı, utangaçlık) ve davranışsal tepkiniz katılamayacağını söyleyerek özür dilemek olacaktır. Başka bir deyişle, aynı olay hangi düşüncenin araya girdiğine bağlı olarak tamamen farklı tepkiler ortaya çıkarabilir (bknz. Şekil 8.1).



ŞEKİL 8.1. Bilişsel Aracılık. Olayların kendisinden ziyade olaylar hakkındaki düşüncelerimiz duygu ve davranışlarımızı şekillendirir.

Şemalar. Bize uygun pek çok olası aracı düşünceden hangisini kullanacağımızı belirleyen nedir? Bilişsel psikologlara göre, düşüncelerimize şemalar rehberlik eder. Şemalar bilgileri nasıl algılayacağımızı, yorumlayacağımızı ve hatırlayacağımızı etkileyen düzenlenmiş bilgi yapılarıdır. Örneğin bir çocuk ilk kez McDonalds'a gittiğinde, en temel düzey (örn. annem yemek için beni bir yere getirdi) hariç, olayı nasıl anlayacağını bilemeyebilir. Fakat birkaç gidişten sonra, ortama ve orada yer alan olay ve hareketlerin normal sırasına ilişkin bilgiyi içeren ayrıntılı bir anlayış oluşturacaktır. Aslında çocuk nelerin olacağı hakkında bir dizi detaylı beklenti ve inancı içselleştirir, yani "McDonalds'a gitme" şeması oluşur. Şemalar, hareketlere, nesnelere, kişilere ve durumlara dayanarak oluşabilir ve günlük yaşam için yararlı rehberler olabilirler. Şemalar bize polis memurundan yardım isteyebileceğimizi, karanlık dar sokakların tehlikeli olabileceğini, diş macununu süpermarketten alabileceğimizi söyler. Şemalar aynı zamanda sorun da yaratır. Belirli kategorilerdeki insanlar ya da şeyler hakkında hatalı kalıpyargılara yol açtıklarında olduğu gibi.

Bilişsel terapistler şemalara özel ilgi duyarlar çünkü şemalar insanların kendilerini ve dünyayla ilişkilerini algılama biçimleri üzerinde etkili olan filtreler gibi çalışırlar. Bu nedenle herzaman değersizlik hisseden depresif bir kişi, yeni bilgileri bu şemasıyla tutarlı bir biçimde yorumlamaya eğilimli olacaktır. Böylece eğer biri öğle yemeğine gideceğini söyler ve ona "Benimle gelmek ister misin?" diye sorarsa, depresif kişi muhtemelen şöyle düşünecektir "Sadece benim için üzüldüğü için ya da sosyal olarak zorunlu hissettiği için beni davet etti, benimle öğle yemeğine gitmeyi gerçekten istemiyor". Bu tip şemaların güdümündeki insanlar genellikle hissettikleri olumsuz duyguların farkındadırlar fakat duygularına yol açan olumsuz şemaya dayalı düşüncelerle meşgul olduklarının farkında olmayabilirler. Bu, neden olur?

Otomatik Düşüncelerin Rolü. Bilişsel yaklaşım, pek çok uyumsuz düşünce de dahil bazı düşüncelerin alışkanlık haline geldiğini vurgular. Olumsuz şema güdümlü düşünceler daha biz bilinçli olarak farkına varmadan çok çabuk bir şekilde ortaya çıkarlar. Bu bakımdan, bilişsel yaklaşım psikodinamik yaklaşımla bir noktada çakışır: Her ikisi de önemli zihinsel olayların danışanın bilinçli farkındalığının dışında ortaya çıkabileceğini ileri sürer. Ancak bilişsel terapistler için bu bilinçdışı bilişler, ne derinlerde gömülüdür ne de savunma mekanizmaları tarafından ulaşılamaz hale getirilmiştir. Bunun yerine, bilişsel terapistler uyumsuz bilişlerimizi yüzeye yakın ve basit sorgulama ve konuşma ile ulaşılabilir olan öğrenilmiş alışkanlıklar olarak görürler. Bu nedenle onlar, danışanların uyumsuz ve kendini yıkıcı (self-defeating) bilişlerini tanımlamak için *bilinçdışı* yerine *otomatik* terimini kullanırlar. Psikolojik sorunları simgeleyen otomatik kendini yıkıcı bilişlerin listesi potansiyel olarak sonsuzdur. Tablo 8.5'de bunların en sık rastlanan örneklerinden bazıları sunulmuştur.

Bilişsel yönelimli klinisyenler, danışanın otomatik düşüncelerini tanımak üzere çalışırken, belirli bozukluğa sahip kişilerin bazı bilişsel çarpıtmaları diğerlerinden daha fazla gösterdiğini farketmişlerdir. Örneğin, depresif kişilerin olayların, özellikle de olumsuz olayların, nedenlerine ilişkin alışkanlık haline gelmiş açıklama biçimleri vardır. Buna *olumsuz atıf stilleri* denir. Abramson, Seligman, and Teasdale (1978), sosyal psikolojideki ve kişilik psikolojisindeki kuramlardan alıntı yaparak, depresif kişilerin olumsuz olayları, umut duygularına ve benlik saygılarına en fazla zarar veren biçimde açıklama alışkanlıkları olduğunu ileri sürer.

TABLO 8.5

Otomatik Kendini Yıkıcı Bilişlerin Listesi

Bilişsel Çarpıtmalar	**Örnekler**
İkili Düşünme	Başkaları beni ya seviyordur ya da benden nefret ediyordur Ben ya başarılı olacağım ya da zavallı bir başarısız olacağım.
Kişiselleştirme	Bu projenin başarısız olması benim hatamdı. Jane, "Bazı insanlar pek eğlenceli değil" dediğinde, beni eleştiriyordu.
Aşırı Genelleme	Hekes benim bir ezik olduğumu düşünüyor. Ben hiçbir yere ödüm patlamadan gidemem.
Felaketleştirme	Eğer bu işe yaramıyorsa, böyle bir şeyi bir daha hiç yapamam. Kalbim hızla çarpıyor - kalp krizi geçiriyor olmalıyım.
Seçici Soyutlama	Joe 4 gündür beni tenis oynamaya çağırmıyor, demek ki artık benimle arkadaş olmak istemiyor. Diğer derslerde A almıştım fakat tarih dersinde C+ almam benim aptal olduğumu gösteriyor.
Gerçekçi Olmayan Beklentiler	Herkesin beni sevmesi gerekir yoksa mutlu olamam. Mükemmel olmalı ve zayıflığımı göstermemeliyim.
Benlikle İlgili Temel İnançlar	Kötü şeyler oldu çünkü ben sevilmeyen ve zor bir insanım ve bu hep böyle olacak. Ben bir sahtekârım ve sonunda bunu ortaya çıkaracağım.

KAYNAK: M.A. Reinecke and A.Freeman (2003), ss.224–271; J.H.Wright, M.R.Basco, and M.E.Thase (2006).

TABLO 8.6

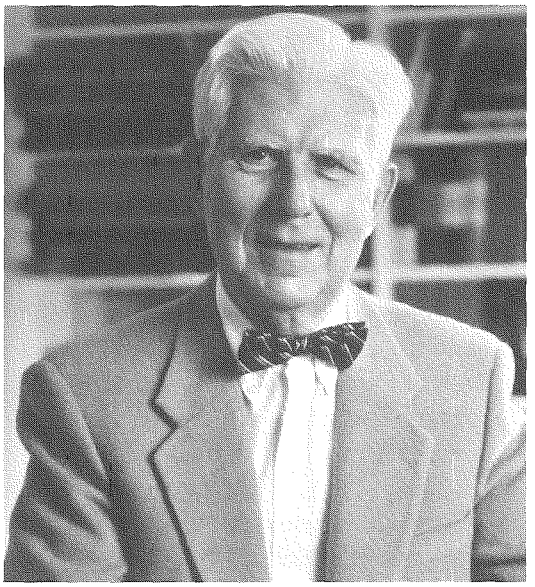
Depresif Kişilerin Atıf Eğilimleri

Olay	Depresif Kişilerin İçsel, Değişmez, Genel (Uyumsuz) Atıf Özellikleri	Depresif Olmayan Kişilerin Daha Uyumlu Atıf Özellikleri için Örnekler
Bu hafta sonu evdeydim ve kimse beni aramadı	Bu benim yüzümden oldu, ben sevilmeyen biri olduğum için oldu ve bu benim tüm ilişkilerimi bozacak.	İnsanlar tatil öncesi haklı olarak meşgül olurlar (dışsal atıf)
		Ben sıklıkla haftasonları çalışıyorum ve arkadaşlarım bunu biliyor, bu nedenle beni aramamayı tercih etmişlerdir (geçici atıf)
		Birkaç tane yakın arkadaşım var, demek ki bazı insanlar beni seviyor (duruma özgü atıf)
Bir sınavda kötü not aldım	Ben bir aptalım ve hiçbir şeyde iyi değilim.	Bu sınav oldukça zordu (dışsal atıf)
		Bu sınava çalışmadım (geçici atıf)
		Ben kimyaya çok meraklı değilim ama iyi olduğum başka alanlar var (duruma özgü atıf).

Böylece, depresif insanlar olumsuz bir olay ortaya çıktığında, depresif olmayan insanlara kıyasla olayların nedenini daha çok içsel (örn. kendileriyle ilgili bir şeylere), değişmez (örn. nispeten kalıcı şeylere) ve genel (örn. etkisi geniş olan bir şeye) faktörlere atfetme eğilimindedirler. Bu olumsuz atıf (yükleme) stili, depresyonun oluşmasına ve onun sürmesine yol açar. Tablo 8.6. olumsuz atıflara ve daha uyumlu atıflara ilişkin örnekler sunmaktadır. Belirli bozukluklara ilişkin tipik bilişsel hata kümeleri olduğu fikrine *bilişsel özgünlük hipotezi* denir. Bu hipotez bilişsel terapinin önemli bir öğesidir, çünkü klinisyenlerin bozuklukları değerlendirmelerine ve kavramsallaştırmalarına, tedavi yöntemleri geliştirmelerine, danışanlara tedavinin öğelerini açıklamalarına yardımcı olur (Reinecke ve Freeman, 2003).

Bilişsel terapiye öncülük eden iki yaklaşım olan Aaron Beck'in *bilişsel terapisi* ve Albert Ellis'in *akılcı duygusal davranış terapisi,* bilişsel terapinin yukarıda tanımladığımız ilkelerini ortaya koymuşlardır. Bu kuramlar günümüzdeki bilişsel ve bilişsel-davranışçı yaklaşımlarının şekillenmesinde en fazla etkiye sahiptirler.

Beck'in Bilişsel Terapisi. Aaron Beck'in depresyonun tedavisine ilişkin yaklaşımı, depresyon ve diğer duyguların, büyük oranda insanların kendi yaşantıları hakkındaki düşünme biçimleriyle belirlendiği varsayımına dayanır. (Beck, Rush, Shaw ve Emery, 1979; Beck ve Weishaar, 1995).



Bilişsel terapinin kurucularından biri olan Aaron Beck (1921–), bilişsel terapi üzerine çok sayıda kitap yazmış, pek çok klinisyeni bilişsel teknikler konusunda eğitmiş ve yaygın olarak kullanılan çeşitli değerlendirme ölçekleri geliştirmiştir.

Beck, depresif belirtilerin, danışanların yaşamlarındaki olaylarla ilgili yaptıkları mantık hatalarından ve çarpıtmalardan kaynaklandığını söyler. Örneğin, danışanlar kendileri hakkında yetersiz ya da ilgisiz bilgilere dayanarak çıkarım yaparlar, bir kadının bir partiye davet edilmediği için kendisinin değersiz olduğuna inanmasında olduğu gibi. Ayrıca, danışanlar önemsiz olayların önemini de abartabilirler, bir adamın bir kayıdın üzerinde çizik olduğu için, eski kayıt koleksiyonunun mahvolduğunu düşünmesinde olduğu gibi. Ve danışanlar olumlu olayların önemini de küçümseyebilirler, bir öğrencinin sınavdan aldığı iyi notun zeki olmasından ya da çok çalışmasından kaynaklanmadığına, bunun şans eseri olduğuna inanmasında olduğu gibi. Beck (1976) depresif bireylerin a) kendileri b) dünyaları c)gelecekleri hakkında tipik bir olumsuz algı ve karar örüntüsüne sahip olduklarını ileri sürer. Bu bilişsel üçlünün depresif düşünceyi, depresif olmayan düşünceden ayırdığı varsayılır. Bilişsel terapinin Beck'e ait versiyonu kaygı bozukluklarında, kişilik bozukluklarında, madde kullanım bozukluklarında ve pek çok başka problemde uygulanmıştır. (Beck, Freeman,ve Associates, 1990; Linehan, 1993, Miller, Rathus, Linehan ve Swenson, 2006).

Akılcı Duygusal Davranış Terapisi (Rational Emotive Behavior Therapy). Bilişsel terapinin öncülerinden ve etkili olan bir başka yaklaşım, akılcı duygusal davranış terapisi ya da kısaca ADDT'dir (Ellis, 1995; 2001). 2. Bölümde söz edildiği gibi ADDT'nin temel ilkeleri şöyle ifade edilir:

> Önemli bir Aktive Edici Olayı (A) oldukça heyecan yaratan duygusal bir sonuç (C) izler. A, C'ye sebep oluyor gibi görünür ama aslında sebep o değildir. Bunun yerine duygusal sonuçlar, büyük oranda bireyin Bilişsel Sistemi (B) ta-

rafından yaratılırlar. Bu nedenle de, ciddi bir kaygı gibi hoş olmayan bir sonuç genellikle kişinin irrasyonel inançlarını takiben ortaya çıkar ve bu inançlar mantıksal biçimde meydan okunarak etkili biçimde tartışıldığında (D noktasında), çarpıtılmış sonuçlar ortadan kalkar ve sonunda bunların tekrar ortaya çıkması önlenir (s.167).

Kısacası Ellis, psikolojik problemlerin dışsal stresten kaynaklanmadığını fakat insanların mutlu olmaları için isteklerinin karşılanması gerektiğini iddia eden akılcı olmayan (irrasyonel) fikirlerinden kaynaklandığını ileri sürer.

ADDT'de terapistin görevi bu irrasyonel, gerçekçi olmayan, kendini yıkıcı inançlara saldırmak ve danışana onun keyfini kaçırmayacak, daha rasyonel ya da mantıklı düşünme örüntülerini öğretmektir (Ellis, 1962; Ellis ve Dryden, 1987). ADDT terapisti aktif, meydan okuyucu ve genellikle yıpratıcıdır. Ellis danışanları, kendilerine mutsuzluğu aşılayan irrasyonel fikirlerden vazgeçmeleri konusunda iknâ etmek için güçlü ve doğrudan bir iletişim kullanılmasını savunur. Burada, ADDT'nin ilk seansının başlangıcında, alkol kötüye kullanımının da aralarında bulunduğu birkaç sorun gösteren genç bir kadın (D) ile bir terapistin (T) arasında geçen bir diyalog örneği verilmiştir.

D: *(Sorunun ne olduğu sorulduktan sonra)* ... benim eğilimim herşeyi söylemektir. Herşeyi değiştirmek istiyorum. Her konuda depresifim; vesaire.

T: Bana birkaç örnek verir misin?

D: Ne hakkında depresif olduğum konusunda mı? Ben, hayatta herhangi bir amacım olduğunu bilmiyorum. Ben kim olduğumu bilmiyorum. Ve ne yöne gittiğimi bilmiyorum.

T: Evet, yani "ben bilgisizim" diyorsun (Danışan başıyla onaylar). Güzel, bilgisiz olmak neden bu kadar korkunç? Evet, bilgisiz olmak çok kötü. Eğer böyle olmasaydın yani eğer amacın olsaydı ve nereye gittiğini bilseydin, bu daha iyi olurdu. Fakat hadi en kötüsünü varsayalım: yaşamının geri kalan kısmında bir amacın olmadı ve bu şekilde kaldın. Hadi bunu düşün. Şimdi bu, neden bu kadar kötü bir şey?

D: Çünkü herkesin bir amacı olmalıdır.

T: Olması "gerektiğini" nereden çıkardın?

ADDT terapistlerinin danışanın irrasyonel inançlarına doğrudan saldırması, bilişsel müdahalelerle sınırlı değildir. Bilişsel değişimi davranışsal olarak tamamlamak amacıyla, rol canlandırma, duyusal-farkındalık egzersizleri, duyarsızlaştırma, atılganlık eğitimi ve belirli ev ödevleri vermek de kullanılmaktadır.

Bilişsel Terapide Değerlendirme. Bilişsel terapide değerlendirme, davranışçı terapidekiyle benzerdir, fakat bilişsel terapistler danışanın otomatik bilişsel çarpıtmalarının düzeyini, yoğunluğunu ve kronikliğini detaylı bir şekilde anlamakla özellikle ilgileniler. Bu nedenle davranış terapistleri gibi onlar da bu davranışları terapinin başında ve tedavi süresi boyunca ölçmeye çalışırlar. Bilişsel terapistler bunu yapmak için derecelendirme ölçekleri, öz bildirimler ve standartlaştırılmış araçlar (örn. Beck Depresyon Envanteri gibi) kullanırlar.

Ayrıca bilişsel terapistler, danışanların bilişsel terapide gerekli görevleri yapma becerilerini sınırlayacak ya da destekleyecek faktörleri değerlendirmeye özellikle önem verirler. Bu görevler, belirtilere ve duygusal yaşantılara yönelik bir "düşünce" tavrı benimsemeyi ve bazen de terapistin benimsediği sıkıntı verici ve hatta yüzleştirici yaklaşımı tolere etmeyi içerir. Kendilerine ve yaşantılarına en azından ara sıra da olsa nesnel, rasyonel biçimde bakamayan, aşırı derecede kötümser, yaşamlarını iyileştirmede aktif ve sorumlu bir rol alamayan danışanlar, bilişsel terapi *için iyi adaylar olmayabilir*ler (Wright, Basco,ve Thase, 2006).

Terapistin Rolü. 2. Bölümde bilişsel terapistin rolünü, danışanların kendileri ve dünyaları hakkında sahip oldukları uyumsuz ve sıklıkla da otomatik hipotezlerini, düşüncelerini ve atıflarını tanıması ve değiştirmesi için danışana yardım etmeye çalışan bir "bilim adamı" ninki gibi (bknz. Tablo 2.9) tanımlamıştık. Onların bunu yaparken başarılı olmaları kısmen, yapıcı ve işbirliğine dayalı terapötik ittifakın olmasına bağlıdır. Bilişsel terapistler bu ittifakı geliştirmek için, danışanın duygusal yaşantılarıyla ilişkili sıkıntılarını teşhis ederken empatik ve destekleyici olurlar, fakat danışanın tedavide önemli bir role sahip olduğunu da belirtirler. Bu destek ve güvene ek olarak ittifak, uyumsuz şemaların, kendini yıkıcı inançların, olumsuz atıf stillerinin ve diğer önemli bilişsel faktörlerin psikolojik bozuklukları nasıl yarattığı ve sürdürdüğü konusundaki eğitime dayanır. Bu bilgiler önemlidir çünkü bu, terapistin probleme ilişkin bakış açısını, problemi ele almak için kullandığı teknikleri ve süreci kolaylaştırmak için danışanın rolü konusundaki beklentilerini, danışanın daha iyi anlamasına yardımcı olur.

Bir kere memnun edici bir çalışma ittifakı kurulunca ve danışan temel bilişsel modeli anlayıp, kabul edince; bilişsel terapistler, özellikle danışanın yaşantılarına ve bu yaşantılarla ilişkili bilişsel çarpıtmalarına odaklanarak, onların kendi bilişlerini aktif biçimde incelemeleri için uğraşırlar. Problemi değerlendirme, hedefleri belirleme, hipotezleri test etme, görevleri geliştirme ve ilerlemeyi ölçmek için terapistin danışanla ortak bir çaba içinde çalıştığı fikrini tanımlayan bu sürece Wright, Basco, and Thase (2006), *hastayla ortak görgül çalışma (collaborative empiricism) i*smini vermiştir. Daha önce belirtildiği gibi, danışanlar bazı sorunlarının altında yatan bilişsel çarpıtmalardan sıklıkla haberdar değildirler. Bu nedenle bilişsel terapistler, danışanların bu çarpıtmalarının biraz daha farkına varmalarına yardımcı olmak için 4. Bölümde tanımlanan görüşme teknikle-

rinden bazılarını kullanırlar. Bilişsel terapi devam ederken, terapistler ayrıca rol canlandırma, yazma alıştırmaları, öz-değerlendirme ve çeşitli biçimlerdeki ev ödevlerini de kullanırlar.

Bilişsel Terapinin Amaçları

Bilişsel terapinin altında yatan kuramın işaret ettiği gibi, bilişsel terapistlerin terapideki amaçları; a) uyumsuz düşüncelerin, davranış ve yaşantılardaki rolü konusunda danışanı eğitmek, b) danışanların bu düşüncelerle meşgulken, onları farketmeyi öğrenmelerine yardım etmek, c) uyumsuz düşüncelere meydan okumak ve bunları daha gerçekçi ve uyumlu olanlarla değiştirmek için danışanları becerilerle donatmaktır. Bilişsel terapinin amacının belki de en basit formülasyonu şudur: Belirle, Çürüt ve Değiştir.

Klinik Uygulamalar

Psikoeğitim. Bilişsel terapist terapinin başlarında, danışanı bozukluklarda bilişlerin rolü konusunda eğitmeye başlar. Eğitim şu birkaç konu üzerine küçük dersleri içerebilir: belirtiler, gerçekçi amaç oluşturma, davranışsal aktivasyon, düşünceler duyguları nasıl etkiliyor, düşüncelerin otomatik doğası, düşüncelerle mücadele etme stratejileri ve benzeri. Amaç danışanı bilgi bombardımanına tutmak değildir, bu nedenle eğer sizin kafanızdaki "öğretmen şeması" uzun, sıkıcı bir ders anlatan birini aklınıza getiriyorsa, belki "proje danışmanı" şemasını hatırlamaya çalışabilirsiniz. Terapistler, danışanları kendi bozuklukları hakkındaki düşünce biçimleri konusunda bilgilendirmeye çalışır. Böylece danışanlar, hızlı bir şekilde bir işbirliği yapabilirler ve sonunda bilişsel hataları belirleme, çürütme ve değiştirmede öz yeterliğe sahip olabilirler. Bilişsel terapist tartışmaya ek olarak diyagramlar ve grafikler kullanabilir, video kayıtları ya da kitaplar önerebilir veya ödev verebilir. Bazı terapistler terapide yardımcı olması için bilgisayara dayalı multimedya programları kullanmaya başlamıştır (Wright, Basco ve Thase, 2006). Tedavinin içinde yer alan bu çeşit bir eğitim bütün terapi biçimlerinde önemlidir, fakat bu, bilişsel terapi için özellikle çok önemlidir. Çünkü eğer klinisyenler terapinin mantığını ayrıntılarıyla açıklamazlarsa, danışanlar tarafından suçlayıcı ya da yeterince destek vermeyen kişiler olarak algılanabilirler ve bu durumda danışanlar büyük ihtimalle terapinin önerilerine daha az uyarlar (Reinecke ve Freeman, 2003).

Sokratik Sorgulama. Adını filozof Sokrates'ten alan *Sokratik sorgulama,* terapistin yaptığı bir konuşma biçimidir. Burada terapist, çözümlenmesi için danışanın esas inançları ve varsayımları açık biçimde ortaya serilinceye kadar, bir dizi soru sorar. Judith Beck (Aaron'ın kızı) bilişsel terapi sırasında terapistler ve danışanlar tarafından sıklıkla sorulan 6 tip soru tanımlamıştır (J.S. Beck,1995, s. 109):

1. Kanıt nedir?

2. Alternatif bir açıklama var mı?
3. Olabilecek en kötü şey nedir? Sen bununla yaşayabilir misin / ben bununla yaşayabilir miyim? Olabilecek en iyi şey nedir? Olabilecek en gerçekçi sonuç nedir?
4. Benim / senin otomatik düşüncelere inanmamın / inanmanın etkisi nedir? Düşüncelerini / düşüncelerimi değiştirmenin ne etkisi olabilir?
5. Bu konuda ne yapmalıyım / ne yapmalısın?
6. Eğer ..... (örn. bir arkadaşın) aynı durumda olsaydı, ona ne derdin / ne derdim?

Terapistler bunun gibi çok çeşitli sorular kullanırlar ve ayrıca akılcı alternatif tepkiler oluşturan düşünme biçimleri için model olurlar. Terapistler danışanın uyumsuz inançlarının (örn. asla geç kalmamalıyım) mantıksızlığını görebilmesi için, danışanın bu tip inançlarını kasıtlı olarak abartmaya kalkışabilirler. Bilişsel terapistler sıklıkla danışanların bazı yaşantı ya da duygularını 0 ile 100 arasında bir ölçekte derecelendirerek, sayısallaştırmalarını isterler. Böylece eğer bir danışan "dünyadaki en başarısız kişi olduğunu" söylerse, aşağıdaki gibi bir diyalog gelişebilir:

TERAPİST: Gerçekten mi? Bütün dünyadaki mi?

DANIŞAN: Neredeyse. En başarısızmışım gibi hissediyorum.

T: Tamam. Anladım. Başka insanlarla kıyaslayınca kendini bir hayli yetersiz hissediyorsun.

D: Evet.

T: Senin bakış açından, 0 ile 100 arasındaki bir ölçekte kendinin nereye düştüğünü söyler misin? Diyelim ki 0 kesinlikle dünyadaki en başarısız kişi olduğun ve 100 de dünyadaki en yeterli kişi olduğun anlamına geliyor. Senin yerin nerede olacaktır?

D: Oh, bilmiyorum, bir hayli düşük, belki..... 8.

T: 0'a yakın olan insanları düşünebilir misin, bunlar nasıl insanlar?

D: İşsiz, hapiste olan, çocuk tacizcisi, arkadaşsız, alkolik, cahil .....

T: Tamam. Şimdi kendi durumuna bak. Gerçekte 0'dan ne kadar uzaktasın?

D: Hâlâ bir işim var, bir ailem, birkaç arkadaşım. Ben bir çocuk tacizcisi değilim...

T: Peki, yaklaşık 20 olan bir kişi nasıl biridir? Ya da 50 olan? Onlarla ortak bir yanın var mı?

Bu örnekte, terapist danışanı başarısız olduğu şeklindeki inancı hakkında daha açık olması, bunu sayısallaştırması için cesaretlendirdi. Ardından danışanı bu

inancı hakkındaki kanıtları incelemesi için teşvik etmek amacıyla Sokratik sorgulamayı kullandı. Tüm kanıtların gözden geçirilmesinden sonra, danışan muhtemelen kendine ilişkin değerlendirmesini yükselterek düzeltmeye karar verecektir. Bu alıştırma, danışanın ölçekte "doğru" yeri bulmasını amaçlamaz, ancak danışana, kendisine ilişkin abartılı olumsuz bir değerlendirmeyi otomatik olarak yaptığını ve bu değerlendirmeyi kabul ettiğini göstermeyi amaçlar. Danışanın kendisini mahvolmuş hissetmemesi için, bilişsel terapide danışanın anlayacağı ve ayak uyduracağı bir dilin kullanıldığı bunun gibi bir diyalog sürdürülür. Bu yolla danışanlar ve terapistler, danışanların olaylar ve kendileri hakkındaki uyumsuz bilişlerini yavaş yavaş ortaya çıkarabilirler.

Çürütme ve Uyumsuz Düşünceleri Değiştirme. Tablo 8.5'deki bilişsel çarpıtmalar listesi, bilişsel terapistler için zorlu bir işi temsil eder çünkü danışanlar genellikle kendini yıkıcı inançlarını ve atıflarını bırakmamakta oldukça kararlıdırlar. Aslında danışanlar, herkes gibi temel inançlarını muhafaza etmeye çalışırlar, hatta onları kaygılı, güvensiz ve mutsuz yapan kendileri hakkındaki inançlarını bile. *Doğrulama yanlılığı (confirmation bias)* olarak isimlendirilen, insanlardaki bu yaygın eğilimi, 3. Bölümde psikologların klinik kararlarında yanlılık faktörleri bağlamında tartışmıştık. Eğer hatırlarsanız, temel fikir, temel inançlara ulaşınca, hepimizin bunları çürüten kanıtlardan ziyade bu inançlarımızı destekleyen kanıtlara daha fazla dikkat ettiğimizdi. Danışanın bu eğilimin üstesinden gelmesine yardımcı olmak için, bilişsel terapistler onlardan tekrar tekrar uyumsuz inançlara meydan okuma alıştırması yapmalarını isterler. Olayları en olumsuz şekilde yorumlamaya yol açan olumsuz atıf stillerine sahip depresif danışanlar, alternatif atıfları düşünmeleri için teşvik edilirler. Bu *yeniden atıf eğitimi,* aşağıda yer alan, yalnız yaşayan yaşlı annesiyle birlikte aynı kasabada oturan 44 yaşındaki bir danışan örneğinde gösterilmiştir:

TERAPİST: Annen mutsuz olduğunu söylediğinde aklından ne geçti?

DANIŞAN: Bunun benim hatam olduğu, ona yeterince yardım etmediğim.

T: Bu düşünce seninle ilgili ne anlama gelir?

D: Daha fazlasını yapmam gerektiği, benim ... tembel ... kayıtsız bir kişi olduğum. Onu daha fazla dışarı çıkarmalıyım. Onun mutsuz olması benim hatam.

T: Anlıyorum ki annen kötü bir gün geçirdiğini söylediğinde, sen kaygılanıyorsun ve anlıyorum ki onunla empati kuruyorsun. Fakat onun kötü bir gün geçirmesine senin neden olduğunu düşünüyor musun? Onun kötü bir gün geçirmesinde herhangi başka bir neden olabilir mi?

D: Son zamanlarda romatizması kötüledi.

T: Başka?

T: Babamın ölüm yıldönümüne çok az zaman kaldı, annem Şubat ayını her zaman kötü geçirir.

T: Tamam, belki onun kötü bir gün geçirmesinin sebebi sensindir, fakat senin dışındaki bu diğer nedenlerin de sebep olması olası görünüyor.

Bu konuşmada terapist danışanı içsel ve dışsal atıf boyutlarını dikkate alması için cesaretlendirmiştir (bknz. Tablo 8.6)

Felaketten arındırma (Decatastrophizing) felaketleştiren öngörülerini değerlendirmelerinde danışanlara yardımcı olmayı kapsar. Özellikle kaygılı ve sosyal fobisi olan danışanlarla kullanılan bu yaklaşım, danışanların rahatsızlığın dereceleri olduğunu ve en korktukları senaryonun aslında dayanılabilir olabildiğini görmelerine yardımcı olmak için tasarlanır. Örneğin, eğer sosyal fobisi olan bir danışanının bir partide yalnız kalmaktan korkması, onun hayâl edebileceği en aşağılayıcı şey ise, terapist ondan daha acı verici olacak başka şeyler (örn. orada çıplak bir şekilde durduğu ya da bir tavuk kostümüyle durduğu gibi) hayâl etmesini ister. Terapist danışana ne kadar uzun süre böyle kalabileceğini dakikalar ve saniyeler olarak ölçmesini isteyebilir, o da yalnız kalmaya dayanabileceğini anlar. Bunun gibi alıştırmalar, danışanın rahatsızlığa dayanma kapasitesinin (ki bu sorunların üstesinden gelmesinde önemlidir) zannettiğinden daha fazla olduğunu farketmesine yardımcı olur.

Düşünceyi Kaydetme ve Çok Sütunlu Kayıtlar. Davranışçı terapide olduğu gibi tedavinin önemli bir bileşeni danışanın terapi seansları arasında "ev ödevleri" yapmasıdır. Bilişsel terapide danışanlar için en yaygın olarak kullanılan tekniklerden biri, duygusal olarak önemli olan olayların yazılı *kayıtlarını tutmaktır*. Danışanlar *genellike iki sütun düşünce kaydı* ile başlarlar. Bir sütuna tarihi ve zamanı ile birlikte olayı kaydederler. Yanındaki sütuna da olay hakkındaki otomatik düşüncelerini kaydederler. Bu prosedür otomatik ve sıklıkla da uyumsuz olan bilişleri tanımayı sağlamak için tasarlanır.

Pek çok danışan kısa süre sonra üç sütun kaydını tutmaya geçer. Danışan üçüncü sütunu duygusal tepkilerini ve bazen de bu duygularının yoğunluğunu kaydetmek için kullanır. Nihayetinde beş sütun kayıtları tutulur. Dördüncü sütun ikinci sütunda yer verilen düşünceye ilişkin düşünce hatasının ismini (örn. aşırı genelleme, felaketleştirme, kişiselleştirme vb.) kaydetmek için kullanılır ve ikinci sütunda kaydedilen otomatik düşüncelere akılcı alternatifler ve uyumlu alternatif davranışlar tasarlanır. Beşinci sütun daha uyumlu düşüncelerin ve hareketlerin sonuçlarını kaydetmek için kullanılır. Tablo 8.7'de danışanın beş sütun kayıt kağıdından bir örnek gösterilmektedir.

Bu Kısmın Özeti: Bilişsel terapi, bilişlerin olaylar ve duygusal yaşantılar arasında aracı olduğu fikrine dayanır. Bilişsel çarpıtmalar denilen belirli bilişler, psikolojik bo-

zuklukların oluşmasında ve sürmesinde anahtar rol oynarlar. Bilişsel terapistin birincil görevi, danışana bu bilişsel çarpıtmalara meydan okumayı öğrenmesi ve psikoeğitim, Sokratik sorgulama ve düşünce kayıtları gibi teknikleri kullanarak daha uyumlu düşünce biçimleriyle bunları değiştirmesi için yardım etmektir.

TABLO 8.7

Bir Danışanın Beş Sütunlu Düşünce Kaydı

Olay ya da Durum	Otomatik Düşünceler	Duygu (yoğunluğu)	Akılcı Bilişsel Alternatifler	Sonuç ve Duygular
Bugün işteyken, ben yemekhaneye girdikten hemen sonra herkes oradan ayrıldı.	Herkes benden nefret ediyor	Öfke (%70)	Kişiselleştirme	Yemekhaneye girdim ve Joe'ya yanına oturup oturamayacağımı sordum. O da bana Evet dedi. Kaygılıydım (%70) fakat buna dayandım. Ona üniversitede okuyan kızını sordum. Sanırım her şey yolunda gitti.
			Ben yemekhaneye saat 12:40'da gittim, belki de insanların işlerinin başına geri dönmesi gerekiyordu.	
			Beni biraz olsun tanıyan ve benden sonra gelen iki kişi yakın arkadaştı, belki de konuşmaları gereken bir şey vardı.	
			Yarın içeri girdiğimde birinin yanına oturmaya dikkat edeceğim.	
	Ben sevilecek bir insan değilim	Üzüntü (%95)	Aşırı genelleme	
			Orada yalnızca bir kişi benden gerçekten nefret ediyor ve sanırım bu da onun problemi. Beni herkesin sevmesi gerekmiyor. Orada arkadaşlarım var.	

BİLİŞSEL DAVRANIŞ TERAPİSİ

Bu Kısma Bakış: Bilişsel-davranış terapisi (BDT) davranış terapisi ve bilişsel terapinin kuram ve tekniklerini bir araya getirir. Görgül olarak test edilebilir yöntemleri vurgulayan sistematik ve yapılandırılmış bir yaklaşım olan BDT büyük ilgi görmüştür.[1]

Davranışçı ve bilişsel yaklaşımlar son birkaç yılda birleştirilmiş ve sonuç olarak bilişsel-davranış terapisi ya da BDT ortaya çıkmıştır. Bu birleşmenin ortaya çıkmasının nedeni, davranışçı yönelimli klinisyenlerin çeşitli bozukluklarda bilişlerin önemini fareketmeleri ve bilişsel yönelimli klinisyenlerin de bilişsel değişimi sistematik olarak davranışsal değişime dönüştürmeye yardım edebilen davranışçı tekniklerin değerini farketmeleridir. Fakat bu iki temel yaklaşımın bir araya gelmesine yol açan başka nedenler de vardır.

Hem davranışçı hem de bilişsel yaklaşımlar öncelikli olarak klinik psikolojideki görgül gelenekten gelirler (bknz. 2. Bölüm). Sonuç olarak her iki yaklaşımda kullanılan pek çok teknik ilk olarak araştırma ortamlarında tasarlanmış ve geliştirilmiştir. Bu nedenle davranışçı ve bilişsel klinisyenler, klinisyenlerin kontollü araştırma ortamlarında etkili olduğu gösterilmiş yöntemleri kullanmaları gerektiğine inanırlar. Ayrıca iki yaklaşım da terapinin etkililiğini takip etmek için tedavi devam ederken sürekli veri toplanmasını vurgular. Her ikisi de danışanın şu anki belirtilerinin ve belirtilerin ortaya çıktığı bağlamın değerlendirilmesini vurgularken, genel kişilik özellikleri ya da geçmişe ilişkin faktörler üzerinde durmaz. Son olarak, terapistin rolü her ikisinde de benzerdir. Davranışçı ve bilişsel terapistler samimi ve destekleyici olmaya uğraşırlar. Fakat danışana karşı nesnel bir eğitimci duruşunu da benimserler. Ayrıca oldukça yönlendiricidirler, agresif bir sorgulama yöntemi kullanırlar, danışana görevler verirler, danışanın varsayımlarına meydan okurlar vb.

Kuramsal Temeller

BDT'nin kuramsal temelleri aslında daha önce tanımlanan davranışçı ve bilişsel yaklaşımlardır. BDT'yi benimseyen pek çok kişi, davranışçı kuramsal çerçeveye bilişsel ilke ve uygulamaların eklenmesinin (ya da tam tersinin), normal ve anormal davranışın nasıl geliştiği ve nasıl değişebildiği konusunda, açık, inandırıcı ve kanıta dayalı tanımlara götürdüğünü düşünmektedir.

Klinik Uygulamalar

Bu iki terapi yaklaşımının birleşmesinin uygulamadaki anlamı, davranışçı ve bilişsel yönelimli klinisyenler tarafından geliştirilen bir dizi müdahalenin tümünün bilişsel-davranış terapistlerinin hizmetinde olmasıdır. Bu müdahaleleri nasıl kul-

[1] Psikoloji literatüründe bilişsel davranış terapisi ve bilişsel-davranışçı terapi terimleri birbirinin yerine kullanılır. Daha sade biçimine sıcak bakmamıza rağmen, biz de bu terimleri birbirinin yerine kullandık.

lanacakları terapistlerin her bir danışana ilişkin değerlendirmelerine bağlıdır. Hem davranışçı hem de bilişsel terapistlerin yaptığı gibi, BDT uygulayan klinisyenler de bazen, özellikle de tanı koymaları gerektiğinde, formel, standart hale getirilmiş testleri kullanırlar. Fakat terapiyle ilişkili değerlendirmeleri için davranış derecelendirme ölçeklerini, soru listelerini ve danışanların öz değerlendirmelerini kullanmaları gerekir.

Bilişsel-davranış terapistleri terapi seanslarını yapılandırmada oldukça açık olmaya çalışırlar. Her seansın, genellikle yazılı olan bir gündemi vardır. Ve seanslar genellikle, danışanın terapideki amaç ve görevlere giderek alıştığı yani nispeten öngörülebilir bir şekilde ilerler. Örneğin, Wright, Basco, and Thase (2006) BDT tedavisinin ilk aşamalarını yürütmek için şöyle bir yapı önerir.

1. Hastayı selamlayın
2. Bir belirti kontrolü yapın
3. Gündemi belirleyin.
4. Önceki seansta verilen ev ödevini gözden geçirin
5. Gündem konuları üzerine çalışın
6. Bilişsel modele ilişkin eğitim verin. Temel BDT kavramlarını ve yöntemlerini öğretin.
7. Yeni bir ev ödevi görevi verin.
8. Anahtar noktaları gözden geçirin, geribildirim verin ve isteyin ve seansı kapatın

Terapinin ilk bölümündeki BDT çalışması örnekleri duygudurum değişimlerini tanımayı, otomatik düşünceleri farketmeyi, iki ve üç sütun kayıtları yapmayı, bilişsel hataları tanımayı, etkinlikleri programlamayı ve davranışsal aktivasyonu gerçekleştirmeyi içerir. BDT'nin başlangıç aşamalarında, temel bilişsel modelin gösterilmesi ve öğretilmesi vurgulanır. Genellikle seansın sonunda ve seans sırasında birkaç kez geribildirim alınır ve verilir. Bazı terapistler bir belirti kontrolü yapmadan önce gündem oluşturmayı tercih ederler. Ev ödevleri seansın pek çok noktasında gözden geçirilebilir ya da belirlenebilir. Terapinin orta aşamalarına doğru gidildikçe, tedavi beş sütun düşünce kayıtlarını yapmaya, korkulan uyarıcıyla aşamalı maruz bırakmayı uygulamaya ve şemaların değişmesi için başlangıç düzeyindeki çalışmaları yapmaya daha fazla odaklanabilir. Terapinin sonraki aşamaları şemaları tanımayı ve değiştirmeyi, beş sütun düşünce kayıtları yapmayı, problemin üstesinden gelmek için hareket planı geliştirmeyi ve/veya değiştirilen şemalarla çalışmayı, maruz bırakma protokolünü tamamlamayı ve sonlanma için hazırlanmayı içerebilir. BDT'de kullanılan müdahalelerin çoğu, bilişsel ve davranışçı tedavi yaklaşımlarından alınmış olmasına rağmen, birkaç tanesi özellikle BDT'de kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Burada böyle iki yöntemden bahsedeceğiz; BDT'nin daha değişik uygulamaları ve türleri sürekli gelişmeye devam etmektedir.

Nüksü Önleme. Alan Marlatt and Judith Gordon'un nüksü önleme tedavisi, alkolizm ya da başka madde kullanım bozukluğuyla mücadele eden danışanlara yardım etmek için tasarlanmış bilişsel-davranışçı bir müdahaledir (Marlatt ve Gordon, 1985). Marlatt ve Gordon, danışan nükse yol açan düşüncelerle (örn. kendime bir içki borçluyum gibi) meşgul olduğunda, hastalığın nüks etmesinin daha olası olduğuna inanır. Bir kere nüks dönemi ortaya çıkınca da, hissedilen suçluluk ve utanç, art arda olumsuz kendilik değerlendirmelerini ("Ben ailemi üzdüm", "Ben tümüyle bir hatayım.") meydana getirir. Bu değerlendirmeler içmenin devam etme olasılığını artırır ve bu sonuç *perhiz ihlâli etkisi* olarak bilinir (Marlatt ve Gordon, 1985).

Nüksü önlemenin ardındaki fikir, danışana riskli bilişleri gözlemeyi ve farklı düşünce stratejileriyle değiştirmeyi öğretmektir. Örneğin, danışanlara içmenin ne kadar iyi hissettireceği hakkında düşünmek yerine, içkili araba kullandıktan sonra tutuklu olarak hapishanede olmanın ne kadar zavallı hissettireceğine odaklanmaları öğretilir. Ayrıca danışanlara bir nüks dönemine, madde kullanımını sürdürmek için bir mazaret olarak değil, daha iyi bilişsel ve davranışçı kendini kontrol stratejileri üzerine çalışarak önlenebilecek olan geçici bir gerileme dönemi olarak bakmaları da öğretilir. Son zamanlarda nüksü önleme teknikleri başka bozukluklarda da kullanılmak üzere uyarlanmış ve bilişsel-davranışçı tedavinin olağan bir parçası olmuştur. Bu teknikler, danışanların özellikle de semptomları tetiklediği düşünülen belirli bilişleri ya da şemaları daha iyi tanımalarında onlara yardım etmek amacıyla kullanılır.

Diyalektik Davranış Terapisi. Marsha Linehan'ın (Linehan, 1993; Linehan ve Kehrer, 1993; Miller ve diğ., 2006) öncüsü olduğu diyalektik davranış terapisi ya da DDT, dürtüsel davranışlar, duygudurum salınımları, kırılgan benlik imajı ve sınır (borderline) kişilik bozukluğu ile ilişkili fırtınalı kişilerarası ilişkiler gösteren danışanlara yardım etmek için sıklıkla kullanılan bir bilişsel-davranışçı terapi biçimidir. Bu danışanların çoğu çoklu bozukluklar gösteren ergenlerdir; bazıları saldırgan eyleme vurma davranışı ya da intihar riski taşırlar. DDT bulimia nevroza gibi yeme bozukluklarına da uyarlanmıştır (Safer, Telch ve Agras, 2001).

DDT ilk olarak bu danışanların düzensiz davranışlarını baskılama becerileri geliştirmelerine yardım eder, bu "kısıtlama" amacına ulaşıldıktan sonra, terapist danışana travmatik bir yaşantıyla yüzleşmesi için yardım eder. Bu travmatik yaşantılar, mevcut duygusal bozukluklara yol açabilen, çocuklukta yaşanmış fiziksel ya da cinsel istismar olabilir. Terapinin bu aşaması, travma sonrası stres belirtilerini azaltarak ve travma için kimin suçlanacağı sorusunu çözüme ulaştırarak, danışanın bu travmalar için kendini suçlamasını durdurmaya odaklanır. Diyalektik terapistler, borderline danışanlara sürekli olarak, neredeyse tüm olayların farklı bakış açılarından düşünülebileceğini görmeleri için yardım ederek, onları dünyayı daha dengeli ve bütünleşmiş biçimde görmeleri için teşvik etmeye çalışırlar.

Vaka Örneği

Aşağıda verilen ve Gorenstein ve Comer'den (2002, ss. 46–62) uyarlanmış olan "Carlos" vakası, depresyon ve bedensel şikayetlerden yakınan bir adama uyarlanabilecek olan davranışçı ve bilişsel tekniklerin bazılarını göstermektedir.

Ailesinin sıhhi tesisat tedarik işinin başarılı ortaklarından biri olan ve 4 çocuk sahibi olmaktan gurur duyan 39 yaşındaki Carlos, sağlığıyla ilgili giderek daha fazla endişelenmeye başladı. Kendinden yaklaşık 15 yaş daha büyük olan kuzeni yakın zamanda ölümcül bir kalp krizi geçirmişti. Carlos bu kayıp nedeniyle üzülmüştü fakat o zaman bunun üzerine çok fazla düşünmemişti. Ancak birkaç ay içinde kendisiyle ilgili endişelenmeye başladı ve sonunda kendisinde bir kalp hastalığı olabileceğine inandı. Kalp atışlarının bir kalp krizinin belirtisi olabileceğine inanarak, kalp atışlarının duyulup duyulmadığına karar vermek için sürekli elini göğsüne koymaya ve nabzını ölçmeye başladı.

Carlos henüz bir kaç ay önce sağlık kontrolünden geçmiş olmasına rağmen, nihayetinde doktoruna gitti. Doktor EKG yaptı ve sonuçlar tamamen normaldi. Carlos doktorun ofisinden endişelerini gerçek anlamda gidermiş olarak ayrıldı, fakat her nasılsa bunun onun duygudurumuna bir yardımı olmadı. Kendi kendine, "bir kalp krizi hâlâ mümkün" diye düşündü. Sonraki haftalarda, bir felaket geleceği fikrinin üstesinden gelemedi. Birkaç gece karısı Sonia yanında uyurken, çok yoğun bir çaresizlik duygusuyla uyandı ve kendi kendine sessizce ağladı. Carlos işteyken, günlük etkinliklere ilgisini kaybetti ve ara sıra da zar zor düşüncelerine odaklanabildi. Evdeyken, sadece oturup, üzülüyordu. Sanki çocukları şimdiden yetim kalmışlar gibi onlara bakıyor ve gözlerinden yaş geliyordu. Carlos doktorunu yeniden görmeye karar verdi. Bu defa doktor Carlos'a onun kalp krizi fikriyle meşgul olmasının kontrolden çıktığını söyledi. Doktor "iyisin arkadaşım, bu yüzden endişe etmeyi bırak" dediğinde, Carlos'un gözlerinden yaşlar aktı ve doktor hastasının korkularının üstesinden gelmek için daha fazla yardıma ihtiyacı olduğunu anladı. Doktor Carlos'a bir psikoloğa gitmesini önerdi.

Carlos'un çaresizlik duyguları, zayıf konsantrasyon, uyumada zorluk, günlük etkinliklere ilgi kaybı ve ağlamaklı olma gibi belirtilerini duyduktan sonra, psikolog Carlos'a Onun depresyonda olduğuna ve psikolojik bir tedaviden yararlanacağına inandığını söyledi. Psikolog ayrıca Carlos'a antidepresan ilaç tavsiye edebilecek bir psikiyatra başvurmasını da önerdi.

Sonuç olarak Carlos, Dr Robert Walden ile tedaviye başladı. Dr. Walden bilişsel terapinin gelişiminde öncülük etmiş olan Aaron Beck'ten Philadelphia'da Beck'in Bilişsel Terapi Merkezinde eğitim almış bir psikologdu. Diğer bilişsel terapistler ve araştırmacılar gibi Dr. Walden da depresyonu büyük oranda kişinin düşünme stillerine odaklanarak açıkladı ve tedavi etti. Bu bozuklukta duygudurumdaki bozulma en belirgin semptom olmasına rağmen, araştırmalar, bilişlerdeki bozukluğun bozuklukta önemli - belki de birincil- rol oynadığı fikrini verdi.

Psikoterapinin ilk seansının çoğu, Carlos'un şu anki durumunun ve bu duruma yol

açan olayların tartışılmasına ayrıldı. Carlos, ortadaki sıkıntısına rağmen, tutarlı ve düzenli biçimde geçen yılın olaylarıyla ilgiliydi. Aynı zamanda yüzünde acı verici bir çaresizlik vardı ve sesi sıkıntıyla titriyordu...

Dr. Walden seansın kalan 15 dakikasında depresyonun bilişsel teorisini kısaca tanıttı ve terapiye işaret etti.... Psikolog terapinin başlıca kısmının Carlos'un iyi hissetme kapasitesine zarar veren düşünme ve davranış biçimlerini keşfetmekten oluşacağını ve ardından nihayetinde depresyonunu azaltacak alternatif düşünme ve davranış biçimlerini geliştirmesine yardım edeceğini açıkladı. Psikolog başlangıç için Carlos'tan gelecek hafta boyunca duygusal tepkilerini gözlemlemesini, sıkıntı (üzüntü, öfke, kaygı ya da her ne olursa) yaratan tüm düşünce ya da olayları kaydetmesini ve sıkıntının yoğunluğunu derecelendirmesini istedi. Dr. Walden sonraki seansta Carlos'un bu sorunlar hakkındaki düşüncelerini ortaya çıkarmak için bunları tartışacaklarını açıkladı. Psikolog bunlara ek olarak, ondan etkinliklerinin bir günlüğünü tutmasını istedi.

Sonraki seansta Dr. Walden Carlos'un hafta boyunca hem duygudurumu hem de yaptığı etkinliklerle ilgili kayıtlarını gözden geçirdi ve bu, tartışmalarının odağı oldu. Carlos'un o anki durumunun ciddiyetiyle ilgili olarak, her gün bir kaç kez yazdığı sıkıntılı düşünceler, birkaç biçimde ifade edilmişti: "Ben işe yaramaz biriyim", "Nasıl bu kadar hasta oldum?", "Ben işlerimi neredeyse hiç yapamıyorum". Bu düşünceler, özellikle Carlos hiç bir iş yapmadığı zamanlarda, kendiliğinden ortaya çıkıyor gibi görünüyordu. Dr. Walden Carlos'la bilişsel terapinin tipik öğelerinden biri olan bir çeşit Sokratik diyalogla çalıştı.

DR. WALDEN: İşe yaramaz biri olduğunu ve işlerini neredeyse hiç yapamadığını söyledin. Seni bu sonuçlara götüren nedir?

CARLOS: Ben hastaneye yatırıldım. Bu çok kötü bir şey. Sadece buna inanamıyorum.

DR. WALDEN: Geçen sefer bunu konuştuğumuzu biliyorum, ama bana yine hastaneye yatmana neyin sebep olduğunu söyler misin?

CARLOS: İlaç işe yaramadığında bir çeşit panik yaşadım. İşe gitmeyi ve herhangi bir şey yapmayı bıraktım. Dr. Hsu (psikiyatr) işe gitmediğim sürece hastaneye gelebileceğimi ve yan etkilerle kendi başıma mücadele etmek zorunda kalmadan *yeni ilaçlar deneyebileceğimi düşündü. O zaman oldukça perişan durum*daydım. Dr. Hsu'ya ailemin bensiz daha iyi olacağını söyledim.

DR. WALDEN: Onların daha iyi olacaklarını düşünüyor musun?

CARLOS: Bilmiyorum. Ben onlara pek iyi gelmiyorum.

DR. WALDEN: Sensiz bir hayat onlar için nasıl olurdu?

CARLOS: Onlar için berbat olurdu. Bensiz daha iyi olacaklarını söylemek biraz fazla oldu sanırım. Şu anki kadar kötü olarak, hâlâ birkaç şey yapabilirim sanırım.

DR. WALDEN: Ne yapabilirsin?

Devam eden tartışma ile psikolog, Carlos'un sahip olduğu çeşitli yetenekleri tanımasına ve onun "işe yaramaz", "işlerini neredeyse hiç yapamayan" terimleriyle belirttiği kadar zayıf olmadığını anlamasına yardımcı oldu. Ayrıca Dr. Walden, Carlos'un gerçekten yeteneklerininin sınırlarını bilmediğini, çünkü Carlos'un, "stresin" onun durumunu kötüleştireceği yönündeki kuşkulu bir varsayımla, kendisinden istenenleri kasıtlı olarak azalttığını ileri sürdü. Psikolog, Carlos'un aktivitelerine birkaç basit ekleme yaparak, onun bu varsayımını test etmeye başlayacaklarını söyledi. Biraz konuştuktan sonra, Carlos'un depresif olmadan önce hep yaptığı gibi, sabah saat 8'de kalkmak ve evden çıkmak için çaba göstermesine karar verildi. İkinci olarak Carlos'un iki küçük çocuğuna yatmadan önce hikaye okumasına karar verildi; dahası onu endişelerinin içine sürükleyen düşüncelere izin vermemesi, okuduğu hikayenin içeriğiyle ilgilenmek için çaba göstermesi belirtildi. Bu iki görevi gerçekleştirmedeki başarısını günlük aktivite kayıtlarına yazacaktı.

Son olarak Dr. Walden, Carlos'tan hoş olmayan duygularını ve onlarla ilişkili düşüncelerini yazmaya devam etmesini istedi. Fakat bu defa danışan ayrıca, başlangıçtaki düşüncelerinin gerçekten tüm kanıtları yansıtıp yansıtmadığını dikkate alarak daha gerçekçi alternatif düşünceler üretmeye de çalışacaktı. Ayrıca daha gerçekçi olan bu düşünceler yazılacaktı.

Sonraki seansta Dr.Walden, Carlos'a ilk olarak davranışçı görevleri sordu. Danışan çocuklarına hafta boyunca her akşam hikaye okumaya devam ettiğini ve bunu "sağlam kafa" ile yaptığını söyleyerek yanıt verdi. Diğer taraftan gecenin geri kalanında ailenin diğer üyeleri normal aktivitelerini yerine getirirken, kendisinin sadece oturup üzülmesinden, bazen de oturma odasında bir sandalyede bir saat oturup durumundan ve bir şey yapma konusundaki acizliğinden –isteksizliğinden- dolayı endişe etmesinden şikayet etti. Dr.Walden bu dönemdeki olumsuz düşüncelerini sordu. Danışan, işe yaramayan ve işlerini yapamayan biri olduğu konusundaki düşünceler anlamına gelen şekilde "aynı eski şeyler" diyerek yanıtladı. Psikolog Carlos'a bu düşünceler ortaya çıktığında onları çürütüp çürütemediğini sordu. Danışan kanıtları değerlendirme alıştırması yaptığını ve alternatif düşünceler oluşturduğunu fakat birkaç dakika içinde olumsuz düşüncelerin geri geldiğini söyleyerek yanıt verdi. Bu tekrarlıyordu.

Dr.Walden bunu duyduktan sonra, Carlos'un yetersizliğinin nesnel düzeyi konusunda daha önce yaptıkları konuşmayı tekrar etti. Danışan, durumunu işe yaramaz şeklinde tarif etmesinin abartılı olduğunu kabul etmişti fakat daha gerçekçi bir değerlendirme yapmakta ve aslında herşey dikkate alındığında oldukça iyi işlev gördüğünü kendine hatırlatmakta zorlanıyor gibi görünüyordu.

Dr. Walden, bundan sonra atılacak adımın, Carlos için yeniden formüle edilen düşünceleri davranışın gücüyle desteklemek olduğunu düşündü. Yani, Carlos için ailenin akşam programlarına daha fazla katılma zamanı gelmişti.... Bu nedenle seansın büyük bir kısmı, Carlos'un akşamları evde uyacağı uygun programı detaylı biçimde hazırlamaya ayırıldı.

Sonraki seansta Carlos evde belirlenen programa uyabildiğini bildirdi. Çocuklara bir hikâye okumak, onlara okul hakkında sorular sormak, bazı kırtasiye işlerini yapmak

gibi somut görevlere dikkatini odaklamaya devam etmenin, depresif düşünce örüntülerini azaltmanın bir yolu olduğunu buldu. Dr. Walden'a bu şeyleri yapabilme becerisinden çok memnun olduğunu, hatta bazı etkinliklerden keyif bile almaya başladığını söyledi.

Sonraki seanslarda Dr. Walden, Carlos ile işteki aktivitelerini artırmak için çalıştı. Carlos işte geçirdiği zamanı 6 saatten daha fazlaya çıkardı fakat oradayken kendisini genellikle depresif hissediyordu. Görünen o ki, stresin durumunu kötüleştirdiği varsayımıyla, işteki aktivitelerini ciddi biçimde kesmişti. Sonuç olarak, masasında oturmaya, bilgisayarına bakmaya, yetersizliğinin boyutları ve ilerleme oranı üzerine kara kara düşünmeye harcayacağı pek çok ölü zamanı vardı....

Dr.Walden Carlos'un olumsuz düşünceleri çürütme çabaları ile durum karşısındaki mevcut davranışı arasındaki tutarsızlığa işaret etti.

DR.WALDEN: İşe yaramaz biri olduğun ve işlerini yapamadığın şeklindeki doğru olmayan fikirlere meydan okuman iyi. Fakat bu düşüncelerin gerçekten yanlış olduğunu biliyorsan, neden hâlâ işteki aktivitelerini sınırlıyorsun?

CARLOS: Sanırım artan bir stresin ilerlememi bozacağından korkuyorum.

DR.WALDEN: Evde daha fazla sorumluluk almaya başladığında ne oldu?

CARLOS: Kendimi endişelerime daha az kaptırdım.

DR.WALDEN: Bu, sana çalışma durumun için nasıl bir ders veriyor?

CARLOS: Daha fazla şey yapmaya başlamalıyım. Çok az şey yapmıyor olsam bile. Şimdiye kadar işte hiç bu kadar stres yaşadığımı söyleyemem. Yani, sahiplerinden biriyim. Kendi tempomu ayarlarım. İşte her zaman iyi vakit geçirdim - en azından eskiden öyleydi- fakat hiçbir zaman herhangi bir şeyi çok abartmadım.

DR.WALDEN: Peki, işte kendini nasıl idare edeceksin konusundaki asıl soruma geri dönelim....

CARLOS: Biliyorum, biliyorum. Bu noktada şu an yaptığım gibi işleri gevşetmem pek mantıklı görünmüyor.

Carlos sonraki seanslarda, Dr Walden ile birlikte üzerinde anlaştıkları bilişsel ve davranışçı alıştırmaları yapmaya ve iyileşmeye devam etti. Carlos, işlerini tam olarak yapabilen kişi haline geri döndü ve çoğunlukla keyfi yerindeydi. Hatta bir gecelik iş seyahatlerini bile sürdürdü. Bu nedenle şimdi terapi seansları nüksü önleme seanslarına ayrıldı. Amaç Carlos'un depresif düşüncelerinin çoğunun altında yatan temel inançlarını anlamasına yardımcı olmaktı.

Örneğin, en temel depresif inancı hastalıklar ve tehdit karşısında dayanıksızlık olarak isimlendirilen inançtı. Bu inanç, felaketin herhangi bir zamanda ortaya çıkacağı ve danışanın kendini korumak için çaresiz olduğu konusundadır. Bu inanç, Carlos'un kalp hastalığıyla ilgili asıl zihinsel uğraşına ve zihinsel sağlığın tümden bozulmasını bekleyen daha sonraki zihinsel uğraşına kaynaklık ediyor gibi görünmektedir.

Seans sırasında bu inanç nedeniyle ortaya çıkan çeşitli olumsuz düşünceleri gözden geçirmeye vakit ayrıldı. Amaç, inanç aktif olduğunda, Carlos'un bunu farketme becerisini ve sonuçta ortaya çıkan olumsuz düşüncelerle yüzleşmek için bunu bir ipucu olarak kullanma becerisini artırmaktı.

Bu Kısmın Özeti: BDT davranışçı ve bilişsel yaklaşımların birleşmesinden ortaya çıkmıştır. Bu iki yaklaşım psikolojideki aynı görgül gelenekten türediği için, pek çok benzerliğe sahiptir ve birbirleriyle oldukça uyumludur. Bilişsel - davranışçı terapistler hem bilişsel hem de davranışçı tedavi teknikleri içeren dikkatle planlanmış terapi seanslarını uygularlar.

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİNİN BUGÜNKÜ DURUMU

Davranışçı ve bilişsel yaklaşım öyle bir şekilde bir araya gelmiştir ki, bilişlere ciddi biçimde önem vermeyen bir davranışçı terapi konusunda güncel kitap ya da makale bulmak pek mümkün değildir, aynı şekilde davranışsal değişimi vurgulamayan bir bilişsel terapi konusunda güncel çalışmalar bulmak da mümkün değildir. İki terapi yaklaşımı arasında hâlâ kavramsal ayrımlar yapılmaktadır fakat uygulamadaki farklılıklar neredeyse yok olmuştur. Reinecke and Freeman (2003), "Dünyadaki davranışçı terapi derneklerinin isimlerine 'bilişsel" teriminin eklendiğine ve prestijli bir dergi olan *Davranış Terapisi (Behavior Therapy)* dergisinin son zamanlarda 'Klinik Sorunlara Yönelik Davranışçı ve Bilişsel Bilimlerin Uygulamalarına Ayrılmış Uluslararası Bir Dergi' alt başlığını taşıdığına" dikkat çekmektedir (s. 224).

2. Bölümde belirttiğimiz gibi BDT'lerin son birkaç yılda popülerliği artmıştır. BDT üzerine yazılmış olan makale ve kitaplar hızla çoğalmıştır ve kendilerini bilişsel-davranışçı yaklaşımı benimsemiş olarak tanımlayan klinik psikologların sayısı giderek artmaktadır. Örneğin, bir araştırmada klinik psikologların %38'i bilişsel-davranışçı yönelimleri (birlikte) kabul etmiş, buna karşılık %24'ü psikanalitik, psikodinamik ve insancıl, Rogeryen/birey-merkezli ve kişilerarası yönelimleri (birlikte) kabul etmiştir (Bechtoldt, Norcross, Wyckoff, Pokrywa ve Campbell, 2001). Kısacası psikoterapiye bilişsel-davranışçı yaklaşım, eğitim programlarında ve uygulamada hatırı sayılır bir popülerliğe sahiptir. Bu popülerliğin nedeni, yalnızca bilişsel-davranışçı tekniklerin etkililiğine yönelik görgül kanıtlar değil, aynı zamanda bu tekniklerin anlaşılırlığı ve sorun yönelimli yaklaşımıdır. Pek çok davranışçı ve bilişsel müdahale, belirli sorun davranışlar ve bilişler etrafında düzenlenmiştir. Böylece belirtiden tedaviye gidiş nispeten belirlidir. Daha ötesi davranışçı ve bilişsel müdahalelerde izlenen adımlar, genellikle sıralı olarak ve belirli terimlerle tanımlanır. Diğer yaklaşımlara kıyasla özellikle de psikodinamik ve insancıl yaklaşımlara kıyasla, bu metne dayalı bilişsel-davranışçı müdahaleler deneyimli olmayan ve öğrenmeye çalışan klinisyenler için çok daha kolaydır.

Aslında, bilişsel-davranışçı müdahaleler sıklıkla anlaşılır biçimde yazılmış materyal yoluyla öğretilir ve uygulanır, oldukça yapılandırılmış yönteme sahip olan el kitaplarının her biri belirli bir bozukluğa odaklanır. Bu el kitapları bozukluk hakkında bilgi içerir, değerlendirme ve kayıt araçları, psikoterapi seanslarını yürütmek için protokoller, danışan ev ödevleri için fikirler vb. önerir. Bu el kitaplarının pek çoğu, genellikle belirli amaçlara ulaşmak için gerekli olan kesin seans sayısını ve her seansta yerine getirilmesi gereken görevleri belirtecek kadar detaylıdır. Hatta bazı el kitaplarında, bilişsel-davranışçı klinisyenlerin kendi danışanları için verdiği gibi, klinik stajyerleri için de uygulama ve ev ödevi görevleri yer alır. Çok sayıda bilişsel-davranışçı el kitabı arasında anoreksia nervozanın (Lock, Grange, Agras ve Dare, 2002), alkolizmin (Wakefield, Williams, Yost ve Patterson, 1996), obsesif kompulsif bozukluğun (March ve Mulle, 1998), bipolar bozukluğun (Ramirez-Basco ve Rush, 2007), travma sonrası stres bozukluğunun (Hickling ve Blanchard, 2006) ve çok sayıda başka bozukluğun tedavisine odaklanmış el kitapları vardır. Pek çok kişi bu el kitaplarını eleştirmesine rağmen (bknz. 10. Bölüm), çoğu kontrollü araştırmalara dayanan belirli bilişsel-davranışçı müdahaleleri klinisyenlerin öğrenmeleri ve uygulamaları için pratik bir yol kazandırdığına şüphe yoktur. Terapiye bilişsel-davranışçı yaklaşım konusunda daha fazla bilgi için, konu üzerine yazılmış birkaç ders kitabından birine başvurmanızı öneririz (örn., Dobson, 2002; Leahy, 2006; Ledley, Marx ve Heimberg, 2005; McMullin, 2000; Wright, Basco ve Thase, 2006).

BÖLÜM ÖZETİ

Davranışçı ve bilişsel-davranışçı terapiler, öğrenme ilkelerine ve bilişsel psikoloji konusunda yapılmış araştırmalara dayanır. Tedavi yöntemleri doğrudan açık uyumsuz davranışları olduğu kadar bu davranışlara eşlik eden uyumsuz düşünme örüntülerini de değiştirmeyi amaçlar. Davranışçı yöntemler, (diğerlerinin arasında) sistematik duyarsızlaştırmanın, maruz bırakma tekniklerinin, sosyal beceri eğitiminin (atılganlık eğitimini içeren), davranış provasının, model alma türlerinin, tiksindirme terapisi ve cezanın, izlerlik yönetiminin ve biyolojik geribildirimin çeşitli türlerini içerir.

Bilişsel terapi yöntemlerine Beck'in depresyon için bilişsel terapisi ve Ellis'in akılcı- duygusal terapisi öncülük etmiştir. Bu yöntemler ve takipçileri, davranışta bilişlerin aracı rolünü özellikle de uyumsuz bilişlerin etkisini vurgular. Bunun gibi bilişler (diğerlerinin arasında) ikili düşünmeyi, kişiselleştirmeyi, aşırı genellemeyi, felaketleştirmeyi ve gerçekçi olmayan beklentileri içerir. Bilişsel terapistlerin birincil görevi, danışanın bu bilişsel hataları belirlemesi, çürütmesi ve daha uyumlu düşüncelerle değiştirmesi için uğraşmaktır. Bu, Sokratik sorgulama ve diğer yönlendirici tekniklerin kullanımıyla yapılır. Davranış terapisinde olduğu gibi ev ödevi vermek önemli bir rol oynar. Bilişsel terapide danışanlardan genellikle olayların, olayla ve kendileriyle ilişkili otomatik düşüncelerinin ve duygularının bir kaydını tutması istenir. Danışanlar bilişsel teknikleri uyguladıkça, sorunlu bilişlere meydan okumada ve onları değiştirmede daha usta hale gelirler.

Bilişsel-davranış terapisi, kuramsal ve yöntemsel olarak oldukça uyuşan bilişsel terapi ile davranış terapisinin öğelerini birleştirir. Bu uygunluk, bilişsel-davranışçı terapistlere uygulayabilmeleri için geniş bir müdahale listesi kazandırır. Bilişsel–davranış terapistleri, tercih edilen müdahalenin kontrollü çalışmalarla kanıtlandığı görgül araştırmaları vurgularlar. Bugünlerde klinik psikologların büyük bir kısmı kendilerini bilişsel-davranışçı yönelimli olarak tanımlamaktadır.

ÇALIŞMA SORULARI

1. Davranışçı psikologlar kişilik organizasyonuna nasıl bakarlar?
2. Klasik koşullanma, edimsel koşullanma ve gözlemsel öğrenme nedir?
3. Davranış terapistleri hangi bilgi ve araçları tercih etmeye eğilimlidirler?
4. Davranış terapisinde terapistin rolünü nasıl tanımlarsınız?
5. Davranışçı bir kavram olan uyarıcı genellemesi ile psikanalitik bir kavram olan aktarım ne bakımdan birbirilerine benzerler?
6. Gevşeme eğitimi nedir ve ne için kullanılır?
7. Sistematik duyarsızlaştırma nedir ve nasıl uygulanır?
8. Davranışçı terapistler tarafından tanımlanan diğer teknikleri anlatınız.
9. Bilişlerin olaylar ve duygular arasında aracılık ettiğini söylemek ne anlama gelir?
10. Bilişsel çarpıtmalar nedir? Şemalar nedir? Birkaç örnek verin.
11. Otomatik bilişsel çarpıtmalar psikodinamik kuramdaki bilinçdışı süreçle nasıl benzeşir ve ondan nasıl farklılaşır?
12. Bilişsel terapinin temel amaçları nelerdir?
13. Psikoeğitim nedir ve bilişsel terapistler neden psikoeğitimi önemli bulurlar?
14. Sokratik sorgulama nedir? Bilişsel terapistler onu ne amaçla kullanır?
15. Danışanlar, bilişsel terapinin ilkelerini uygulamak için üç sütun ve beş sütun düşünce kayıtlarını nasıl kullanırlar?
16. Bilişsel - davranışçı terapi seansları genellikle nasıl yapılandırılır?
17. Nüksü önleme nedir ve bilişsel terapistler danışanla bu konu üzerinde nasıl çalışırlar?
18. Birleşik Devletlerde Bilişsel-Davranışçı Psikoterapinin bugünkü durumunu nasıl tanımlarsınız?

WEB SİTELERİ

- APA Davranış Analizi Bölümü (Bölüm 25): http://www.apa.org/about/division/div25.html
- Uluslararası Bilişsel Terapi Derneği: http://www.academyofct.org
- Beck Bilişsel Terapi ve Araştırma Enstitüsü: http://www.beckinstititue.org
- Davranışsal ve Bilişsel Terapiler Derneği: http://www.aabt.org

BÖLÜM 10

Çeviren:
Uzm. Psk. Özlem Çağın Tosun

Klinik Müdahale Üzerine Araştırmalar

Bölüme Bakış: Bu bölüm, terapide neyin işe yaradığını nasıl bildiğimiz konusunda bir açıklama sağlamaktadır. Farklı terapilerin işe yararlığını ortaya koyan araştırma yöntemleri ve her bir yöntem tipiyle ilişkili sorunlar tartışılmaktadır. Hem geleneksel bireysel tedaviler hem de alternatif müdahale yöntemleri için terapötik etkinlik ve etkililikle ilgili genel bulgular sunulmaktadır. Bölüm, psikolojik tedavilere ek olarak ilaç kullanımı ile ilgili bir tartışma ile kapanmaktadır.

BİR KLİNİK VAKA

T.C. majör depresyon, yaygın kaygı bozukluğu ve öfke sorunları yaşayan 26 yaşında Çin kökenli Amerikalı bir erkek. Birleşik Devletler'de büyük bir şehirde annesi ile birlikte yaşıyor ve teknolojiyle ilgili bir lisansüstü programa devam ediyor.

T.C. üç kardeşin en küçüğü ve "en az başarılı" olanı. Anne babası ona neredeyse kürtajla sonuçlanacak istenmeyen bir gebelik sonucu dünyaya geldiğini anlatmış. T.C. büyürken, ekonomik zorluklar (kısmen ailenin zor durumda olan bir marketi olmasına bağlı), anne babası arasında sıkça yaşanan kavgalar, babasının kumar sorunları, annesinin kullanılmış kutular gibi şeyler biriktirmesi dâhil ailesinde pek çok stresör varmış. Kendinden büyük olan kız kardeşleri akademik olarak yeteneklilermiş. Onlar prestijli üniversitelerden mezun olurken, T.C.'nin hiçbir üniversiteye kabul alamaması her şeyi daha da zorlaştırmış. Tam da bu noktada, lisedeki son yılında T.C. ilk majör depresyon dönemini yaşamış. Sonunda liseden mezun olmuş, iki yıllık bir yüksekokula gitmeye başlamış ve buradan bir devlet üniversitesine geçerek mühendislikle ilgili bir alanda lisans diplomasını almış. T.C. üniversitedeyken babasının kumar sorunu şiddetlenmiş ve anne babasının boşanmasından sonra aile, marketlerini satmak durumunda kalmış. T.C. gittikçe daha depresif hale gelmeye başlamış. Belirli bir planı olmasa da intihar düşünceleri varmış. Eğer "hızlı, güvenli ve güvenilir" bir yöntem bulabilse kendini öldüreceğini söylüyormuş.

T.C. kendisi gibi Çin asıllı bir Amerikalı olan ve lisansüstü bir programa devam eden Dr. Emily Liu ile tedaviye başlamış. Tedavinin başında T.C. terapiste gözlerini devirmek, küçümsemek ve alaycı davranmak gibi dikkat çekici derecede olumsuz kişilerarası özellikler göstermiş. Psikometrik değerlendirme araçlarında şiddetli depresyon ve orta derecede şiddetli kaygı puanları almış. Uyku kalitesinin düşük olduğunu söylemiş ve yüksek düzeyde öfke sorunları göstermiş. Olumlu tarafta ise dürüstlük, azim, dayanıklılık gibi pek çok güçlü yanı ortaya çıkmış.

T.C. tedaviye 41 seans devam etmiş. Dr. Liu, tedavinin başında intiharı önlemek için bir kontrat oluşturmanın yanı sıra bilişsel terapi, bilişsel-davranışçı vaka formülasyonu ve bilişsel-kişilerarası döngü metodolojileri uygulamış. Tedaviyle ilgili kültüre özgü zorlukları (örneğin, T.C.'nin ifade ettiği "yeterince iyi olmadığını kendine söylemeye devam et" ve "başardıklarınla asla tatmin olma" gibi kültürünün başarı ve alçakgönüllülük ile ilgili olan değerleriyle tutarlı ama aynı zamanda da depresif belirtileriyle ilişkili kendi kendini engelleyen düşünceler) aşmak için ise çok-kültürlü tekniklerle ilgili bilgisini kullanmış. Buna ek olarak, T.C. bir psikiyatrist ile antidepresan tedavisine devam etmiş.

Yaklaşık bir sene süren terapinin sonucunda T.C.'nin depresyon, kaygı ve öfke belirtileri azalmış. Sosyal becerilerinde de bazı gelişmeler olmuş ama bu gelişmeler sınırlı kalmış. İntihar düşünceleri artık kalmamış. Dr. Liu oradaki 1 yıllık stajını tamamladıktan sonra T.C. başka bir terapiste yönlendirilmiş ve sosyal becerileri ve olumsuz bilişleri üzerinde çalışmaya devam etmiş (Liu, 2007).

Bu vaka, danışanların terapiye getireceği karmaşık öykülere bir örnek vermektedir. Şansına T.C., bu bölümde daha sonra aktarılacak olan kanıta dayalı uygulamaları kullanan bir terapist bulmuştur. Son birkaç on yıldır klinik psikolojinin diğer hiç bir alanında, en iyi hangi psikolojik tedavinin çalıştığını saptama çabaları kadar yoğun araştırma ve tartışma görülmemiştir. Buradaki düşünce, klinisyenlerin sadece görgül araştırma kanıtlarıyla etkili olduğu gösterilen terapi ve değerlendirme tekniklerini kullanmalarıdır. Bunlar, *kanıta dayalı terapiler* ve *kanıta dayalı değerlendirmeler* olarak adlandırılmakta ve ikisi bir arada *kanıta dayalı uygulamalar* olarak bilinmektedir. Belirli bir yöntemin kanıta dayalı olduğunu göstermek için tam olarak nasıl bir kanıt yeterli olur? Bu bölümde, bu karmaşık soruya verilen bazı yanıtları araştırıyoruz.

PSİKOTERAPİYİ DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİ

Bu Kısma Bakış: Bu kısımda, hangi sorunlar için en iyi hangi terapi yöntemlerinin çalıştığını değerlendirmede en sık kullanılan araştırma desenlerini gözden geçiriyoruz.

Uzun bir zaman boyunca, klinik araştırmacıların psikoterapi hakkında sorduğu temel soru *Psikoterapi etkili midir?* sorusuydu. Bu soruya yanıt vermeye çalışırken bunun çok geniş bir soru olduğunu farkettiler. 1970'lerden itibaren terapi-sonuç araştırmaları, Gordon Paul'un (1969a) yaptığı daha özgül formülasyondan etkilenmeye başladı: "Belirli bir soruna sahip bir kişi için, kim tarafından yapılan hangi tedavi, hangi şartlar altında daha etkilidir ve bu etki nasıl ortaya çıkar?" (s.44).

Alan Kazdin (1982), Paul'ün bu temel sorusunu bir sonuç araştırmaları amaçları listesine çevirdi: Bunlar, (a) belirli bir tedavinin etkinliğini belirlemek, (b) farklı tedavilerin göreli etkililiğini birbiriyle karşılaştırmak, (c) belirli değişimlerden sorumlu olan özgül tedavi bileşenlerini değerlendirmek. Günümüzde, psikolojik tedavilerle ilgili araştırmalar aynı zamanda (a) belirli tedavilerin yararlarının sürekliliğini değerlendirme, (b) tedavi ile ilişkili olumsuz bir yan etkinin olup olmadığını belirleme, (c) bir tedavinin farklı tipteki danışanlar için ne kadar uygun olduğunu belirleme, (d) çeşitli tedavilerin maliyet-etkililik ayrıntılarını saptama, (e) bir tedavinin etkilerinin klinik olarak belirgin ve sosyal olarak anlamlı olup olmadığını keşfetme gibi amaçları taşır (Goodheart, Kazdin ve Sternberg, 2006). Buna ek olarak, laboratuvarda yapılan araştırmalarla işe yaradığı gösterilen tedavilerin, aynı zamanda klinik ortamlarda da işe yaradığını doğrulama konusunda büyük bir ilgi görülmektedir (Weisz, Jensen-Doss ve Hawley, 2006).

Psikolojik Tedavilerle İlgili Sonuç Araştırmaları Tasarlamak

Araştırmacılar, bütün bu amaçlara ulaşmak için, tedavi sonuç değerlendirmelerini bulguların yorumlanmasında belirsizliğe yer vermeyecek şekilde tasarlamak ve yürütmek durumundadır. Bütün araştırma desenleri içinde, terapi ve iyileşme arasındaki neden-sonuç ilişkisini değerlendirebilecek en güçlü yöntem kontrollü deneylerdir (Greenhoot, 2005).

Deney, bazı etkenler üzerinde sistematik değişimler oluşturup diğer etkenlerde meydana gelen değişimleri gözlemleyerek, belli olayların nedenlerini keşfetme girişimidir. Araştırmacıların değişimlediği etkenlere *bağımsız değişken;* değişimlerin gözlendiği etkenlere ise *bağımlı değişken* denir. Sonuç araştırmalarında bağımsız değişken genellikle verilen terapinin türüdür (örneğin, bilişsel davranışçı terapi ya da yönlendirmesiz terapi). Bağımlı değişken ise danışanlarda görülen değişimin miktarıdır (örneğin, depresyon ve kaygı testleriyle ölçülen).

Psikoterapi-sonuç deneylerinin çoğunda ya denek-içi desen ya da denekler-arası desen kullanılır. Her iki yöntem de çeşitli tedavi koşullarının (bağımsız değişken) danışanların düşünce ve davranışları (bağımlı değişken) üzerindeki etkilerini araştırmaya olanak sağlar. *Denekler-arası desende,* farklı danışan gruplarına farklı tedaviler uygulanır ve her grupta gözlenen değişimler karşılaştırılır. *Denek-içi desende* ise danışanlar tek bir tedavi alır ancak araştırmacı çeşitli noktalarda sürece müdahale eder ve davranışta oluşabilecek değişimleri gözlemler.

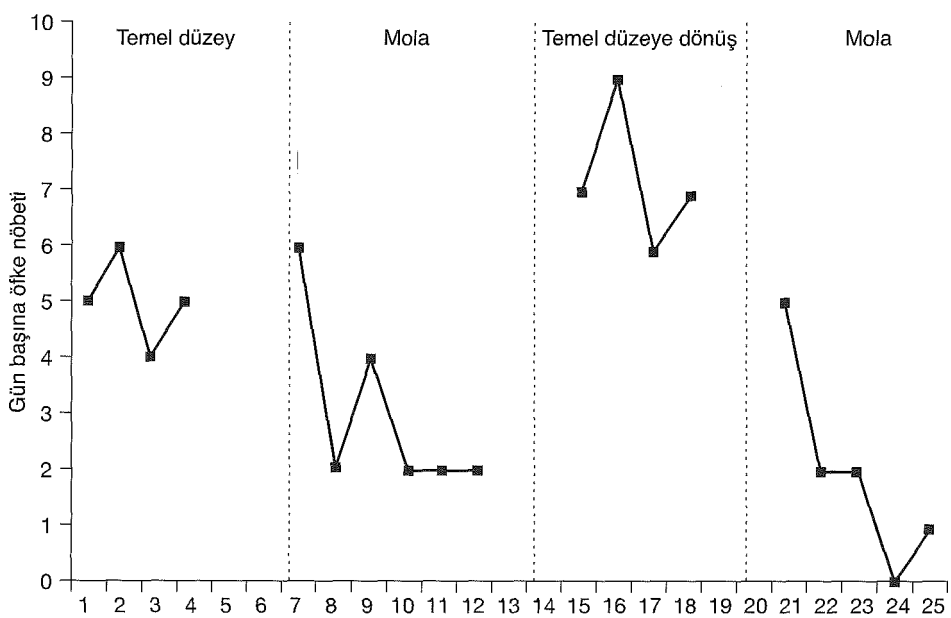
Denek-İçi Araştırma Deseni

Denek-içi deneysel desen, bağımlı değişkenlerin (danışan davranışları) birçok kez ölçülmesini gerektirir. Bu gözlemlerin ilki, genellikle tedavi öncesi ya da temel (baseline) değer döneminde yapılır ve danışanın sorunlu davranışlarının doğası ve şiddeti hakkında ölçüm sağlar. Temel ölçümler sabitlendiğinde, de-

neyin müdahale aşaması başlar. Araştırmacı burada bir tedavi şeklini uygulamaya koyarak bağımsız değişkeni değişimler ve bağımlı değişkende temel ölçüme göre oluşan değişiklikleri izler. Klinik tedavi araştırmalarında çeşitli denek-içi desenler kullanılmaktadır (Greenhoot, 2005) ama bunların içinde en popüler olan iki tanesi, tersine desen ve çoklu temel ölçüm desenidir.

Tersine ya *da ABAB deseninde*, tedavinin olmadığı bir temel ölçüm (A), bir tedavi evresi (B) ile değiştirilir. A ve B evrelerinin uzunlukları pek çok etkenle belirlenir ancak genellikle her evre danışanın davranışı sabit hale gelene kadar devam eder. Bu desenin mantığı, eğer davranış sadece tedavi evrelerinde güvenilir ve belirgin şekilde değişiyorsa ve tedavi her durdurulduğunda temel ölçüm düzeyine geri dönüyorsa, araştırmacının değişimlerden tedavinin sorumlu olduğundan emin olmasını sağlamasıdır.

Şekil 10.1, 4 yaşında aşırı öfke nöbetleri geçiren bir erkek çocuğun tedavisinin değerlendirilmesinde bir ABAB/tersine desenin nasıl kullanıldığını göstermektedir. Müdahale aşamasında, her öfke nöbetinden hemen sonra anne kısa mola dönemleri uyguladığında öfke nöbetlerinin sıklığı azalmıştır. Mola prosedürleri durdurulduğunda, öfke nöbetleri ilk temel ölçümlerden bile daha şiddetli bir seviyeye çıkmıştır. Mola prosedürleri tekrar başlandığında yine öfke nöbetleri azalmıştır (Anderson ve Kim, 2005).

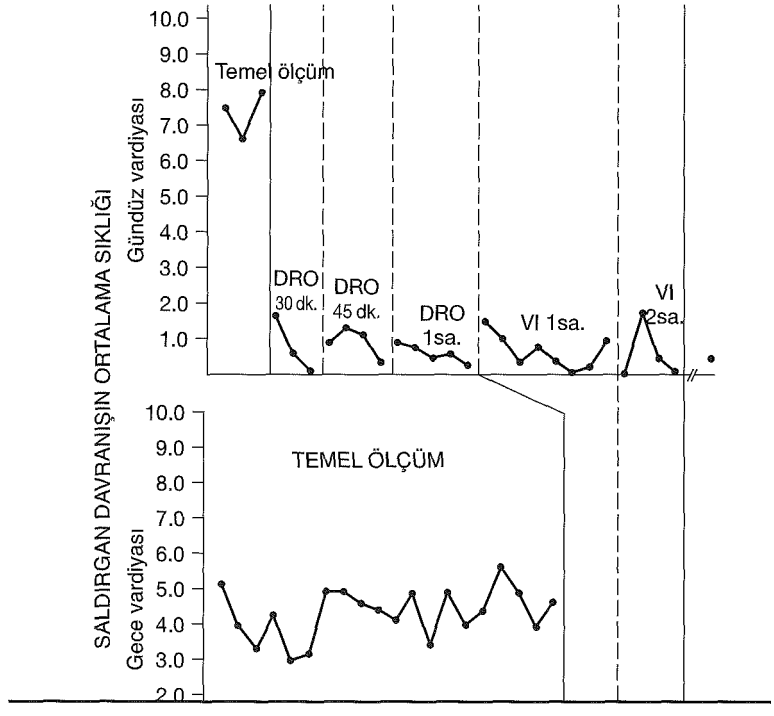


ŞEKİL 10.1 4 yaşındaki bir erkek çocuğun öfke nöbetlerinin sıklığı

(Kaynak: C. M. Anderson ve C. Kim, 2005, "Evaluating Treatment Efficacy with Single-Case Designs," in M. C. Rober ts ve S. S. Ilardi, (Eds.), Handbook of Research Methods in Clinical Psychology, s. 79. Malden, MA: Blackwell Publishing.)

Özellikle tedaviyi kesmekle ilgili klinik ya da etik endişeler olduğunda, araştırmacılar bir müdahalenin etkisini onu durdurmaya gerek olmadan değerlendirmeye izin veren çoklu temel ölçüm desenini tercih edebilir. Bunun yerine, araştırmacı çeşitli sorunlu davranışları bir arada gözler ancak sadece birine tedavi uygular. Eğer tedavinin belirli bir nedensel etkisi varsa, sadece tedavi uygulanan davranışta değişim beklenir. Daha sonra, tedavi her seferinde birine olmak üzere diğer hedeflere de uygulanır ve her birinin üzerindeki etkisi gözlenir. Eğer her bağımlı değişken sadece ve sadece tedavi uygulandığında değişiyorsa, tedavinin sorunlu davranışa etki etme gücüne ilişkin güven artar. Bununla birlikte, eğer davranışlar özel olarak hedeflense de hedeflenmese de değişiyorsa, araştırmacı davranıştaki gelişmenin tedaviyle ilgili kombinasyonlar ya da genel etkenlerden (geçen zaman, danışanın tedavi hakkındaki olumlu beklentileri gibi) dolayı oluştuğunu varsayabilir.

Şekil 10.2 çoklu temel ölçüm deseninin bir tedaviyi nasıl değerlendireceğine ilişkin başka bir örnek daha göstermektedir (Hegel ve Ferguson, 2000). Bu vakada danışan, 28 yaşında, 10 yıl önce bir araba kazasında ciddi bir kafa yaralanması yaşamış, tekerlekli sandalyeye mahkum kalmış, konuşamayan ve bir rehabilitasyon merkezinde yaşayan bir erkektir. Rahatsız edici sesler çıkarmaya ve daha da kötüsü, yanından geçenlere tekme atma, kollarına yapışma gibi giderek daha fazla saldırgan davranışlar göstermeye başlamıştır. Tedavisi, gündüz vardiyasında çalışanların, saldırgan olmayan her davranışı için onu yemek, sevdiği müzikler ya da bunlar gibi başka pekiştireçlerle ödüllendirmesini kapsamaktaydı. Kriterler giderek arttırıldı, böylece bu ödülleri alması için gittikçe daha uzun süreler saldırganlıktan uzak durması gerekmişti. Gece vardiyasında çalışanlar ise bu teknikler konusunda eğitilmemişti. Şekil 10.2'de gösterildiği gibi, danışanın saldırgan davranışlarının gündüz vardiyasında çalışanlarla birlikteyken azaldığı, gece boyunca tedavi uygulanana kadar nispeten yüksek kaldığı görülmüştür. Çoklu temel ölçüm deseninin, tedaviden sonraki gelişmelerin, danışana, çalışanların beklentilerine ya da başka genel etkenlere ya da çevresel değişimlere bağlı olarak değil de tedaviye özgü olarak ortaya çıktığını onaylayabildiğini görebilirsiniz (Hegel ve Ferguson, 2000).



ŞEKİL 10.2 Gece ve gündüz vardiyaları arasında ve Diğer Davranışlar için Farklandırıcı Pekiştirme (DRO, Differential Reinforcement of Other Behavior) aralıkları boyunca saldırgan davranışların ortalama sıklığı

(Kaynak: M. T. Hegel ve R. J. Ferguson, 2000, "Differential Reinforcement of Other Behavior (DRO) to Reduce Aggressive Behavior Following Traumatic Brain Injur y." Behavior Modification, 24, 94–101.)

Bu örneklerde gösterildiği gibi, denek-içi tedavi araştırmaları genellikle az sayıda danışanla yapılır, hatta bazen her seferinde bir kişiye uygulanır. Aslında tek denek ya da N' = 1 araştırmaları büyük grupları içeren desenleri uygulamaya izin vermeyecek derecede seyrek gözlenen klinik olguları araştırmayı mümkün kıldığı için popüler bir tedavi değerlendirme stratejisidir (Morgan ve Morgan, 2001).

Denekler-Arası Araştırma Deseni

Terapi sonucuna ilişkin en basit gruplar arası deneyde, araştırmacı bir grup danışana - *deney* grubu- tedavi uygulayarak bağımsız değişkeni değişimler ve bu grupta gözlenen herhangi bir değişimi tedavinin uygulanmadığı bir *kontrol* grubu ile karşılaştırır. Her iki grupta, hem çalışmadan önce (ön-*test*) hem de tedavi bittikten sonra (*son-test*), hatta tedaviden sonra çeşitli aralıklarla (*takip*), danışanların sorunlu davranışlarına ilişkin ölçümler (bağımlı değişken) alınır.

Danışanların deney ya da kontrol gruplarına seçkisiz olarak atanması önemlidir, çünkü yeterli sayıda danışan olduğunda, bu prosedür sayesinde deney ve kontrol grupları sonucu etkileyebilecek yaş, bozukluğun şiddeti, sosyoekonomik durum ve diğer önemli değişkenler açısından yaklaşık olarak denk olur. Eğer danışanlar koşullara seçkisiz olarak atanmazsa, deneyin sonunda gruplar arasında görülebilecek herhangi bir fark, gruplar arasında deneyden önce de var olan farklılıklara atfedilebilir.

Tedavi ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak yapılan karşılaştırmalar terapi sonuç araştırmalarında sadece ilk adımdır. Sonuç olarak tedavi ve kontrol grupları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı, büyük farklılıklar bile bize sadece tedavinin, hiç tedavi olmamasından daha iyi olduğunu söyler. Bu basit tedavi/kontrol deseni, terapi sonuç araştırmalarının değinmek istediği daha karmaşık sorulara açıklama getirememektedir. Bir diğer sıkça kullanılan desende, danışanlar iki farklı tedaviden birine atanır ve bu tedavilerin sonuçları karşılaştırılır. Örneğin, motivasyonel görüşmeye ek olarak uygulanan bilişsel davranışçı terapinin sadece görüşme yapmaya göre HIV bulaşması riski taşıyan eşcinsel erkeklerde alkol kötüye kullanımını azaltma üzerindeki etkisi böyle bir araştırma deseniyle araştırılabilir (Morgenstern ve diğ., 2007).

Buna ek olarak, araştırmacılar tedavi edilen danışanlardaki gelişmelerin belirli terapi teknikleri sayesinde mi, terapistin özellikleri sayesinde mi yoksa terapinin iyileşme ile ilgili bir beklenti yaratmasından mı olduğunu bilmek isterler. Bu soruya yanıt verebilmenin yollarından biri de *faktöryel deney*ler yürütmektir. Faktöryel desenler, araştırmacının gözlenen değişimlerden sorumlu olabilecek farklı faktörlerin etkisini test etmelerini mümkün kıldığı için bu şekilde isimlendirilmiştir. Tipik bir faktöryel sonuç çalışmasında, bir grup danışan bütün tedavi sürecinden geçerken, diğer bir grup sadece etkiyi sağlamada en önemli olduğu düşünülen bölümünü deneyimler. Üçüncü bir grup ise resmi bir tedavi içermeyen ama değişim beklentisi yaratabilecek prosedürlere maruz bırakılır (*plasebo-kontrol* koşulu). *Tedavi almayan* bir grup da sadece geçen zamanın etkisini değerlendirmek için dâhil edilebilir. Araştırmacı, bu dört gruptaki değişimleri karşılaştırarak tam bir tedavi paketinin, tedavinin hiç uygulanmamasından, plasebo etkilerinden ve tedavinin daha az kapsamlı bir versiyonundan daha iyi olup olmadığını belirlemeye başlayabilir. Hatta başka bir tedavi şekli verilen bir grup da dâhil edilirse ilk yaklaşımı diğer tedaviyle karşılaştırma imkânı da olabilir.

Parçalarına ayırma (dismantling) adı verilen bir araştırma deseninde ise araştırmacılar işe yaradığı bilinen tedavileri parçalarına ayırarak en yararlı özelliklerini belirlemeye çalışabilirler (Lambert ve Ogles, 2004). Örneğin, eğer bir tedavi gevşeme alıştırmaları, eğitim ve ödev içeriyorsa böyle bir araştırma deseninde danışanların seçkisiz atanan bir kısmına sadece gevşeme alıştırmaları, bir kısmına gevşeme ve eğitim, hatta diğerlerine de bunlara ek olarak ödev verme

kısımları uygulanabilir. Bu tarz bir araştırma deseni, klinik bilimcilerin, tedavilerin hangi özelliklerinin danışanlarda gelişim sağlamak için vazgeçilmez olduğunu anlayıp, tedaviyi gelecekte daha verimli hale getirmelerine yardımcı olabilir (Lambert ve Ogles, 2004).

Denekler-arası araştırma desenleri terapi araştırmacıları arasında popüler hale gelmiştir çünkü pek çok bağımsız değişkeni denek-içi desenlerdeki gibi sıralı olarak değil eş zamanlı olarak değişimleme imkânı sağlar. Ancak, denekler-arası desenler maliyetlidir. Sonuçların istatistiksel olarak güçlü olabilmesi için genellikle çok sayıda danışana ve bu danışanları bulacak, organize edecek ve tedaviyi uygulayacak geniş bir araştırma ekibine ihtiyaç duyulur.

Bu Kısmın Özeti: En yaygın denek-içi terapi-sonuç araştırma yöntemleri *tersine* desen ve çoklu temel ölçüm desenidir. Denekler-arası desenler için ise en temel desen, danışanları seçkisiz olarak bir tedavi ya da kontrol grubuna atayarak belirtilerde zaman içindeki değişimleri ölçmektir. Bu örnekte bağımsız değişken tedavi yöntemi iken (tedavinin uygulanması - tedavi uygulanmaması), bağımlı değişken tedavinin sonundaki belirtilerin düzeyidir.

TERAPİ ARAŞTIRMALARINI UYGULAMADAKİ SORUNLAR

Bu Kısma Bakış: Bu alt bölümde, tek denekli desenlerde, vaka çalışmalarında, seçkisiz klinik denemeler ve analog laboratuvar çalışmalarında, iç ve dış geçerliği etkileyebilecek tehlikeler gözden geçirilmektedir.

Terapi-sonuç araştırmacıları, denek-içi ya da denekler-arası hangi yöntemleri uygularlarsa uygulansınlar, başlıca amaç, hem iç hem dış geçerliği en yüksek seviyede tutacak deneyler tasarlamaktır. Bu amaca ulaşıldığında, araştırmacılar bireyler için uygun tedaviyi seçmede ve ilerlemeyi göstermede daha fazla güvenli olabilirler (Finger ve Rand, 2005; Kendall, Holmbeck ve Verduin, 2004; Shadish, 2002).

İç ve Dış Geçerlik

Bir deney, eğer araştırmacının bağımlı değişkende gözlenen değişimlerin, bilinmeyen, etkisi araştırılmayan ya da kontrol edilmeyen karıştırıcı değişkenler nedeniyle değil de, değişimlenen bağımsız değişken nedeniyle olduğunu öne sürmesine izin veriyorsa *iç geçerliği* yüksek demektir. Örneğin, bir araştırmacı danışanlarının depresyonundaki azalmanın, tedaviye güvene ya da izledikleri bir televizyon programına değil de aldığı bilişsel terapiye bağlı olduğunu söyleyebilmek ister.

Eğer deneylerin sonuçları deneye katılanlar haricindeki danışanlara, sorunlara ve durumlara da uygulanabiliyor ya da genellenebiliyorsa *dış geçerlik*-

leri yüksek demektir. Dış geçerlik her zaman iç geçerliği takip etmez. Örneğin, klostrofobi için sistematik duyarsızlaştırmanın etkisini değerlendiren bir çalışmada, danışanlardaki iyileşmenin duyarsızlaştırma sayesinde olduğunu söyleyebilmek için gruplara seçkisiz atama yapılmış ve gerekli bütün kontrol koşulları uygulanmış olabilir. Ancak, iç geçerliği olan bu desenin sadece hafif derecede klostrofobisi olan, Avrupa-Amerikalı kadın üniversite öğrencilerini tedavi eden duyarsızlaştırma uzmanları tarafından uygulandığını düşünün. Böyle bir durumda, terapist ve danışan değişkenlerindeki bu sınırlama dış geçerliği düşürebilir; sonuçlar diğer terapistlere, farklı yaş gruplarından ya da farklı etnik gruplardan danışanlara ya da işlevselliği daha çok düşüren belirtiler gösteren danışanlara genellenemeyebilir.

Pek çok araştırmacı, psikolojik tedavilerin sonuçlarını değerlendirmenin en iyi yolunun klinisyenler tarafından, klinik olarak belirgin sorunlar yaşayan danışanlara, gerçek tedavi ortamlarında yapılan tedaviler üzerinde araştırma yürütmek olduğunda hemfikirdir. Maalesef, çoğu geniş kapsamlı sonuç çalışması, üniversite araştırma kliniklerinde yürütülmektedir. Oysa klinik hizmetlerin çoğu, daha az kontrollü ve daha az kontrol edilebilir olan ruh sağlığı merkezleri, hastaneler, özel ofisler gibi yerlerde verilmektedir. Benzer şekilde, *etkin* olduğu gösterilen tedavilerin (örneğin geniş kapsamlı çalışmalarda, kontrollü koşullarda çalışan) aynı zamanda *etkili* de (örneğin gerçek klinik hizmet dünyasında da uygulanabilen ve işe yarayan) olduğu garanti edilmelidir (Kendall ve diğ., 2004).

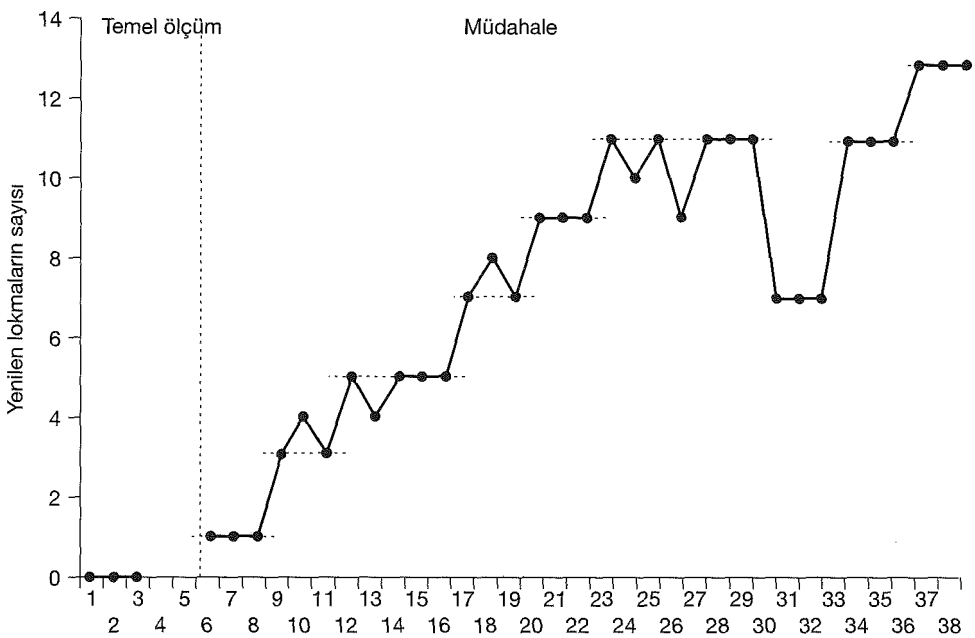
İç ve Dış Geçerlik Tehditlerinin Üstesinden Gelmek

Klinik araştırmacılar, bütün yaratıcılıklarını ve kararlılıklarını kullanarak, yapabilecekleri en iyi klinik araştırmayı yürütmeye ve geçerliği tehlikeye atabilecek ne kadar etken varsa ortadan kaldırmaya çalışırlar. Buna rağmen, klinik ve laboratuvar ortamlarındaki temel farklılıklardan dolayı bazı soruların laboratuvar içinde, bazı soruların ise laboratuvar dışında kesin olarak cevaplanamayacağını fark ederler. Yani kısaca, terapi-sonuç araştırmalarında iç ve dış geçerliğe tehdit oluşturabilecek her şeyi ortadan kaldırmak mümkün olmayabilir. Yapılabilecek en iyi şey, aşağıda anlatıldığı gibi bu tehditleri en aza indirmektir.

Tek Denekli Araştırmalar ve Vaka Çalışmaları. Daha önce de bahsedildiği gibi, denek-içi desenler, araştırmacıların terapide neyin çalıştığını gerçek dünyada detaylıca araştırabilmesine yardımcı olur. Bu yaklaşımın farklı biçimlerinden biri de *vaka çalışması* modelidir. Vaka çalışmalarında terapistler, her danışan için belirli bir tedavi formülasyonu geliştirip, tek desenli araştırma desenlerine benzer şekilde terapinin etkilerini o danışan için değerlendirirler (Edwards, Dattilio ve Bromley, 2004). Şekil 10.3 klinik bir ortamda gerçekleştirilen bir vaka çalışmasını örneklemektedir. Bu örnekte Rudy isimli danışan, sağlıklı yiyecekler yemesi istendiğinde ağlamaları görmezden gelinen, bu yiyecekleri tatmaya gö-

nüllü olduğunda ise fazladan oyun zamanı ya da istediği bir yiyecekten bir parça yeme gibi yöntemlerle ödüllendirilen bir çocuktur (Anderson ve Kim, 2005).

Klinik Denemeler. Devlet tarafından maddi destek alan terapi sonuç araştırmalarının çoğu seçkisiz klinik denemelere *(randomized clinical trials, RCTs)* odaklanmıştır. Bu yöntemde, danışan örneklemi ve klinik sorunların homojen olması, danışanların koşullara seçkisiz olarak atanması ve tedavi sisteminin dikkatlice izlenmesi sayesinde iç geçerlik yüksektir (Hollon, 2006). Bu klinik denemelerin sonuçları genellikle *Denemeleri Rapor Etmede Birleştirilmiş Standartlar*'a uygun olarak sunulur (Khan, Khan, Leventhal, Krishnan ve Gorman,2002). Bu standartlar takip eden araştırmacılar, danışanların taranması, seçilmesi, seçkisiz olarak koşullara atanması, tedavi ve takip gibi çalışmanın her aşamasında danışanların gelişimini takip eden akış şemaları çizerler.



ŞEKİL 10.3 Temel ölçüm ve müdahale sırasında tercih edilmeyen yiyeceklerden alınan lokmaların sayısı. Pekiştirme kriteri kesik çizgilerle gösterilmiştir.

(Kaynak: C. M. Anderson ve C. Kim, 2005, "Evaluating Treatment Efficacy with Single- Case Designs," in M. C. Rober ts ve S. S. Ilardi, (Eds.), Handbook of Research Methods in Clinical Psychology, s. 87. Malden, MA: Blackwell Publishing.)

Bu klinik denemeler, çok sıkı bir kontrol uygulanmasına rağmen sıklıkla dış geçerlik için ya da sonuçların genellenebilmesi için bir takım tehlikeler barındırır.

Bazı araştırmacılar farklı terapistlerin, farklı merkezlerde, benzer tipte danışanları tedavi ettiği çalışmaların sonuçlarını birleştirerek ortak sonuç çalışmaları yürütürler. Böyle bir çalışma, gerçek klinik ortamlarda uygulanan psikoterapiyi incelerken, seçkisiz atama ve diğer deneysel işlemleri kullanmayı mümkün kılar. Bu stratejiye en iyi örnek, depresyonun tedavisiyle ilgili yürütülen Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü İşbirliği Çalışması'dır (National Institute of Mental Health Collaborative Study) (Solomon ve diğ., 2005). Farklı psikolojik sorunları araştıran buna benzer çok-merkezli çalışmalar da devam etmektedir.

Analog Laboratuvar Çalışmaları. Hem iç hem de dış geçerliği en üst düzeye çıkarabilmek için kullanılabilecek diğer bir yaklaşım da *analog araştırmalar* yürütmektir. Bu araştırmalarda klinik koşullara benzeyen kontrollü deney ortamları oluşturulur. Bu yöntemin avantajları (a) klinik ortamlarda neden olduğu bilinmeyen şekillerde dalgalanma gösteren danışan, terapist ve çevresel değişkenleri kontrol etmek; (b) belirli bir soruna sahip, aynı zamanda diğer demografik ölçütleri de karşılayan yeterli sayıda danışan seçmek (hatta ilan vermek); (c) belirlenmiş şekillerde terapi uygulayacak terapistler eğitmek; (d) tedavi seanslarının sayısını ve uzunluğunu bütün danışanlar için sabit tutmaktır.

Klinik ve analog ortamların benzerliği dört boyutta değerlendirilebilir. İlki *danışan özelliklerini* ve danışan seçimini içerir. Analog bir deneyin sonuçlarının klinik bir popülasyona genellenebilmesinin derecesi, katılımcıların gerçekte tedavi arayan danışanlara benzerliğine bağlıdır.

İkinci boyut *hedef sorun*un niteliğidir. Analog çalışmalar için seçilen bazı hedef sorunlar, örneğin küçük hayvanlardan ya da böceklerden korkma gibi, danışanların kliniklere başvurduğu sorunlara o kadar az benzer ki terapötik tekniklerin gücü ile ilgili anlayışı bozarlar.

Üçüncü boyut *terapist özellikleri*dir. Pek çok analog çalışmada, terapistler, genel olarak ya da değerlendirilen terapi tekniğinde diğer uzmanlara göre daha az deneyime sahip lisansüstü klinik psikoloji öğrencileridir. Ancak aynı zamanda analog çalışmalardaki bu terapistler, toplumdaki diğer terapistlere göre ilgilenilen tedavi için daha fazla eğitim ve daha yoğun süpervizyon alırlar.

Son olarak, klinik ve analog çalışmalar *tedavi teknikleri* açısından karşılaştırılabilir. Analog tedaviler bütün danışanlar için standart hale getirilebilir. Bu, genellikle çalışma boyunca terapistlere tedavinin nasıl uygulanacağı konusunda el kitapçıkları (manueller) verilmesi anlamına gelir (Chorpita, 2002; Henggeler ve Schoenwald, 2002). Ancak çoğu klinikte, terapistler danışanın kendine özgü ihtiyaçlarına uygun yöntemler kullanırlar. Eğer tedavi tekniklerini manuel haline getirmek, bu teknikleri normalde uygulandığı şekilden farklı olarak onları basitleştirecek, değiştirecek, kısaltacak vb. şekilde değiştiriyorsa, bu analog çalışmaların sonuçları etkisi değerlendirilen terapilerle ilgili çok az şey söyler.

Genel olarak, üniversitelerde yürütülen analog çalışmalarda görülen danışanlar gerçek dünyadaki danışanlardan daha az komorbidite gösterme ve daha sabit bir çevreye sahip olma bakımlarından farklılaşırken, belirti şiddeti açısından bir farklılık göstermezler (Southam-Gerow, Weisz ve Kendall, 2003). Terapistlerin eğitimi, süpervizyona erişimi , manuelleştirilmiş kanıta dayalı tedaviler uygulamaları açısından da üniversitelerde yapılan analog çalışmalarla gerçek dünyadaki klinik uygulamalar farklılık göstermektedir (Connor-Smith ve Weisz, 2003). Dolayısıyla, üniversitelerde analog çalışmalar tasarlanırken ve tedavinin gerçek klinik ortamlara nasıl taşınacağı düşünülürken bahsedilen bu konulara dikkat edilmelidir.

Terapi Araştırmalarında Verilmesi Gerekli Ödünler

Psikolojik tedavilerle ilgili, geçerliği olan bir çalışma tasarlamanın doğasında bir ikilem vardır: İç geçerliği yüksek tutmak için gerekli olan deneysel kontroller, dış geçerliği düşürecek danışanlar, terapistler, sorunlar, tedaviler ve tedavi ortamları kullanmayı gerektirebilir. Aynı zamanda, eğer araştırmacı toplum tedavi merkezlerindeki gerçek danışanlarla ve gerçek sorunlarla çalışarak dış geçerliği en üst düzeye çıkarmak isterse, deneysel kontrollerin eksikliği iç geçerlik için öldürücü olabilir. Bu ikilem göz önünde bulundurulduğunda, kontrollü deneylerin yürütülen terapiler hakkında sadece sınırlı sonuçlara varmamızı sağlayacağını fark etmeliyiz. Aynı zamanda, klinik ortamlardaki daha az kontrollü çalışmalara da dikkatle yaklaşmalıyız. Aslında herhangi bir sonuç araştırmasının bulgularıyla ilgili yapılabilecek her çıkarım, iç ve dış geçerliği dengelemek için araştırma deseni ve yöntemlerinde verilen ödünlerin farkında olunarak yumuşatılmalıdır.

Kısaca, Paul'ün (1969a) temel sonuç sorusuna ("Belirli bir soruna sahip bir kişi için, kim tarafından yapılan hangi tedavi, hangi şartlar altında daha etkilidir ve bu etki nasıl ortaya çıkar?") yanıt vermek, çok sayıda araştırmacının yıllar boyunca çok sayıda farklı çalışma yapmasını gerektirir. Şimdi araştırmacıların bireysel psikolojik tedavilerin sonuçlarına ilişkin şimdiye kadar keşfettiklerine bakalım.

Bu Kısmın Özeti: Tedaviyle ilgili maksimum düzeyde kullanışlı değerlendirmeler yapabilmek için klinik araştırmacılar hem iç geçerliği yüksek (gerçek bir neden-sonuç ilişkisi ortaya koyan) hem de dış geçerliği yüksek (gerçek dünyadaki danışanlara ve sorunlara da uygulanabilen ya da genellenebilen sonuçlar bulan) çalışmalar yapmalıdır.

BİREYSEL PSİKOLOJİK TEDAVİLERİN ETKİLİLİĞİ

Bu Kısma Bakış: Bu kısımda, hangi sorunlar için en fazla hangi tedavilerin işe yaradığını ortaya koyma çalışmalarının uzun ve tartışmalı tarihi gözden geçirilmektedir.

Tartışmalara karşılaşma sonuç puanı (box score), meta-analiz çalışmaları, danışan memnuniyet anketleri, görgül olarak desteklenmiş tedaviler, kanıta dayalı uygulamalar ve yaygın ya da özgül olmayan etkenler dâhil edilmiştir.

Terapi-sonuç araştırmalarında modern dönem 1952'de İngiliz psikolog Hans Eysenck'in pek çok deneyi gözden geçirerek, terapi alan danışanlardaki iyileşme oranının terapi almayanlarla benzer olduğunu ortaya koymasıyla başlamıştır. Eysenck, belirtilerdeki *spontan* düzelme (remission) oranlarının (herhangi özel bir tedavi olmadan iyileşme) %72; psikanalizle ilerleme oranlarının %44 ve eklektik terapilerle ise %64 olduğunu belirtmiştir (Eysecnk, 1952). Daha sonraki gözden geçirmelerde Eysenck (1966), daha fazla sayıda çalışmayı değerlendirmiş ve geleneksel terapilerle ilgili karamsarlığını sürdürerek davranışçı terapilerin daha üstün sonuçlar verdiğini öne sürmüştür.

Karşılaşma Sonuçları Puanlarının Gözden Geçirilmesi

Tahmin edebileceğiniz gibi, Eysenck'in çıkarımları klinisyenler arasında hararetli bir tartışma yaratmıştır. Bütünlüğü, adaletliliği ve kullandığı istatistiksel analiz yöntemleri konularında pek çok eleştiri almıştır. Bir kısım kişi ise literatürü kendileri tarayarak psikoterapinin etkililiği hakkında daha iyimser sonuçlara ulaşmıştır. Gerçekten o dönemlerde yapılan pek çok gözden geçirmede, psikoterapi yöntemlerinin çoğunun tedavinin yokluğundan daha iyi sonuçlar ortaya koyduğu ve çeşitli terapi tiplerinin çoğu danışanda eşit derecede etkililik gösterdiği sonucuna varılmıştı (örn., Lambert, Shapiro ve Bergin, 1986). Fakat bu yıllar boyunca, (a) geleneksel terapi sonuçlarının hiç tedavi olmamasına benzer sonuçlar gösterdiği; (b) pek çok sorun çeşidi için davranışsal terapinin özellikle etkili olduğu gibi Eysenck'in öne sürdüklerini destekleyen gözden geçirmeler de oldu (örn., Lambert ve Bergin, 1994; Weisz, Donenberg, Han ve Weiss, 1995).

Terapi sonuçlarıyla ilgili gözden geçirme çalışmalarının farklı ve birbiri ile çelişen sonuçlar ortaya koymasının nedenleri arasında farklı araştırmacıların, (a) gözden geçirecekleri sonuç araştırmalarını seçme, (b) bu araştırmaların kalitesini değerlendirme, (c) terapinin etkisinin büyüklüğünü yorumlama ve (d) farklı çalışmaların sonuçlarını birleştirerek çıkarımlara ulaşma konularında farklı standartlar kullanması gösterilebilir.

Sonuç araştırmalarını özetlemede kullanılan geleneksel yaklaşım öyküsel (narrative) ya da *karşılaşma sonuç puanı* gözden geçirmeleridir. Bu tarz bir gözden geçirmede, araştırmacı bir sonuç çalışmasının bulguları hakkında olumlu ya da olumsuz olarak kategorik bir değerlendirme yapar ve daha sonra olumlu ve olumsuz sonuçları sayar. Bu yöntemi kullanan kişiler, araştırmaları bir araya getirirken kullandıkları yolların öznel olması ve sistematik olmaması ile eleştirilirler (hatta birbirlerini de eleştirirler). Öyküsel gözden geçirmelerle ilgili bir diğer

sorun, sonuç araştırmalarının çok sayıda olması ve bu nedenle bu çalışmaları gözden geçiren kişilerin her bir çalışmanın bulgularını ve değerli yanlarını uygun şekilde tartmasını zorlaştırmasıdır. Kutu puanı analizlerinin bulguları ile ilgili anlaşmazlıklar, her sonuç araştırmasının etkilerini ayrı ayrı ve bir arada olmak üzere ölçmeye ve istatistiksel olarak özetlemeye izin veren alternatif bir yaklaşım bulmak gerekliliğini göstermiştir.

Meta-analiz Çalışmaları

Böyle bir alternatif, çok sayıda araştırmanın sonuçlarını standardize ederek, karşılaştırma ya da birleştirme imkânı veren niceliksel bir teknik olan *meta-analiz*dir (Hunter ve Schmidt, 2004; Rosenthal ve DiMatteo, 2001). Meta-analizin terapi araştırmalarına ilk uygulanması, 1977 yılında Mary Smith ve Gene Glass tarafından gerçekleştirilmiştir ve bu araştırmacılar psikoterapinin, ortalama olarak, oldukça etkili olduğunu belirtmişlerdir (Smith ve Glass, 1977). Daha sonra da, 475 terapi-sonuç araştırmasını kapsama alarak daha geniş bir meta-analiz çalışması yapmışlardır (Smith, Glass ve Miller, 1980). Bu muazzam meta-analiz çalışmasında, bütün araştırmalardaki bütün tedavilerin etki büyüklüklerini hesaplayarak terapötik etkililiği değerlendirmişlerdir. *Etki büyüklüğü,* tedavi grubunun bağımlı değişken ölçümünün ortalamasından kontrol grubunun ortalamasının çıkarılması ve bulunan sayının kontrol grubunun standart sapmasına bölünmesi olarak tanımlanmıştır. Böylelikle, etki büyüklüğü tedavi edilen ve edilmeyen gruplardaki sonuçların ortalama farkını göstermektedir. Terapiyi değerlendirmede kullanılan ölçümlerin sayısı kadar çok etki büyüklüğü hesaplanabilir (Hedges ve Olkin, 1982). Terapi biter bitmez ölçülen etki büyüklüğü ya da bazı durumlarda terapiden aylar sonra ölçülen etki büyüklüğüne bakarak, tedavi edilen ortalama bir danışanın tedavi edilmeyen ortalama bir kişiye göre ne kadar daha iyi olduğu gösterilebilir. Smith, Glass and Miller'ın (1980) meta-analiz çalışmasında, tedavi edilen ortalama bir danışanın tedavi edilmeyen kişilere göre %80 daha iyi olduğu bulunmuştur. 1980 ve 1990'larda başka araştırma ekipleri de farklı istatistiksel yöntemler kullanarak ya da farklı çalışmaları araştırmalarına dâhil ederek, başka meta-analizler yürütmüşlerdir (örn., Andrews ve Harvey, 1981; Lambert ve Bergin, 1994; Shapiro ve Shapiro, 1982; Wampold ve diğ., 1997). Bu çabalar günümüzde de devam etmektedir (Butler, Chapman, Forman ve Beck, 2006; Hetzel-Riggin, Brausch ve Montgomery, 2007; Malouff,Thorsteinsson ve Schutte, 2007; Spielmans, Pasek ve McFall, 2007; Vittengl, Clark, Dunn ve Jarrett, 2007). Genel olarak bu analizler, çok çeşitli psikolojik bozukluklar için psikolojik tedavilerin etkili müdahale yöntemleri olduğu çıkarımını onaylamıştır. Buna rağmen, daha sonra göreceğimiz gibi, tedavilerin belirli sorunlar için işe yararlığı hakkında bazı farklılıklar bulunmaktadır.

Danışan Memnuniyet Anketleri

Çoğu karşılaşma sonuç puanı çalışmalarında ve meta-analizlerde ulaşılan sonuçlar, *Tüketici Raporları (Consumer Reports, CR)* dergisinin himayesinde yapılan bir ankete de yansımıştır (Seligman, 1995). Bu ankette, son 3 sene içinde bir ruh sağlığı profesyoneli ile görüşmüş olan yaklaşık 4,100 kişiden (a) tedavinin onları terapiye yönlendiren sorunlarına yardım etme derecesini, (b) aldıkları tedaviden ne kadar memnun olduklarını ve (c) tedaviden sonra "genel duygu durumlarını" nasıl gördüklerini değerlendirmeleri istenmiştir. Verilen cevaplar göstermiştir ki:

- Danışanların yaklaşık %90'ı tedaviden sonra daha iyi hissetmektedir.
- Sadece psikoterapi gören danışanlarla ilaç kullanımına ek olarak psikoterapi gören danışanlarda görülen değişimler arasında fark bulunmamıştır.
- Hiçbir psikoterapi yöntemi diğerinden daha yüksek olarak değerlendirilmemiştir.
- Danışanlara her tipte profesyonel yardım etmiş olsa da aile hekimlerine ve evlilik danışmanlarına oranla psikologlar, psikiyatristler ve sosyal çalışmacılar tarafından yürütülen tedaviler daha büyük bir iyileşme ile ilişkilendirilmiştir.

Takip çalışmaları, *CR* magazin anket örneklemindeki psikopatoloji düzeyinin genel popülasyonda görülenle aynı olduğunu öne sürmektedir (Howard, Krause, Caburnay, Noel ve Saunders, 2001). Buna rağmen, *CR* anketini iyi yapılanmış diğer terapi sonuç ölçümleri ile bağlantılı olarak kullanan bir çalışmada ise *CR* çalışmasının sonuçlarını fazla iyimser buldukları belirtilmiştir (Nielsen et. al., 2004). Örneğin, olumlu duygulardaki değişimler diğer standardize ölçümlere oranla gerçekte olduğundan daha fazla gözükmektedir. Yine de, *CR* çalışması ve buna benzer diğer çalışmalar, terapinin tipinden bağımsız olarak danışanların çoğunun aldıkları terapiden memnun olduklarını ve bu terapilerden yarar gördüklerini düşündüklerini göstermektedir.

Görgül Olarak Desteklenen Tedaviler

Karşılaştırma sonuç puanı çalışmaları, meta-analizler ve danışan anketleri farklı tipteki tedavilerin genel sonuçları arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir. Ancak bu, bütün tedavilerin her sorun ve her danışan için aynı etkilere sahip olduğunu göstermez. Bundan dolayı, 1993 yılında Amerikan Psikoloji Derneği Klinik Psikoloji Birimi, psikoterapi sonuç araştırmalarının bulgularına daha detaylı bakabilmek ve belirli tipteki sorunlar için hangi tedavi müdahalelerinin görgül bulgularla desteklendiğini belirlemek için özel bir çalışma kolunu toplantıya çağırmıştır. Bu *Psikolojik Prosedürlerin Tanıtımı ve Yayılması Çalışma Grubu* klinik müdahalelerin etkililiği hakkında geçerli ve güvenilir sonuçlara ulaşmayı

sağlayacak araştırma desenleri için belirli ölçütler oluşturmaya başlamıştır. Daha sonra, büyük çaptaki terapi-sonuç literatürünü tarayarak, bu tarz çalışmaların çeşitli tedavilerin etkileri ile ilgili ne söylediğini belirlemeye çalışmışlardır. 1995 yılında bu Çalışma Grubu, yüksek kalitedeki görgül araştırmalarla etkin olduğu belirlenmiş 25 tedaviden oluşan bir listeyi yayınlamıştır (Task Force, 1995). Bu liste 1996 yılında ve daha sonra yine 1998 yılında güncellenmiştir. 1998 yılındaki liste 71 tedaviden oluşmuştur (Chambless ve diğ., 1998). 2001 yılında ise bu Çalışma Grubu, benzer yöntemleri kullanan yedi diğer çalışma grubu ile birlikte, yetişkinler için 108, çocuklar için 37 tedavi sınıflandırmıştır. Bu tedaviler şu sınıflara ayrılmışlardır:

- *İyi yapılandırılmış/etkin ve özgüldür* (yani, en az iki titiz yürütülmüş, seçkisiz kontrollü denemede, plasebo-kontrol koşullarına ya da diğer tedavilere ya da bir dizi tek vakalı deneye göre üstün olduğu desteklenmiş).
- *Büyük olasılıkla/muhtemelen etkin* (yani, en az bir titizlikle yürütülmüş, seçkisiz kontrollü deneme ile plasebo-kontrol koşullarına, diğer tedavilere ya da bir kısım tek vakalı deneye göre üstün olduğu desteklenmiş).
- *Umut vadeden* (yani, ilk iki kategoridekilere göre daha az iknâ edici sonuçlar ortaya koyan araştırma desenleriyle yapılan çalışmalarla desteklenmiş (Chambless ve Ollendick, 2001; bknz Tablo 10.1).

1995 yılında yayınlanan raporda, bu Çalışma Grubunun ölçütlerini karşılayan müdahaleler için *görgül olarak geçerliği gösterilmiş (empirically validated)* terimi kullanılmıştır. Fakat pek çok klinisyen, *geçerliği* gösterilmiş teriminin fazla keskin olduğunu ve istenmeyen çağrışımlar içerdiğini düşünmüştür (örneğin, hangi tedavilerin "çalıştığına" dair nihai bir "cevap" varmış gibi). Bundan dolayı, bir sonraki raporda, *görgül olarak desteklenmiş (empirically supported)* tedaviler terimi kullanılmıştır. Yine de, terapi-sonuç literatüründe, *görgül olarak geçerliği gösterilmiş* ve *görgül olarak desteklenmiş* terimleri sıklıkla birbirinin yerine kullanılmaktadır.

Görgül Olarak Desteklenen Tedavilerle İlgili Eleştiriler. Hangi terim kullanılırsa kullanılsın, klinik psikoloji tarihindeki çok az çaba, hangi tedavilerin işe yaradığını belirlemeye çalışan deneysel araştırmalar kadar tartışma yaratmıştır. Pek çok psikolog, bu birimin çalışmalarından, 400'den fazla psikolojik tedavi arasından hangilerinin gerçekten yararlı olduğunu belirlemede en kapsamlı ve sistematik çaba olarak övgüyle söz etse de, diğerleri pek çok açıdan bu çabaları eleştirmiştir (Beutler, Kim, Davison, Karno ve Fisher, 1996; Silverman, 1996).

Bunların en önemlileri, etkili olduğu gösterilen tedavilerin diğer klinik ortamlara genellenmesiyle ilgilidir. Daha önce bahsedildiği gibi, bir tedavi kontrol edilmiş koşullar altında, tedavinin olmamasına göre daha üstün sonuçlar ortaya koyuyorsa (ya da diğer bir tedavide elde edilene denk), etkin olduğu gösterilmiş

denilebilir. Fakat etkinlik, bir tedavinin klinik ortamlarda nasıl çalıştığını gösteren etkililikle aynı şey değildir (Steele ve Roberts, 2005b).

TABLO 10.1

Görgül Olarak Desteklenmiş Tedavilerle İlgili Sonuçlar

Etkinliği iyice gösterilmiş, büyük olasılıkla etkin ya da umut vadeden, yetişkinler için 108, çocuklar için ise 37 tedavi şeklinden aşağıdaki sonuçlar çıkarılmıştır (Chambless ve Ollendick, 2001):

- Listelenen tedavilerin %60-90'ı bilişsel-davranışçı içerik taşımaktadır (Norcross, Beutler ve Levant, 2006b).
- Depresyon, bilişsel-davranışçı terapi, bilişsel terapi, kişilerarası terapi ve kısa dinamik terapiler gibi pek çok farklı terapi yöntemi ile tedavi edilebilir (Chambless ve Ollendick, 2001).
- Özgüllük olarak bilinen bir süreç içinde (bir bozukluğun yalnızca bir ya da iki tedaviye yanıt vermesi), yetişkinlerdeki obsesif-kompulsif bozukluk sadece tek bir müdahaleyle etkili şekilde tedavi edilebilmektedir: maruz bırakma ve tepki durdurma.
- Görgül olarak desteklenen tedaviler, belirli bir sorunla ilgili beceri oluşturmaya odaklanır ve göreli olarak kısa olma eğilimindedir (Norcross ve diğ., 2006).
- Kokain kötüye kullanımı, opiat bağımlılığı, bipolar bozukluk gibi bazı bozukluklar için etkinliği iyice gösterilmiş bir tedavi şekli yoktur; fakat büyük olasılıkla etkin olduğu gösterilen tedaviler vardır (Chambless ve Ollendick, 2001).
- Çocuklar ve ergenler için, dışsallaştırma sorunlarında (dikkat eksikiği-hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ya da davranım bozukluğu gibi) etkinliği iyice gösterilmiş ya da büyük olasılıkla etkin olan tedaviler ebeveyn ya da aile bileşeni (DEHB için davranışsal ebeveyn eğitimi gibi) de içerirken, içselleştirme sorunlarında (depresyon ve kaygı gibi) genellikle böyle bir bileşen yoktur (Chambless ve Ollendick, 2001).

Diğer eleştiriler, analiz edilecek terapi-sonuç araştırmalarının seçilmesindeki ölçütler ile ilgilidir. Örneğin, Çalışma Grubu ara sıra danışan örneklemlerini tanı ölçeklerindeki kesim noktalarına göre sınıflandıran araştırmaları kullansa da (Chambless ve Ollendick, 2001), çalışmaların çoğunda danışan popülasyonunu tanımlamada DSM tanıları kullanılır. Klinik Değerlendirmenin Temel İlkeleri adlı 3. Bölüm'de tartıştığımız gibi, bazı eleştiriler DSM tanı sınıflandırmasının terapi-sonuç araştırmaları için en iyi yol olmadığını öne sürmektedir. Dahası, danışanlar sıklıkla bozukluk olmayan sorunlar için tedavi arayışına girerler (örneğin, hayattan daha çok keyif almak istemek ya da kendine güveni yükseltmek) (Norcross ve diğ., 2006).

Görgül olarak desteklenmiş tedavi araştırmalarına yapılan eleştiriler, aynı zamanda tedavinin aktif bileşenlerinin etkilerini inceleyen 27 çalışmanın meta-analizi gibi başka kanıtlara da işaret etmiştir. Bu parçalarına ayırma çalışmalarında, bütün psikoterapi paketinin etkileri, bu paketin kuramsal olarak önemli bir parçasının eklenmesi veya çıkarılması ile edilen haliyle karşılaştırılmıştır (Ahn ve Wampold, 2001). Bu analiz, farklı karşılaştırma paketleri arasında etki büyüklüğü

açısından bir fark bulmamıştır. Bu bulgu, bazı tedavilerin gerekli olduğu düşünülen parçalarının mutlaka gerekli olmadığını göstermektedir. Aslında çoğu terapi-sonuç araştırmasında, belirli terapi tekniklerinin terapi sonucundaki varyansın sadece küçük bir kısmını açıkladığı, danışan, terapist ve diğer etkenlerin eş değer ya da daha büyük kısımlarını açıkladığı bulunmuştur (Messer, 2001).

Çalışma Grubunun gözden geçirdiği psikoterapi araştırmalarının bazılarında tedavi manuellerini kullanması keskin eleştiriler almıştır. Bu eleştiriler, terapistlerin gerçek klinik uygulamalarında nadiren böyle manueller kullandıkları yönündedir (Beutler, 2002a). Gerçekten de yapılan bir ankette, aktif çalışan psikologların %23'ünün tedavi manuellerini hiç duymadıkları bulunmuştur (Addis ve Krasnow, 2000). Diğerleri ise manuellerin, terapistlerin terapiyi kişiselleştirmesini kısıtladığını ve bunun danışanlar için daha zayıf sonuçlara yol açtığını iddia etmektedir (Beutler, 2002a).

Genel olarak eleştiriler, görgül olarak desteklenen tedavi araştırmalarının, terapi sonuçlarını etkileyen şeylerin çoğunu kontrol ederek – özgül olmayan danışan, terapist ve ilişki etkenleri – bu etkenlerin terapi etkililiği üstündeki etkisini görmezden geldiğini ve dolayısıyla önemini gösteremediğini öne sürmektedir.

Çalışma Grubu, bir tedaviyi desteklemek için neyi kapsayıp neyi kapsamayacakları hakkında kesin kararlar vermek zorunda kalmıştır. Sonuç olarak üyeleri, iç geçerliği yüksek olan çalışmaları gözetme kararı almıştır. Bu çalışmalar, tedaviler ve sonuçları arasında belirsizliğe yer vermeyecek şekilde nedensel ilişkilere dayanan terapi etkileri hakkında güçlü çıkarımlar yapmayı mümkün kılacak çalışmalardı. Belirli tedavilerin etkileri hakkında daha güçlü iddialar öne sürebilmek için, Çalışma Grubu terapist değişkenliğini azaltmayı amaçlamış çalışmaları gözetmiştir. Uygulamada bu, terapistlerin detaylı tedavi manuellerini takip ederek her danışanı büyük ölçüde aynı şekilde tedavi ettiği çalışmaları seçmek demektir (Chambless ve Ollendick, 2001). Aynı zamanda, danışan değişkenliğini de kontrol etme çabası olmuştur ve komorbid sorunlar yaşayan kişiler yerine tek bir bozukluğa sahip kişilerin tedavisini içeren çalışmalar gözetilmiştir.

İç geçerlikle ve tedavinin özgüllüğü ile ilgili endişelerin ağırlıkta olması nedeniyle Çalışma Grubu, daha önce bahsedilen seçkisiz klinik denemelerin kullanıldığı çalışmalara güvenmiştir. Genelleme yapabilmek için yeterli derecede çalışma varsa tek-vakalı çalışmaları da kullanmışlardır.

Bize göre, mükemmellikten uzak olsa da, Çalışma Grubunun ve benzer diğer gözden geçirme komitelerinin çalışmaları, psikoterapi sonuçları hakkındaki anlayışımızı geliştirmede çok iş başarmıştır. Şimdi klinik bilimcilerin zorlu görevi, görgül olarak desteklenen terapi yöntemleri ile ilgili araştırmaları, ortak etkenlerle ilgili araştırmalarla birleştirmek ve her iki veri setine dayalı bir psikoterapi etkililiği resmi oluşturmaktır (Messer, 2004; Westen ve Bradley, 2005). Yani,

araştırmacılar sadece — doğal ortamlar ve laboratuvar ortamlarındaki – psikoterapinin uzun süreli etkinliğini değil, aynı zamanda terapötik ilişkinin etkinliğini arttırmadaki rolüne odaklanmaktadır (Morrison, Bradley ve Westen,2003; Nathan, Stuart ve Dolan, 2000; Wampold, Lichtenberg ve Waehler, 2005; Westen ve Morrison, 2001). Bu çalışmalar, idealde, görgül olarak desteklenen ve klinik olarak ilişkili araştırmaların terapistlere rehberlik etmesiyle, klinik psikolojide kanıta dayalı uygulamaların gelişimini hızlandıracaktır (Levant, 2006; Messer, 2004).



Klinik psikolojide tedavi manuelleri sıklıkla kullanılır.

Kanıta Dayalı Uygulamalar

2005 yılı Ağustos ayında, *Amerikan Psikoloji Derneği Kanıta Dayalı Uygulamalarla ilgili Başkanlık Çalışma Grubu (APA 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice)* resmi olarak APA Temsilciler Kurulu tarafından benimsenmiş olan bazı ilkeler önermişlerdir:

> Psikolojideki kanıta dayalı uygulamalar, var olan en iyi araştırmaların, danışan özellikleri, kültür ve tercihler bağlamında klinik uzmanlıkla birleştirilmesidir.... Bu uygulamaların amacı, etkili psikolojik uygulamaları teşvik etmek ve görgül olarak desteklenmiş psikolojik değerlendirme, vaka formülasyonu, terapötik ilişki ve müdahaleler uygulayarak toplum sağlığını arttırmaktır.... (Amerikan Psikoloji Derneği Kanıta Dayalı Uygulamalarla ilgili Başkanlık Çalışma Grubu, 2006, s.273).

Genel olarak, kanıta dayalı uygulamalar çalışma grubunun çalışmaları, tedavilerin gerçek dünyada da etkili olduğunu göstermenin yollarını aramak için, araştırmacılarla klinisyenleri bir araya getirme çabalarıdır. Belirlenen ilkeler, en iyi araştırma kanıtlarına, klinik uzmanlığa ve danışanların özellikleri, değerleri ve bağlamına ilişkin fikirleri betimlemektedir.

Buna rağmen, pek çok görgül araştırmacı (klinisyenlerin neden görgül olarak desteklenen tedavileri kullanmadığını anlayamayan) ve pek çok klinisyen (araştırmacıların neden sürekli kendilerini rahat hissetmedikleri tedavi tekniklerini uygulamaya zorladığını anlayamayan ve kendi tekniklerinin zaten çalıştığını hisseden) arasında önemli görüş ayrılıkları vardır. Bu görüşler arasında köprü kurmaya çalışan bazı güncel girişimler:

- Laboratuvar temelli tedavilerin kliniklere taşınması için yollar bulmaya çalışan görgül araştırmalar için liderlik edebilir (Barlow, 2006; Weisz ve Addis, 2006).
- Klinik yönelimli bilim adamlarının ve bilimci-uygulamacıların, kanıta dayalı uygulamaların klinisyenlere daha makul gelmesi ve bunları günlük olarak kolaylıkla uygulamalarını sağlamak için yollar bulmasını içerir (Beutler, 2002a; Lebow, 2006). Bu çabalar, uygulamaya koyma (implementation) olarak adlandırılabilir; kanıta dayalı tekniklerin, gerçek dünyada uygulamaya koyulacak şekilde yayılmasını tanımlar (Gotham, 2006).
- En modern tedaviler hakkındaki bilginin klinisyenlere ve danışanlara yayılmasını sağlar. Bu çabalara örnek olarak, iki popüler ve saygı gören internet sitesi verilebilir: www.therapyadvisor.com (Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından finanse edilen) ve www.effectivechildtherapy.com (Amerikan Psikoloji Derneği Klinik Çocuk ve Ergen Psikolojisi Birimi tarafından desteklenen ve John D. ve Catherine T. MacArthur Vakfı tarafından finanse edilen).

Bu türde eylemlere olan ihtiyaç, uygulamada çalışan klinisyenlerle yapılan anketlerde de görülmektedir. Örneğin, bir çalışma, bazı klinisyenler güncel araştırma bulgularından haberdar olsalar da büyük çoğunluğunun yeterli derecede bilgilendirilmediğini ortaya koymuştur (Boisvert ve Faust, 2006). Dahası, kanıta dayalı uygulamalara aşina olmayan klinisyenler, bu uygulamaları klinik çalışmalarının kalitesini düzeltmede olduğundan daha az etkili görmek eğilimdedirler (Boisvert ve Faust, 2006). Tablo 10.2'de görülebileceği gibi, uygulamada çalışan klinisyenlerin büyük çoğunluğu görgül araştırma bulguları ya da tedavi manuellerinden çok, kendi deneyimlerinin doğruluğuna güvenmektedir (Stewart ve Chambless, 2007).

Kabul edilmelidir ki, klinik psikolojideki görgül ilerlemeleri güncel olarak takip edebilmek zaman alır. Bir çalışmada, belirli bir klinik uygulama ile ilgili bütün makaleleri okumanın ayda yaklaşık 627.5 saati alacağı tahmin edilmiştir (Alper ve diğ., 2004). Bu yüzden, klinisyenlerin kendi uzmanlık alanlarıyla ilgili bütün görgül bilgileri tam öğrenmek için neden isteksiz olduklarını anlamak zor değildir (Walker ve London, 2007). Yine de, klinisyenlerin çeşitli elektronik bilgi dağıtma çabalarından yararlandığını gösteren belirtiler vardır. Therapyadvisor.com sitesindeki bir çalışmada, klinisyenlerin %60'ının bu internet sitesini yarar-

lı buldukları, kanıta dayalı tekniklerle ilgili farkındalıklarını ve bu uygulamaları kullanmakla ilgili kararlılıklarını arttırdığını düşündükleri gösterilmiştir (Riley ve diğ., 2007). Kanıta dayalı uygulamalardaki yükselişin, araştırmacılar ve klinisyenlerin farklılıklardan çok benzerlikler taşıdıklarını fark etmelerini sağlamasını ummaktayız ve bu umudu yalnız biz taşımıyoruz (Southam-Gerow, Ringeisen ve Sherrill, 2006; Spring, 2007; Thorn, 2007).

TABLO 10.2

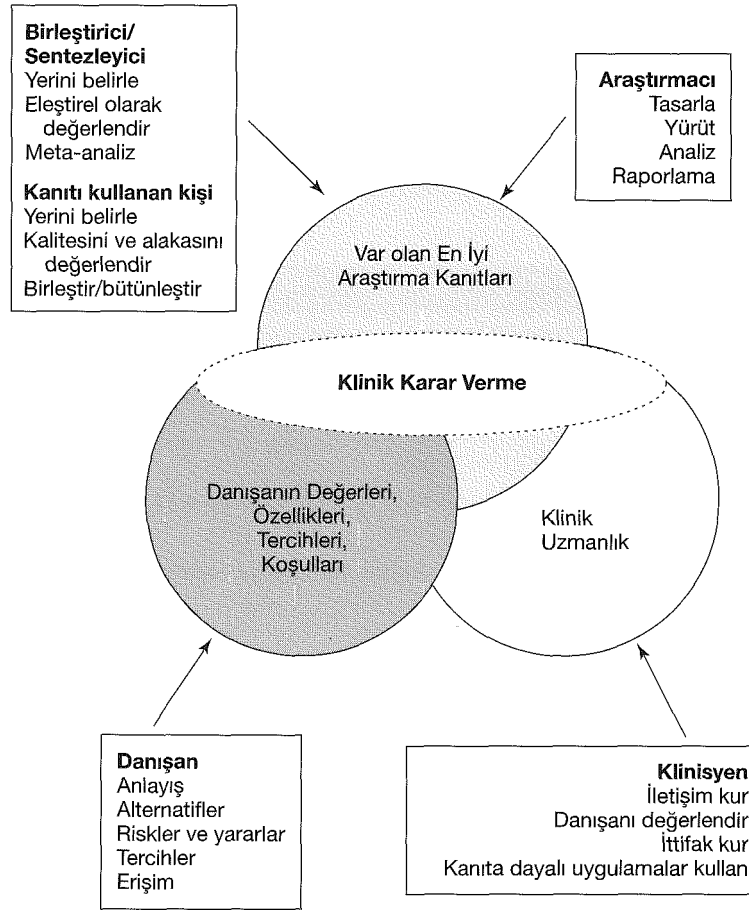
Klinisyenlerin Terapi Becerilerini ve Etkililiğini Arttırmada Kullandıkları Kaynaklar

Kaynak	Ortalama	Standart Sapma
Danışanlarla geçmiş deneyimler	5.62	1.08
Psikoterapi sonuç araştırmaları bulgularıyla ortaya konan tedavi materyalleri	4.80	1.37
Klinik vaka gözlemleri ve kuramlara dayalı tedavi materyalleri	4.72	1.22
Meslektaşlarla tartışmalar	4.62	1.28
Popüler kitaplar	2.96	1.19

Not: Yüksek sayılar daha fazla yararı belirtmektedir.

Kaynak: "Does psychotherapy research inform treatment decisions in private practice?", by R. E. Stewart ve D. L. Chambless, 2007, Journal of Clinical Psychology, 63, 273. Copyright 2007 by Journal of Clinical Psychology. İzinle kullanılmıştır.

Ollendick and Davis (2004) klinik bilimin ve klinik uygulamaların birbirine bağlı olduğuna ve hiç birinin kendi başına etkili şekilde çalışamayacağına dikkat çekmiştir. Şekil 10.4 klinik uzmanlık, araştırma kanıtları ve danışan özelliklerinin birleştirilmesinin şematik bir modelini göstermektedir. Bu şekilde birleştirildiklerinde bütünleşik klinik karar vermeyi sağlayabilirler (Spring, 2007).



ŞEKİL 10.4 Kanıta Dayalı Klinik Uygulamaların 3 Halkası

(Kaynak: B. Spring, 2007, "Evidence-Based Practice in Clinical Psychology: What It Is, Why It Matters, What You Need to Know." Journal of Clinical Psychology, 63, 611–631.)

Terapideki Ortak ya da Özgül Olmayan Etkenlerle ilgili Araştırmalar

"Klinik Müdahalelerle İlgili Temel İlkeler" adlı 6. Bölüm'de terapist özellikleri, danışan özellikleri ve danışanla terapist arasında oluşan terapötik ilişkinin, psikoterapi sonucunda önemli etkenler olabileceği fikrine bir giriş yapmıştık. Burada, araştırmacıların, bu değişkenlerin nasıl çalışarak etkili olduklarına yönelik bulgularını özetliyoruz.

Terapist Değişkenleri. Terapistlerin, hangi tedavi yöntemini benimsedikleri haricinde, hangi özellikleri ya da davranışları olumlu terapi sonuçlarını

yordayabilir? Bu soruya cevap vermek için, Amerikan Psikoloji Derneği'nin Psikoterapi Birimi bir Görgül Olarak Desteklenmiş Terapi İlişkileri Çalışma Grubu oluşturdu. Kapsamlı bir gözden geçirme ve var olan araştırma literatürünün sentezlenmesinden sonra sonuçlar İşe Yarayan Psikoterapi İlişkileri adlı bir kitapta özetlendi (Norcross, 2002). Açıkça etkili olduğu bulunan terapist özellikleri aşağıdaki gibiydi:

- Danışanla güçlü bir terapötik ittifak
- Yüksek düzeyde empati
- Hedeflerde güçlü bir fikir birliği ve danışanla işbirliği

Aşağıdaki etkenler ise umut vadeden ya da büyük olasılıkla etkili etkenler olarak bulundu:

- Danışana duyulan olumlu kabul
- Uyumlu ve içten/sahici olma (bknz., Bölüm 6 "Klinik Müdahalelerin Temel İlkeleri" ve Bölüm 7 "Psikodinamik ve İnsancıl Psikoterapiler").
- Daha çok miktarda uygun geribildirim sağlama
- İttifakta bozulma olursa bu bozulmaları onarma
- Uygun olan yerlerde kendini açma (self-disclosure)
- İlişkisel yorumların yüksek kalitede olması

Genel olarak bu etkenler, tedavi tekniği ya da terapötik yönelim ne olursa olsun danışanlar için daha iyi sonuçlarla ilişkilidir (Norcross, 2002). Bu Çalışma Grubu, danışanın özellikleri ya da davranışlarına göre terapi ilişkisinin ayarlanmasını destekleyen çalışma bulguları da olduğunu bildirmiştir. Örneğin, terapiye dirençli olmayan danışanlar daha direktif bir terapist tarafından uygulanan yapılandırılmış tedavilerden daha çok yarar görürken, terapiye dirençli olan danışanlar terapist daha az direktif olduğunda ve kendini kontrolle ilişkili bir tedavi uygulandığında daha fazla yarar görür (Norcross, 2002).

Danışan Değişkenleri. Hangi danışan değişkenlerinin daha iyi sonuçlarla ilişkili olduğu konusunda daha az fikir birliği olmasına rağmen, tedaviden yarar sağlamada en çok işe yarayacak danışan özellikleri hakkında bazı göstergeler bulunmaktadır. 6. Bölüm'de tartışıldığı gibi var olan az sayıda çalışma, terapiden yarar sağlama ile ilişkili danışan özelliklerini aşağıdaki gibi göstermiştir.

- Açık olan ve kendini daha fazla açabilen, terapinin başından itibaren daha az dirençli olan danışanlar daha iyi sonuçlar elde etmektedir (Kahn, Achter ve Shambaugh, 2001).
- Daha az şiddetli psikolojik sorunları olan danışanlar, daha şiddetli sorunları olanlara göre tedaviden daha çok yararlanma eğilimindedir (Clarkin ve Levy, 2004).

- Tedavi ile ilgili güçlü beklentileri olan danışanlar, tedavinin başarıyla sonuçlanmasını beklemeyen danışanlara göre daha iyi sonuçlar alırlar (Greenberg, Constantino ve Bruce, 2006).

Terapist değişkenlerinde olduğu gibi danışan değişkenleri de diğer etkenlerle etkileşim içinde sonucu etkiler. Örneğin, direktif olmayan ve paradoksal terapi tekniklerinin terapiye başlangıçtan itibaren yüksek düzeyde direnç gösteren danışanlar için daha etkili olduğu, direktif tedavilerin ise daha düşük seviyede direnç gösteren danışanlarla daha iyi çalıştığı söylenebilir (Beutler ve Harwood, 2000).

İlişki Değişkenleri. 6. Bölüm'de terapötik ilişki ve bunun ölçümü hakkındaki çeşitli görüşleri tartışmıştık. Şimdi de terapi sonuçlarını etkileyen özellikleri araştıran çalışmaların bulgularına bakalım.

Terapötik ittifak hakkında artık geniş bir araştırma literatürü bulunmaktadır ve 2000'den fazla çalışma, terapist ve danışanlar arasındaki daha iyi ittifak ve ilişki etkenlerinin daha iyi tedavi sonuçlarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (Kazdin, 2005b). Bu bulgular, hem yetişkinler hem de çocuklarla yapılan meta analiz çalışmalarında (Hovarth ve Symonds, 1991; Karver, Handelsman, Fields ve Bickman, 2006; Martin, Garske ve Davis, 2000) ve literatür gözden geçirmelerinde (Beutler ve diğ., 2004; Shirk ve Karver, 2006) iyice ortaya konmuştur. Aynı zamanda bu bulgular, Norcross'un (2002) danışanlarıyla güçlü bir ittifak kuran terapistlerin, danışanlarının terapiden yarar sağlamasında daha yararlı oldukları yönündeki çıkarımlarıyla tutarlıdır.

Kanıta dayalı uygulamalar ile, iyi bir terapötik ilişki, yüksek danışan beklentileri gibi ortak etkenler hakkında bildiklerimizi birbirine bağlarsak, her ikisinin de çalışan/işe yarayan terapi sunmada önemli olduğu açıktır. Norcross (2002) bunu şu şekilde anlatmıştır: "Danışanın yaşadığı soruna ve özelliklerine uygun hale getirilmiş, görgül olarak desteklenen ilişkiler *ve* görgül olarak desteklenen tedavilerin birlikte kullanılması, en iyi sonuçların ortaya çıkmasını sağlar" (s.442). Tabii ki, tedavilerin hangi mekanizmalar -hem belirli terapi teknikleri hem de bütün tedavilerin ortak etkenleri olan terapist, danışan ve ilişki değişkenleri gibi- yoluyla çalıştığını anlamaya hâlâ ihtiyaç vardır (Kazdin, 2007).

Bu Kısmın Özeti: Karşılaştırma Sonuç puanı ve meta analiz çalışmaları çeşitli terapi şekillerinin birbirine denk sonuçlar ortaya koyduğunu gösterse de, görgül olarak desteklenen terapilerin aranması belli sorunlar için hem etkili hem de etkin olan tedavilerin belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Bu çalışmalar, kapsayıcı kanıta dayalı uygulamaların belirlenmesi için ortak ya da özgül olmayan etkenlerin araştırılması çalışmalarıyla birleştirilmektedir.

ALTERNATİF MÜDAHALE TARZLARININ ETKİLİLİĞİ

Bu Kısma Bakış: Bu kısımda grup, çift ve aile terapilerinin; önleyici müdahalelerin ve kendine yardım yaklaşımlarının terapötik sonuç çalışmaları özetlenmektedir. Psikolojik tedavilere ek olarak ilaç tedavilerinin (psikofarmakolojinin) etkililiği de gözden geçirilmiştir.

Grup, çift ve aile terapilerinin ve kendine yardım ve önleyici tekniklerin sonuçları hakkında bireysel tedavilere göre daha az araştırma bulunmaktadır. Ancak, var olan sonuçlar, genel olarak, bu alternatif formatların en azından bireysel tedavilerle eşit derecede yararlı olduğunu göstermektedir.

Grup Terapisinin Etkililiği

Grup terapisinin, özellikle grup üyelerinin grubun nasıl işlediğini ve kendilerinden ne beklendiğini iyice anlaması durumunda, etkili bir tedavi yöntemi olduğu görgül bulgularla onaylanmıştır (Forsyth ve Corazzini, 2000). Bazı grup terapileri (örneğin, şizofrenide destekleyici grup terapisi; Chambless ve Ollendick, 2001), görgül olarak desteklenen tedavi listelerinde görülmektedir ve meta analiz çalışmaları depresyonda grup terapisinin etkinliğini desteklemektedir (McDermut, Miller ve Brown, 2001). Grup uyumlu olduğunda, üyelerine doğru geribildirimler verdiğinde ve kişilerarası öğrenme ve destekleyici etkileşimleri teşvik ettiğinde daha iyi sonuçlara ulaşılmaktadır.

Grup terapisinin savunucuları (örneğin, Scheidlinger, 2000), danışanlar için ve sigorta şirketleri için maliyetten tasarruf sağladığından, grup terapisinin etkililiğinin kanıtlanmasının daha fazla kullanılmasına yol açacağını iddia etmektedir. Grup terapisinin genel etkililiği bireysel terapilerden az olsa da, bilişsel davranışçı ve psikoeğitim tedavi gruplarının da etkisiyle aradaki fark gittikçe azalmaktadır (Bieling, McCabe ve Antony, 2006).

Çift Terapisinin Etkililiği

Tedavi almayan kontrol gruplarına göre evlilik terapilerinin neredeyse bütün çeşitleri çiftlerin mutluluğu ve uyumunda anlamlı iyileşmeler ortaya çıkarabilmektedir (Baucom, Epstein ve Gordon, 2000). Ancak, bu iyileşmelerin klinik anlamlılığı ya da büyüklüğü sıklıkla hayal kırıklığı yaratmaktadır. İlişkilerin yarısından fazlasında sıkıntılar devam etmekte ve ilerleme sağlayan çiftlerde bile değişimler genellikle ilişkilerini başarılı ya da mutlu görmelerini sağlayacak derecede büyük olmamaktadır (Christensen ve Heavy, 1999). Dahası, başarılı evlilik terapisinin etkileriyle ilgili var olan az sayıdaki takip çalışmasında, evlilikle ilgili davranışsal tekniklerle terapi alan çiftlerin %30-40'ının evlilik uyumsuzluklarının tekrar ettiği ya da boşanmaya neden olduğu gösterilmiştir (Jacobson, Schmaling ve Holtzworth-Munroe, 1987; Snyder, Wills ve Grady-Fletcher, 1991). Bu alan-

daki araştırmaları gözden geçiren bir çalışmada çift terapisinin etkilerinin 6 ay süreyle devam ettiği ancak 1 ile 4 yıldan sonra çoğu çiftin tekrar sıkıntı yaşamaya başladığı sonucu çıkarılmıştır (Christensen ve Heavey, 1999).

Daha yakın zamanda yapılan meta analiz çalışmaları ise özellikle davranışsal çift terapisi hakkında daha olumlu bir tablo çizmektedir. 30 araştırmanın gözden geçirildiği bir çalışmada Shadish ve Baldwin (2005), terapi alan çiftlerin %72'sinin, hiç terapi almayan çiftlere göre tedavinin sonunda daha iyi durumda olduğunu göstermiştir. Yine de, daha etkili çift terapisi tekniklerinin bulunması ve farklı tipteki danışanlarla en iyi çalışacak mekanizmaların saptanması yönündeki ihtiyaç devam etmektedir (Gottman ve Ryan, 2005; Snyder, Castellani ve Whisman, 2006).

Aile Terapisinin Etkililiği

Birlikte bir terapi sürecini tamamlayan aileler, iletişim örüntüleri ve terapiye gelinmesini sağlayan aile üyesinin davranışları açısından genellikle anlamlı iyileşmeler göstermektedir (Sexton, Alexander ve Mease, 2004). Bu sonuç, görgül araştırmalarda, saptanan farklı tipteki danışan ve aile sorunları için sıklıkla rapor edilmektedir. Ebeveyn disiplin tekniklerini geliştirme, aile üyelerinin psikolojik sorunlar yaşayan kişiye duygusal olarak aşırı müdahaleleri ve eleştirilerini azaltma amaçlarını taşıyan aile terapilerinin özellikle etkili olduğu gösterilmiştir (Sexton ve diğ., 2005).

Bazı aile terapisi tipleri diğerlerine göre daha başarılı gözükmektedir. En güçlü görgül desteği alan aile terapileri davranışsal ve yapısal aile terapileridir. Bu alanda yapılan araştırmalar genellikle klinik olmayan örneklemlere odaklansa da (Hawley, Bailey ve Pennick, 2000), bu yaklaşımların üstünlüğü iyi kontrol edilmiş çalışmalarda da gösterilmektedir. 9. Bölüm'de (Klinik Müdahalenin Alternatif Biçimleri), bu yaklaşımların her birinin ailedeki etkileşim ve sorunların çözülmesi konularında pragmatik değişimleri vurguladığından bahsedilmişti. Davranışsal anne-baba eğitimi ya da anne-baba yönetim eğitimi (Kazdin, 2005a) ve anne-baba-çocuk etkileşim terapisi (Brinkmeyer ve Eyberg, 2003) gibi tedaviler oldukça etkili kanıta dayalı uygulamalar olarak değerlendirilmektedir. Aile temelli tedaviler dezavantajlı çevrelerden gelen ailelerde daha az etkili görülmektedir (Lundahl, Risser ve Lovejoy, 2006), dolayısıyla her sosyoekonomik seviyeden ailede etkili olacak tedavilerin bulunması için daha çok çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır.

Önleyici Müdahalelerin Etkililiği

9. Bölüm'de toplum psikolojisi hareketinden doğan birkaç önleme programı tanımlamıştık. Önleme programlarının, genellikle bozukluklara yol açan sosyal, ekonomik ve çevresel risk etkenlerini değiştirmek ya da yatkınlığı olan kişilerin

bu bozuklukları geliştirmesini engellemeye yarayacak olan olumlu özelliklerini güçlendirmek için tasarlandığını hatırlayın.

Geniş çaplı, iyi kontrollü çalışmalarda birkaç etkili önleme programı belirlenmiştir (Barrera ve Sandler, 2006):

- İlkokuldan ortaokula geçen ergenlere öfke yönetimi ve sosyal sorun çözme becerileri öğreterek saldırganlığı önleme (Lochman ve Wells, 2004).
- Lise öğrencileri için, güvenli cinsel ilişki yöntemleri hakkında bilgi, motivasyon ve davranış becerileri üzerine eğilerek HIV enfeksiyonlarını önleme (Fisher, Fisher, Bryan ve Misovich, 2002).
- Kurşun bazlı boyalar gibi kurşun içeren şeylere maruz kalmış çocukları saptamak için tarama yaparak, kurşun zehirlenmesinden doğacak bilişsel ve nörolojik bozulmaları önleme (Ripple ve Zigler, 2003).
- Anne-baba becerilerini arttırarak ve aile içinde sağlıklı bağlantıları güçlendirerek çocuklar ve ergenler arasında madde kötüye kullanımını önleme (Kumpfer ve Alvarado, 2003).

Böyle önleme programlarını daha da etkili hale getirmek için kültürel normları ve yardım için hedeflenen kişilerin geleneklerini göz önünde bulundurmak önemlidir. 2050 yılına gelindiğinde, Afrika kökenli, Hispanik ya da Latin kökenli, Asya kökenli Amerikalılar ve Amerikan yerlileri ABD nüfusunun yaklaşık %50'sini oluşturacak. Bu demografik değişiklikler, önleme çalışmaları için esaslı bir meydan okuma olacaktır, çünkü bir kültürel ortamda işe yarayan programlar başka bir ortamda işe yaramayabilmektedir (Reppucci, Wollard ve Fried, 1999).

Kendine Yardımın ve Kendine Yardım Gruplarının Etkililiği

Kendine yardım gruplarının etkisi nadiren görgül olarak değerlendirilmiştir. Çoğu kendine yardım grubunun üyeleri zaten kendi gruplarının değerli olduğuna inandıklarından resmi sonuç araştırmalarını gereksiz görebilir ya da istemeyebilirler. Değerlendirme, kendine yardım gruplarının amaçlarının tanımlanması zor olduğu için daha da karmaşık hale gelmektedir. Var olan az sayıda değerlendirme de karışık sonuçlar ortaya koymuştur (Barlow, Burlingame, Nebeker ve Anderson, 2000; Moos, Schaefer, Andrassy ve Moos, 2001). Ancak, genellikle aktif üyeler gruba katılımlarına değer verir ve hayatlarının bazı alanlarında orta düzeyde gelişimler yaşarlar. Eğer kendine yardım grupları görgül araştırmalara biraz daha açık olsaydı, klinisyenler yararlı etkileri ve bunların nasıl ortaya çıktığı konularında daha fazla şey öğrenebilirdi.

Bibliyoterapi (kendine yardım için kitapları kullanmak) hakkında daha fazla araştırma vardır ancak belirli sorunlar için hangi kitapların en fazla etkili olduğu konusunda görgül temelli bir liste bulunmamaktadır (Rosen, Glasgow ve Moore, 2003). Bazı meta-analiz araştırmaları, kendine yardım bibliyoterapisinin, kaygı,

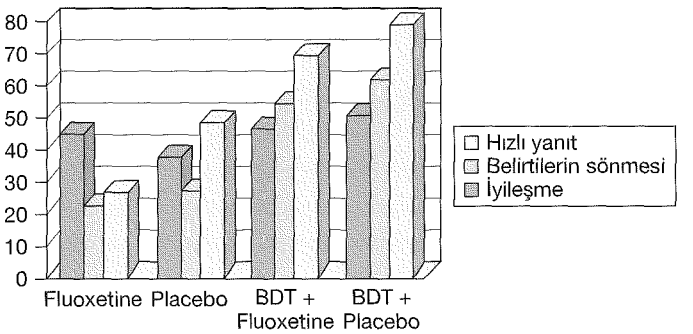
depresyon ve hafif alkol kötüye kullanımı gibi sorunlarda, sigara içme ve ciddi alkol kötüye kullanımı gibi kronik sorunlara göre daha fazla etkili olduğunu göstermektedir (Apodaca ve Miller, 2003; Mains ve Scogin, 2003).

Psikoterapi ve İlaç Tedavisinin Birleştirilmesinin Etkililiği

İlaç tedavisini psikoterapi ile birleştirmek oldukça yararlı olabilir ve bazı durumlarda bu, her birinin tek başına uygulanmasından da iyi olabilir (örneğin, Hinshaw, 2006). Ancak, çoğu çalışma, birleştirilmiş tedavilerin kaygı bozuklukları ve depresyon için herhangi bir tedavi yaklaşımının kendi başına başaracağından daha fazla ilerleme yaratmadığını göstermiştir (Hollon ve diğ., 2005; Hollon, Stewart ve Strunk, 2006). Diğer çalışmalarda ise, bu bozukluklar için, psikoterapinin yararlarının daha büyük ve daha kalıcı olduğu gösterilmiştir (örneğin, Hollon ve diğ., 2006; Şekil 10.5 tıkınırcasına yeme tedavisindeki benzer sonuçları göstermektedir).

Böyle bulgulara rağmen, en az bir kere sadece terapi almış çoğu danışan, ilaç olmadan da aynı derecede iyi olabilecekken, şimdi ilaç almakta ya da hem ilaç alıp hem de psikoterapi görmektedir. Buna ek olarak, yapılan birkaç ankette, çoğu danışanın seçim şansı verildiğinde psikofarmakolojik müdahalelerden çok psikolojik müdahaleleri tercih edeceği bulunmuştur (Hazlett-Stevens ve diğ., 2002; Zoellner, Feeny, Cochran ve Pruitt, 2003). Dolayısıyla, sağlık hizmetleri firmaları tarafından sadece psikofarmakoloji seçeneği verilen gittikçe artan sayıda danışan, istedikleri ya da sorunları için en yararlı olacağını düşündükleri hizmetleri almıyor olabilirler.

Bu Kısmın Özeti: Pek çok alternatif tedavi şekli etkili olsa da, en etkili grup, çift ve aile terapileri ile önleyici müdahaleler bilişsel-davranışçı ya da davranışsal tekniklerden yararlanma eğilimindedir. Ne yazık ki, çok sayıda kanıta dayalı uygulama popüler hale gelmekte iken, kendine yardım yöntemlerinin etkililiğini destekleyecek çok az sayıda araştırma bulunmaktadır. Psikolojik bozuklukların tedavisinde ilaçların kullanımı oldukça yaygındır ve pek çok durumda etkili olabilir, ancak psikolojik tedavinin ilaç tedavisiyle eşit ya da daha üstün olduğu bazı bozukluklar bulunmaktadır.



ŞEKİL 10.5 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu için, Fluoxetine (Prozac), plasebo hapı, Bilişsel-Davranışçı Tedaviye (BDT) ek Fluoxetine ve BDT artı plasebonun etkilerini karşılaştıran Seçkisizleştirilmiş bir Klinik Denemenin Sonuçları. En büyük oranda iyileşmenin gerçek ya da plasebo haplarla birlikte BDT'nin uygulanması ile ilişkili olduğunu görebilirsiniz. Tedaviler arasında hızlı yanıt, belirtilerin sönmesi ve iyileşme oranları: Hızlı yanıt, 4. tedavi haftası itibariyle tıkınırcasına yeme dönemlerinin sıklığında %65 ve daha fazla azalmaya eşittir; belirtilerde azalma, geçen ay boyunca hiç tıkınırcasına yeme olmaması demektir; iyileşme, geçen ay boyunca haftada bir tıkınırcasına yeme döneminden daha azına eşittir.

(Kaynak: C. M. Grilo, R. M. Masheb ve G. T. Wilson, 2006, "Rapid Response to Treatment for Binge Eating Disorder." Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74, 602–613.)

BÖLÜM ÖZETİ

Klinik müdahalelerle ilgili değerlendirme araştırmaları, çoğunlukla çeşitli psikolojik tedavi şekillerinin etkilerine odaklanmıştır. Bu araştırmaların amacı, belirli tedavilerin etkinliği, farklı tedavilerin birbirine göre etkililiği, iyileşmeyi sağlayan bileşenleri, tedavinin yararlarının kalıcılığı ve farklı terapilerin klinik ve sosyal anlamlılığı gibi konular hakkındaki sorulara yanıt vermektir.

Terapi ve iyileşme arasında nedensel bir ilişki kurabilmenin en temel yöntemi, araştırmacının belirli etkenlerde (bağımsız değişken) sistematik değişimler yaratıp, diğer etkenlerdeki (bağımlı değişkenler) değişimleri gözlediği kontrollü deneylerdir. Psikoterapi sonuç araştırmalarında bağımsız değişken genellikle verilen terapinin tipi iken bağımlı değişken danışanlarda görülen değişimlerdir. Denek-içi deneylerde (tersine ya da ABAB desenleri dâhil), bir tedavi değişkeni değişimlenir ve bu değişimin farklı zamanlarda, aynı danışan(lar) üzerindeki etkileri gözlenir. Denekler-arası deneylerde ise

danışanlar farklı gruplara seçkisiz olarak atanır, her bir grup etkileri karşılaştırılan farklı tedavilere maruz bırakılır.

Psikoterapi-sonuç deneyleri hem iç hem de dışsal geçerliğin en yüksek olacağı şekilde tasarlanmalıdır. Eğer bir deneyin iç geçerliği yüksek ise araştırmacı danışanlarda gözlenen değişimlerin diğer kontrol edilmeyen, karıştırıcı etkenlerden değil tedavi sayesinde olduğu konusunda emin olabilir. Eğer bir deneyin sonuçları deney grubundaki danışanlar dışındaki danışanlara, sorunlara ve durumlara genellenebiliyorsa dış geçerliği yüksek demektir. Ne yazık ki, iç geçerliği en üst düzeye çıkarmak için yapılan deneysel kontrol, araştırmacıların genellikle dış geçerliğin yüksek olmasını sağlayacak kadar temsil edici olmayan danışanları, terapistleri, sorunları, tedavileri ve ortamları kullanmalarına neden olmaktadır. Dış geçerlik, gerçek sorunları olan gerçek danışanları, gerçek tedavi ortamlarında çalışarak yükseltilebilir ancak böyle çalışmalarda deneysel kontrolün kaybı iç geçerliği zayıflatmaktadır.

Hans Eysenck'in geleneksel psikoterapinin hiç terapi almamaktan daha yararlı olmadığı yönündeki savlarına rağmen, sonrasında yapılan pek çok gözden geçirme, meta-analiz ve danışan anketleri çoğu psikoterapi yönteminin terapi almamaya göre daha iyi sonuçlar ortaya çıkardığını öne sürmektedir.

Karşılaştırma Sonuç puanı gözden geçirmeleri, meta-analizler ve anketlerin ilk bulguları pek çok terapi çeşidinin etkililiğinin aşağı yukarı eşit olduğu yönünde olsa da görgül olarak desteklenen tedavileri belirleme çalışmaları, çoğu davranışçı ya da bilişsel davranışçı olan etkin ve muhtemelen etkin tedavilerin listelendiği yayınlarla sonuçlanmıştır. Eleştiriler, görgül olarak desteklenen terapileri belirlemek için kullanılan kriterlere odaklanmakta ve tedavi sonuçlarındaki değişkenliği büyük oranda açıklayan, terapötik ittifak gibi ortak ya da özgül olmayan etkenlere dikkat çekmektedir. Yakın zamanda, daha çok güçlü ilişki becerilerinin yanında, kanıta dayalı tedavi tekniklerinin kullanılmasını kapsayan kanıta dayalı uygulamalara odaklanılmaya başlanmıştır.

Grup, çift ve aile terapisi için, bazı müdahaleler oldukça etkin ve etkili olarak gösterilmesine karşın, oldukça az sayıda araştırma vardır. Psikolojik bozuklukları önlemek için tasarlanmış, belirli bozukluklarla ilişkisi olduğu bilinen risk etkenlerini değiştirmek için kişilerin hayatlarına erkenden müdahale etmeye çabalayan pek çok program umut vericidir. Psikoterapiyle ilaç tedavisinin birleştirilmesi yararlı olabilir ancak pek çok bozukluk sadece psikolojik tedaviler ile de oldukça etkili olarak tedavi edilebilmektedir.

ÇALIŞMA SORULARI

1. Denek-içi araştırma desenine bir örnek verin ve bu desenin artı ve eksilerini tartışın.
2. Denekler-arası araştırma desenine bir örnek verin, bağımsız ve bağımlı değişkenleri not edin.

3. İç geçerlik nedir ve neden klinik bilimciler iç geçerliği tehlikeye düşürecek etkenlerle ilgilenir?
4. Dış geçerliğin önemini tartışın ve dış geçerliği tehlikeye düşürecek başlıca etkenleri listeleyin.
5. Karşılaştırma Sonuç puanı nedir ve neden artık kullanılmamaktadır?
6. Meta-analiz sürecini tanımlayın ve hangi tedavilerin çalıştığını incelemede bu yaklaşımın güçlü ve zayıf yanlarını tartışın.
7. Görgül olarak desteklenen tedavileri ortaya koymak için kullanılan farklı araştırma desenleri nelerdir?
8. Görgül olarak desteklenen tedavileri belirleme çabalarıyla ilgili başlıca eleştiriler nelerdir?
9. Görgül olarak desteklenen tedavileri belirleme süreci daha çok iç geçerliğe mi dış geçerliğe mi odaklanmaktadır?
10. Kanıta dayalı uygulama nedir?
11. Yayılma (dissemination) nedir ve neden önemlidir?
12. Etkili tedavilerle ilgili kanıtların tanımlanması ve kullanılmasında klinik araştırmacılar ve terapistler arasında ortaya çıkan gerilimleri tartışın.
13. Olumlu terapötik sonuçlarla ilişkili olan terapist, danışan ve ilişki değişkenlerini listeleyin.
14. Grup, çift ve aile terapisi, önleme programları ve kendine yardım programları gibi farklı terapi şekillerinin etkililiğini tanımlayın.
15. Psikolojik tedavilerle ilaç tedavisinin birleştirilmesi hakkındaki araştırmaların başlıca bulguları nelerdir?

WEB SİTELERİ

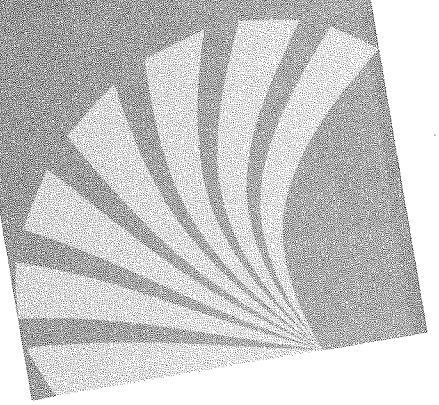
- Çalışan terapiler (Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından desteklenen): http://therapyadvisor.com
- Çalışan önleme programları (Madde Kötüye Kullanımı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri Yönetimi tarafından desteklenen): http://modelprograms.samhsa.gov
- Kanıta dayalı uygulamalar (Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü Davranışsal ve Sosyal Bilimler Araştırmaları tarafından desteklenen): http://EBBP.org
- Popüler kendine yardım kitapları ile kanıta dayalı uygulamalar hakkında kitaplar için:
- http://www.barnesandnoble.com
- http://www.amazon.com
- http://www.addALL.com

BÖLÜM 11

Klinik Çocuk Psikolojisi

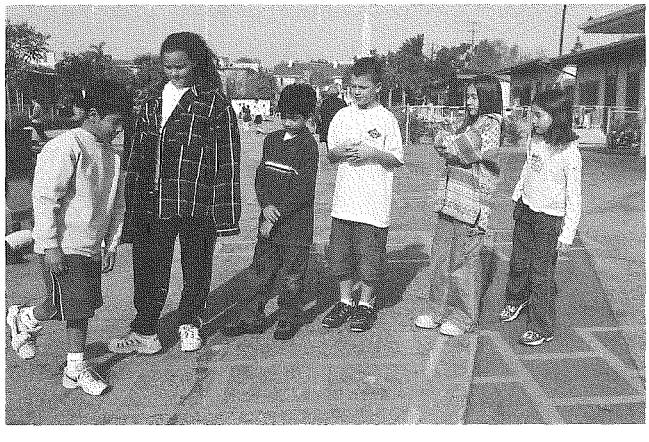
Çeviren:
Araş. Gör.
Ahmet Yasin Şenyurt

Çeviri Süpervizyonu:
Doç. Dr. Müjgan İnözü



Bölüme Bakış: Bu bölümde klinik çocuk psikolojisi alanı ele alınacaktır. İlk olarak alanın kısa tarihçesi ile başlayacak daha sonra da çocuk ve ergenlerle çalışmanın kendine özgü özelliklerinden bahsedeceğiz. Çocukluk döneminde ortaya çıkan bozukluklara yol açan risk faktörleri, tanı, sınıflandırma, tedavi ve çocuklarda psikopatolojiyi önleme konuları ele alınacaktır.

Güzel bir restoranda yemek yediğiniz sırada, sizin psikolog olduğunuzu öğrenen bir babanın sizden tavsiye istediğini varsayalım. Kızının sık sık bir kuş gibi davrandığını söylüyor. Kızının kendisine kutu ve battaniyeleri kullanarak bir kafes yaptığını, konuşmak yerine şakıdığını ve sadece solucan benzeri şeyleri yemekte (çubuk makarna, solucan şekilli sakızlar) ısrar ettiğini belirtiyor. Çözüm önerilerinden önce çalıştığınız yere gelip gerekli ödemeyi yapması dışında ona ne tavsiye ederdiniz?



Çocuğun gelişim düzeyini bilmek, davranışını anlamamıza yardımcı olur.

Şizofreni gibi bir tanı koymak için DSM-IV kriterlerini gözden geçirmeye başlamadan önce çocuğun yaşını sormak önemlidir. Bu senaryoyu önce 3 yaşında bir çocuk, daha sonra 13 yaşında bir çocuk için hayâl edin. Ufak çocuklarda, sevimli bir hayvanı taklit eden kısa süreli hayâli oyunların olması hem sık rastlanılan hem de oldukça sevimli bir durumdur. Fakat daha büyük çocuklar söz konusu olduğunda, bir çocuk psikoloğu, çocuğun gerçekle hayâli ayırt etme yeteneğini, ailenin psikopatoloji öyküsünü, suistimal/taciz gibi yakın zamanlı bir travmanın söz konusu olup olmadığını ve okul başarısı, arkadaş ve kardeş ilişkileri gibi psikososyal fonksiyonlarını anlamayı içeren tam bir değerlendirme yapmak isteyecektir. Genel olarak bir çocuğun davranışı değerlendirilirken bilinmesi gereken en önemli şey çocuğun yaşı ve gelişim düzeyidir. Her ne kadar önceki bölümlerde bahsedilen konular klinik çocuk psikolojisi ile ilişkili olsa da, bir çocuk psikoloğunun çocukların fonksiyonelliğini nasıl değerlendirdiğini ve çocuk, ergen ve ailelerinde yer alan problemleri nasıl tedavi ettiğini anlamak için farklı bilgilere ihtiyacınız olacaktır.

KLİNİK ÇOCUK PSİKOLOJİSİ TARİHİNİN KISA BİR ÖZETİ

Bu Kısma Bakış: Bu bölümde klinik çocuk psikolojisinin, yetişkin odaklı klinik psikolojiden nasıl ayrıştığı üzerinde durulacaktır. Özellikle, çocuklukta başlayan bozuklukların tanısına değinilecektir.

Klinik çocuk psikolojisi tarihi bir paradoksu ortaya çıkarır. Klinik psikolojinin köklerinin çocuk hastalıklarının değerlendirme ve tedavisine dayanmasına rağmen (bknz. Bölüm 2), 20. yüzyılda yetişkin rahatsızlıkları odak noktası olmuş ve çocuklardaki davranış bozuklukları göz ardı edilmiştir (Rubinstein, 1948). Aslında, çocuk rahatsızlıkları ile ilgili çalışmalar uzun süre yetişkin çalışmalarının bir uzantısı ve yetişkin çalışmalarına dayalı tahminler olarak kalmıştır (Garber, 1984, s.30).

Çocukluk psikopatolojisindeki bu yetişkin odaklı yaklaşım aslında çocukluk kavramının tarihini de yansıtmaktadır. Kısa zaman öncesine kadar çocuklar minyatür yetişkinler olarak görülmüş ve kendilerine bu şekilde davranılmıştır. Bahsettiğimiz yetişkin odaklı bakış açısı çocukluk çağı problemlerinin özgün yapısını küçümseyen davranışçı ve psikanalitik terapi yaklaşımları ile daha da güçlenmiştir (Gelfand ve Peterson, 1985). Son 30 yıl boyunca, bu yetişkin odaklı yaklaşım yerini yavaş yavaş çocuk merkezli bir yaklaşıma bırakmaktadır. Klinik çocuk psikologları, geleneksel yetişkin odaklı sınıflandırma, tanı ve tedavi yöntemlerinin, çocukluk psikopatolojisinde sınırlılıkları olabileceğini keşfetmektedirler. Çocuk danışanlara yaklaşımın değişmesinin ilk işareti, DSM-III'te, çocukluk çağı bozukluklarının tanı kriterlerine gelişimsel unsurların dâhil edilmesi olmuştur. Örneğin; 1952'de yayınlanan ilk DSM'de çocukluk ve ergenlik dönemine özgü hiçbir

bozukluk bulunmamaktaydı. 1968 yılında DSM-II yayınlandığında, çocuklara ve ergenlere özgü bozukluklar bulunmasına rağmen (öğrenme güçlüğü, hiperkinetik tepki, kontrolsüz tepki) birçok tanı kriteri halen çocuklardan ve ergenlerden çok yetişkinlere uygundu. Günümüzde, DSM-IV bebekler, çocuklar ve ergenlere özgü iki düzineden fazla Eksen 1 bozukluğunu içermektedir (bknz. Tablo11.1).

TABLO 11.1

DSM-IV teki Çocuklara ve Ergenlere Özgü Bazı Tanılar

Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı Konulan Bazı Bozukluklar
Mental Retardasyon / Zeka Geriliği (Eksen 2)
Zihinsel bozukluğun düzeyi şiddetine göre 5 seviyede kodlanır.
Öğrenme Bozuklukları
Okuma Bozukluğu
Matematik Bozukluğu
Yazılı Anlatım Bozukluğu
Yaygın Gelişimsel Bozukluklar
Otistik Bozukluk
Asperger Bozukluğu
Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozukluğu
Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu (3 Tip)
Davranım Bozukluğu (2Tip)
Karşıt Olma / Karşı Gelme Bozukluğu
Bebek ya da Küçük Çocukların Beslenme ve Yeme Bozuklukları
Pika
Ruminasyon Bozukluğu
Bebeklerde ya da Küçük Çocuklarda Beslenme Bozukluğu
Dışa Atım Bozuklukları
Enkoprezis
Enürezis
Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenliğin Diğer Bozuklukları
Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu
Seçici Konuşmamazlık (Mutizm)
Bebeklik ya da Küçük Çocukluk Döneminin Tepkisel Bağlanma Bozukluğu (2 Tip)
Çocuklara veya Ergenlere de Konulabilecek Diğer Tanılar

Madde Kullanımı ile İlişkili Bozukluklar
Alkol Kullanım Bozuklukları (2 Tip)
Özgül Madde Kullanım Bozuklukları (97 Tip)
Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar
Şizofreni (5 Tip)
Duygudurum Bozuklukları
Majör Depresif Bozukluk (2 Tip)
Bipolar I Bozukluğu
Bipolar II Bozukluğu
Kaygı Bozuklukları
Panik Atak (3 Tip)
Özgül Fobi
Sosyal Fobi
Obsesif-Kompulsif Bozukluk
Travma Sonrası Stres Bozukluğu
Yaygın Anksiyete Bozukluğu
Yeme Bozuklukları
Anoreksiya Nervoza
Bulimia Nervoza
Başka Bir Yerde Sınıflandırılmamış Dürtü Kontrol Bozuklukları
Aralıklı Patlayıcı Bozukluk (İntermittan Eksplosif Bozukluk)
Trikotillomani
Uyum Bozuklukları (6 Tip)

Not: Başka türlü belirtilmemişse bütün bozukluklar Eksen 1 de kodlanır.

Kaynak: Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR)(2000), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC. İzin alınarak uyarlanmıştır.

Buna ek olarak, 1970'den bu yana tamamıyla çocukluk dönemi davranış bozukluklarına yönelik araştırmaları içeren birçok önemli dergi (Journal of Abnormal Child Psychology, Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology ve Development and Psychopathology) yayın hayatına başlamıştır. Yeni binyılın başlangıcında, çocukların davranışsal, öğrenme ve tıbbi problemlerine yönelik olarak Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (American Psychiatric Association) (APA) yeni iki bölümü oluşturulmuştur; Bölüm 53 (Çocuk ve Ergen Klinik Psikolojisi Topluluğu / Society for Clinical Child and Adolescent Psychology) ve Bölüm 54 (Pediatrik Psikoloji Topluluğu / Society for Pediatric Psychology). Son olarak,

çocukluk dönemi bozukluklarını gelişimsel bir perspektiften ele alan ve gelişimsel psikopatoloji olarak bilinen nispeten yeni bir alan doğmuştur (Achenbach, 1982). Bu alanda çalışan araştırmacılar uyumlu ve uyumsuz birçok davranış örüntüsünün gelişimin farklı aşamalarında nasıl ortaya çıktığını incelemektedir (Kupermine ve Brookmeyer, 2006). Gelişimsel psikopatologlar bozukluklar ile birlikte yeterliliklerin de nasıl geliştiğini incelemekte ve hastalık riski taşıyan çocuklardaki koruyucu faktörleri araştırarak, risk taşıyan çocukların bu bozuklukları geliştirmesini engellemeye çalışmaktadır (Werner, 2005).

Peki, onlarca yıl göz ardı edildikten sonra çocukluk çağı psikopatolojisini anlamak ve tedavi etmek için gösterilen çabalar son zamanlarda neden arttı? İlk olarak, psikopatoloji çocukluk çağında oldukça yaygın olarak görülmektedir; çocuklarda davranışsal, duygusal ya da öğrenme bozuklarının görülme sıklığı %14 ile %22 arasındadır (Mash ve Dozois, 2003). İkincisi, birçok çocukluk çağı bozukluğu (davranış bozuklukları, öğrenme bozuklukları[1] ve otizm) birey ve toplum üzerinde ömür boyu süren etkilere sahiptir. Üçüncü neden ise, birçok yetişkin bozukluğunun kökeninin çocuklukta tanı konulmayan ve tedavi edilmeyen rahatsızlıklardan kaynaklanmasıdır. Yürütülmüş olan bir çalışmada, bir önceki yılda, tanı koyulabilecek seviyede bir psikiyatrik rahatsızlığı olan çocukların %15'ten daha azının ayaktan ruh sağlığı hizmetinden yararlandığı bulunmuştur (Goodman ve diğ., 1997). Dördüncü neden, çocukluk çağı bozukluklarının risk faktörlerinin, nedenlerinin ve nasıl bir seyir izlediğinin araştırılmasıyla, çocukluk çağı bozukluklarının, yetişkin psikopatolojilerine evrilmeden önce sağlanacak etkin erken müdahale programlarının geliştirilmesi olasılığıdır. Son neden ise, medyanın dikkatinin çocuklarla ilişkili yüksek profilli bazı olaylara (okulda şiddet, çocuklarda kullanılan psikiyatrik ilaçların potansiyel yan etkileri ve rapor edilen çocuk taciz vakalarının artması) yönelmesidir. Bu yönelme, bireyleri, çocukların ruh sağlığına bakışını yeniden değerlendirmek zorunda bırakmış ve bazı ulusal görev güçlerinin oluşmasına neden olmuştur. ABD Kamu Sağlık Hizmetleri Komisyonu Başkanlığının (ÇN: Surgeon General olarakta bilinir) çocukların ruh sağlığı raporu (U.S. Public Health Service, 2000) ve çocukların ruh sağlığını anlamayı ve iyileştirmeyi amaçlayan beyaz saray konferansları bu çalışmalardandır. Yukarıda saydığımız sebeplerle klinik çocuk psikolojisi alanı genişlemiş ve klinik psikoloji alanının altında köklü bir uzmanlık olarak yerini almıştır.

Bu Kısmın Özeti: Tarihsel olarak, çocuklar minyatür yetişkinler olarak görülmüşlerdir. Fakat son yıllarda kültürel ve profesyonel odağın çocuklara özgü özelliklere yönelmesiyle birlikte çocukların psikolojik gelişimine gösterilen ilgi de artmıştır. Klinik çocuk psikolojisi alanı bu odaktan -özellikle de çocukluk çağı psikopatolojisinden- yola çıkarak gelişmiştir. Günümüzde, klinik çocuk psikolojisi alanı klinik psikoloji alanının uyumlu bir parçası olmuştur.

[1] Öğrenme bozukluğu ve öğrenme güçlüğü kavramları literatürde sıklıkla birbirlerinin yerine kullanılmaktadır. *DSM-IV* ile uyumlu olması amacıyla bu bölümde öğrenme bozukluğu kavramı kullanılacaktır.

ÇOCUK PSİKOLOJİSİNE ÖZGÜ ÖZELLİKLER

Bu Kısma Bakış: Bu bölümde; yönlendirme / sevk işlemleri, gizlilik, çocuk davranışlarının bağlamı, gelişimsel hususlar, ebeveyn-çocuk ilişkisi, risk faktörleri ve koruyucu faktörler gibi klinik çocuk psikolojisine özgü durumlar özetlenecektir.

Yönlendirme / Sevk İşlemleri

Yetişkinler sıkıntılı hissettiklerinde kendi başlarına yardım alabilirler. Fakat çocuklar bir uzmanın yardımına ihtiyaç duyup duymadıkları konusunda, ebeveynlere, öğretmenlere veya diğer yetişkinlere bağlı olmak zorundadır. Çocuklar nadiren ihtiyaç duydukları yardımı kendi başlarına alabilirler (Okul rehberlik servisi önünde dolaştıktan bir süre sonra, nihayet yardım isterler), fakat ruh sağlığı hizmetlerine ulaşmak için genellikle ailelerine ve yaşamlarındaki diğer yetişkinlere güvenirler. Buna karşılık, çocuklar bazen kendi davranışsal ve duygusal özeliklerinden değil de ebeveynlerinin veya ailenin problemlerinden dolayı ruh sağlığı uzmanlarına yönlendirilebilir (McGoldrick, Giordano ve Garcia-Preto, 2005).

Gizlilik

Gizlilikle ilgili hususlardan dolayı, çocuklarla çalışmak yetişkinlerle çalışmaktan sevk anından itibaren farklılaşmaktadır. Yetişkinlerle çalışan klinisyenler, danışanları ile ilgili bilgileri intihar, cinayet niyeti veya bir çocuğun, yaşlının veya engellinin istismarı gibi istisnâi durumlar hariç başka hiç kimseyle paylaşmayacaklarını bilirler. Ancak, danışan bir çocuk veya ergen olduğu zaman durum ne olmaktadır? Yasal olarak, 18 yaşın altındakilerden ebeveynleri ve yasal varisleri sorumludurlar. Bu nedenle gizlilik taahhüdü, hasta bilgilerinin ebeveynler ve yasal varislerle paylaşılmasını engellememektedir (Knapp ve VanderCreek, 2006). Bilgilerin aileden gizli tutulacağı sözünü veremeden genç bir danışanla özellikle bir ergenle çalışmak, sıklıkla ergenin terapistle paylaştığı bilgiler hususunda daha ihtiyatlı olmasına yol açacaktır. Çoğu zaman terapistler, tedavinin başlangıcında ebeveynler ve çocuk / ergen ile kuralları belirlerler. Örneğin; terapist, danışanın kendisine veya bir başkasına zarar vermesine yol açabilecek durumlar haricindeki ergen danışanın paylaştığı bilgilerin tümünün gizli tutulacağını (örn., ebeveynlerle bile paylaşmayacağını) söyleyebilir. Daha önce, Bölüm 3 "Klinik Değerlendirmenin Temel Özellikleri", Bölüm 5 "Klinik Psikolojide Ölçme", Bölüm 6 "Klinik Müdahalelerin Temel Özellikleri"nde tartışıldığı gibi terapist bu kuralları belirlerken APA Etik Kodları tarafından yönlendirilir.

Davranışın Bağlamı

Çocuklarla çalışırken, davranışın ortaya çıktığı bağlamı dikkate almak önemlidir. Bir çocuğun çevresiyle ilişkisi, bir yetişkininkinden oldukça farklıdır. Örneğin,

yetişkinler nerede yaşayacakları, hangi işi yapacakları, ne zaman yatıp, ne zaman kalkacakları, zamanlarını kimle geçirecekleri, ne yiyecekleri ve hayatlarını nasıl geçirecekleri konusunda çoğunlukla bir miktar kontrol sahibidirler. Çocuklar ve ergenler ise bu konularda genellikle daha az kontrole sahiptirler, bazen de hiçbir söz hakları yoktur. Özellikle küçük çocuklar için ailelerinin verdiği kararlara uymaktan başka bir seçenek yoktur (örn., günlük bakım, okul saatleri, aktiviteler, yemek tercihi, günlük rutinler, potansiyel arkadaş olabilecek diğer çocuklara erişim). Bu nedenle, klinik çalışma ve araştırmaların büyük çoğunluğu çocukların çevrelerini değiştirmek veya yapılandırmak için kısıtlı bir güce sahip olduklarını göz önüne almak zorundadır.

Gelişimsel Hususlar

Kuş gibi davranan kız örneğinde olduğu gibi, çocuğun yaşını ve gelişim seviyesini bilmek, çocukların davranışını anlamak için çok önemlidir. İlk olarak, klinisyen çocuğun davranışının uygunluğunu, çocuğun yetiştiği kültürdeki gelişim normlarına göre değerlendirmelidir. Aşağıdaki listede belli gelişim dönemlerinde uygun olarak değerlendirilen fakat diğer dönemler için uygun görülmeyen bazı örnek davranışlar gösterilmektedir (Carr, 2006; Phares, 2008'de incelenmiştir):

- 2-4 yaş arası çocuklar hayâli yaratıklardan ve karanlıklardan korkarlar; 5-7 yaş arasındakiler ise doğal afetlerden (yangın, sel, fırtına), yaralanmadan ve hayvanlardan korkarlar; 8-11 yaş arasındakiler düşük akademik ve sportif başarıdan korkar, 12-18 yaş aralığındaki gençler ise akranları tarafından reddedilmekten korkarlar.
- Bazı çocuklar 5 yaşına kadar yataklarını ıslatabilir. 5 yaşında çoğu çocuk idrara çıkma dürtülerini kontrol etmeyi öğrenir. Çoğu çocuk öncelikle gündüz mesane fonksiyonlarının kontrolünü kazanır, daha sonra ise bunu uykudayken de yapmayı öğrenir.
- 4-5 yaşlarındaki erkek çocuklarının %50'den fazlası ilgi için aşırı talep gösterir ve bunların yaklaşık %60'ı evde itaatsizlik gösterir.
- 6-18 yaş aralığındaki erkek çocukların %40'ı ve kız çocukların %25'i ailelerine göre konsantrasyon zorluğu yaşamaktadır.
- Ergen kızların çoğunluğu, normatif hoşnutsuzluk fenomeni olarak bilinen, beden imajı hoşnutsuzluğu yaşar.
- Ergen kızların ve erkeklerin yarısından fazlası 16 yaşında alkolü denediğini bildirmiştir.

Aslında, çocukluk çağı bozukluklarına ait belirtilerin birçoğu, çocuk popülasyonunun kayda değer bir oranında, yaşamlarının bir döneminde görülmektedir. Otizm, zekâ geriliği ve diğer ciddi rahatsızlıkların belirtileri hariç, çocuk davranışının uygunluğu mutlaka çocuğun bulunduğu gelişimsel seviye göz önü-

ne alınarak değerlendirilmelidir (Achenbach ve Rescorla, 2006). Bu nedenle, çocuklarla çalışan bir klinisyenin çocuk psikopatolojisi eğitimine ek olarak gelişim psikolojisinde de sağlam bir altyapıya ihtiyacı vardır.

Ebeveyn-Çocuk Etkileşimi Modelleri

Son 30 yılda, çocuklardaki davranış bozukluklarının anlaşılmasında ve tedavisinde yaşanan gelişmelerin birçoğu, çocuk-ebeveyn etkileşimini *karşılıklı veya iki yönlü* olarak değerlendiren kuramcılar tarafından gerçekleştirilmiştir (örn., çocuğun mizacı ve davranışları ailenin davranışlarını etkilerken, ailenin hoşgörüsü ve tepkileri de çocuğun davranışını şekillendirir). Patterson'un (1976, 1982) saldırgan davranışı açıklayan zorlama-gerginlik hipotezinde, hem iki yönlü yaklaşımın örneği hem de bu yaklaşımın çocukları anlamamızı nasıl geliştirdiği görülebilir. Patterson'un saldırgan olan ve olmayan çocukların evlerinde yaptığı detaylı incelemeler, her iki evde de ebeveyn davranışlarının, çocukların belirli tepkileri gösterme ihtimalini arttırdığını ve çocukların davranışlarının da ebeveynlerde belirli tepkilere yol açtığını göstermektedir (Patterson, Ray, Shaw ve Cobb, 1969). Fakat Patterson saldırgan ve saldırgan olmayan çocukların aile etkileşimlerinin farklılaştığını da görmüştür. Örneğin, saldırgan çocukların, ebeveynleri tarafından cezalandırıldıktan sonra, itici davranışlarında ısrar etme olasılıkları, saldırgan olmayan çocuklara göre iki kat daha fazla bulunmuştur (Patterson, 1976). Patterson, bunu ebeveynlerin etkisiz cezalandırma taktiklerinin bir sonucu veya çocukların davranışlarının sonuçlarına karşı hissizleşmesi olarak değerlendirmemiş, bunun yerine, ebeveynlerin ve çocukların birbirlerine zorlayıcı ve caydırıcı kontrol taktiklerine güvenmeyi nasıl öğrettiğinin, çocuklarda saldırgan davranışa nasıl yol açtığına bakmıştır. Aşağıda basit bir vaka örneği bulunmaktadır.

> Bayan Jones'un 3 yaşındaki oğlu Bill'yi kreşten aldığını ve akşam yemeği alışverişi için bir markette olduğunu varsayalım. Dondurucunun önünden geçerken Billy dondurma ister fakat Bayan Jones "Hayır, akşam yemeğini yiyemeyeceksin" diyerek bunu reddeder. Billy öfke nöbeti geçirir ve bu durum alışverişi bitirmesi gereken Bayan Jones için önemli bir sorundur. Bunun yanı sıra, oğlunun herkesin içinde kontrolden çıkması utanç vericidir. Bayan Jones problemi Billy'e dondurma vererek çözer ve oğlunu bunun yemek saatine yakın yediği son dondurma olduğu konusunda uyarır. Billy'nin aksiliği hemen düzelir ve alışveriş devam eder.

Billy ve annesi bu etkileşimden ne öğrenmiştir? İlk olarak, Billy annesi hayır dediğinde öfke krizi geçirirse istediğini elde edebileceğini öğrenmiştir (öfke krizi pekiştirilmiştir). Aynı zamanda Bayan Jones ta Billy'nin isteklerine uyma konusunda

ödüllendirilmiştir, özellikle Billy toplum içerisinde öfke krizi geçirdiğinde. Çünkü isteklerine uyduğunda oğlunun itici ve küçük düşürücü davranışları sonlanmıştır. Bölüm 8'de "Davranışçı ve Bilişsel-Davranışçı Psikoterapiler" kısmında gözden geçirdiğimiz edimsel koşullanma ilkelerine göre Billy ve annesi, bundan sonra benzer durumlarla karşılaştıklarında benzer şekilde davranacaklardır. Billy öfke nöbetleri geçirecek ve tüm iyi niyetine karşın Bayan Jones oğlunun isteklerine teslim olacaktır. Gerçekten, istediğini vermemek, Billy'nin öfke nöbetini fiziksel şiddet gösterme veya eşyalara zarar verme aşamasına gelecek kadar tırmandırabilir, ta ki Bayan Jones başka seçeneği kalmadığını düşünene kadar. Bu aile Patterson'un (1982) *pekiştireç tuzağı* olarak adlandırdığı tuzağa düşmüştür. Uzun dönemde istenmeyen sonuçlara karşın, herkes kısa vadeli yararlara odaklanmaktadır. Billy daha kontrol edilemez hale geldikçe, ailesi onu kontrol etmek için daha caydırıcı yöntemlere bel bağlayacaktır.

Patterson'un çocuklardaki saldırgan davranışları, ebeveyn-çocuk arasındaki karşılıklı etkileşime bağlayan bu yaklaşımı, sistematik ve yaygın kullanılan bir davranışsal müdahale programının ortaya çıkmasını sağlamıştır (Reid, Patterson ve Snyder, 2002). Program ebeveynlerin çocuklarla etkileşimleri üzerinde durarak, zorlayıcı değiş tokuşların sıklığını azaltmayı hedeflemektedir. Genel olarak saldırgan ve anti-sosyal davranışın bu şekilde kavramsallaştırılması ile tutarlı olan tedaviler oldukça etkindir (Reid ve diğ., 2002).

Risk Faktörleri

Gelişimsel psikopatoloji üzerine çalışan klinisyenler duygusal/davranışsal problemlerin ortaya çıkmasında rol oynayan bazı *risk faktörlerini* tespit etmişlerdir. Risk faktörleri çocuğun davranışsal / duygusal problemler veya psikopatoloji geliştirmesine neden olabilecek çocuk, aile, toplum veya kültürle ilgili faktörlerdir (Fraser, Kirby ve Smokoski, 2004'den aktaran Phares, 2008). Bu risk faktörlerinden belirgin olan birkaç tanesini ele alalım.

Mizaç. Bebeklik döneminde zor mizaçlı olarak değerlendirilen çocukların, yaşamları boyunca sorunlu davranışlar göstermesi yüksek bir olasılıktır. Bunlar, a) birinci sınıfta akademik zorluklar, problemli arkadaş ilişkileri ve davranış bozuklukları (Calkins ve Degnan, 2006), b) 15 yaşında artan davranış bozuklukları (Rohbart ve Bates, 2006), c) 26 yaşında zorlu kişilik özellikleri (Caspi ve diğ., 2007) ve d) 32 yaşına kadar yaygın kaygı bozukluğu geçirme olasılığının yükselmesi olabilir. Bebek mizacının büyük oranda kalıtımsal bir özellik olduğu (Calkins ve Degnan, 2006) göz önüne alındığında, bazı davranış sorunlarının doğuştan gelen biyolojik fonksiyonların bir sonucu olduğunu değerlendirmek gerekir. Fakat, zor mizacın yarattığı riski düşürecek ve arttıracak birçok çevresel faktör (güvenli ve istikrarlı bir ailede ve çevrede yaşamak gibi) olduğu da bilinmektedir (Calkins ve Degnan, 2006).

Ebeveyn Çatışması (Aile İçi Geçimsizlik). Ebeveynler tartıştığında, çocuklar kaybeder. Çocuk işlevselliğini ebeveyn çatışması bağlamında inceleyen onlarca yıllık araştırmalar bu tezi doğrulamaktadır. Anne babaların sözlü tartışmaları ve kavgaları ile çocukların davranışsal / duygusal problemleri, özellikle dışsallaştırma problemleri arasında ilişki bulunmuştur (Cummings, Goeke-Morey ve Papp, 2004; Lee, Beauregard ve Bax, 2005). Ebeveynler arasındaki olumsuz iletişim düzeyi yüksek ve olumlu iletişim düzeyi düşükse çocuklar ebeveynleri arasındaki çatışmalar için kendilerini suçlama eğilimindedirler (Fosco ve Grych, 2007). Eğer çocuklar ebeveyn çatışmalarının ortasında bırakılırsa (üçgenleme süreci), bu çatışmaların etkileri çok daha kötü olmaktadır (Grych, Raynor ve Fosco, 2004). Aslında, ebeveynlerin boşanması aile içi çatışmayı önemli ölçüde düşürdüğünden, boşanmış ailelerin çocukları, bir arada fakat yüksek düzeyde çatışma içerisinde yaşayan çocukların ailelerinden daha iyi durumdadır (Hetherington ve Stanley-Hagan, 1999; Kelly, 2000).

Peki, ebeveynleri boşanan çocukların, ebeveynleri boşanmayan çocuklardan daha fazla duygusal / davranışsal problem yaşadığını gösteren araştırmalar ne ifade etmektedir (Hetherington, Bridges ve Insabella, 1998)? Böyle bir örüntü var, fakat son yıllarda yapılan araştırmalar gruplar arasındaki farkın, devam eden ebeveyn çatışması, boşanma sonrası ekonomik problemler gibi boşanma dışı faktörlerden etkilendiğini göstermektedir (Hetherington ve Elmore, 2003). Genel olarak, çocukların iyiliği için aile içinde nelerin olup bittiği (ebeveyn çatışmasının şiddeti ve aile işlevselliği), çocuğun tek ebeveynle mi yoksa ikisiyle birlikte mi yaşadığından daha önemlidir (Kely, 2000).

Fiziksel İstismar. Çoğumuz fiziksel istismarı, kırık kemikler, kafa travmaları ve kalıcı yaralar bırakan ebeveyn şiddeti olarak düşünürüz. Fakat veliler tarafından uygulanan bazı sert disiplin cezaları da (örn., kemerle vurma) çocuğun fiziksel istismarı kapsamına girebilir (Wekerle ve Wolfe, 2003). Aslında, çoğu devlet fiziksel istismarın operasyonel tanımını, çocuğun derisinde iz bırakacak herhangi bir eylem olarak yapmaktadır.

Amerika Birleşik Devletlerinde, her yıl gençlerin %5 ila %26'sının fiziksel istismara maruz kaldığı tahmin edilmektedir (Children's Defense Fund, 2005; DiLillo, Perry ve Fortier, 2006). Fiziksel istismar, davranış bozukluğu, karşıt gelme bozukluğu, saldırganlık, depresyon, kaygı bozuklukları, düşük sosyal yetkinlik ve kötü akademik performans gibi çocuklarla ilgili birçok problemle ilişkilidir (DiLillo ve diğ., 2006). Fiziksel istismarın etkileri göz önüne alındığında, istismarın klinik çocuk popülasyonunda %5-%26 aralığından çok daha yüksek sıklıkta olduğunu bilmek şaşırtıcı olmayacaktır. Los Angeles'ta yapılan bir çalışma, toplum ruh sağlığı hizmeti alan çocukların %46.9'unun istismar mağduru olduğunu bulmuştur (Lau ve Weisz, 2003).

Cinsel İstismar. Cinsel istismar da çocuklar ve ergenler için yıkıcı sonuçlar doğurabilir. Cinsel istismarın birçok tanımı olmasına karşın, tanımların çoğu,

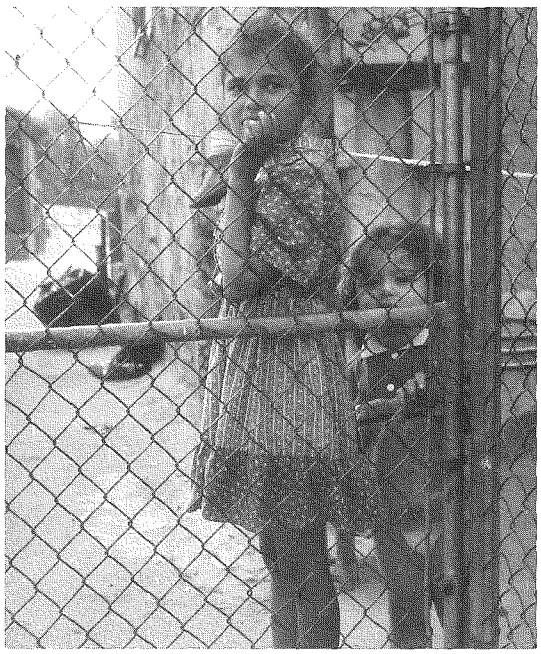
çocuğun daha yaşlı ve güçlü bir fail tarafından cinsel sömürüsüne odaklanmaktadır (Mannarino ve Cohen, 2006). Cinsel istismar sadece cinsel ilişki ya da cinsel teması içermez, ayrıca pornografi ya da benzeri cinsel materyale maruz bırakmayı da içerir.

Cinsel istismarın yaygınlığı hakkında doğru tahminlere ulaşmak son derece zordur. Belgelenmiş vakalar kızların yaklaşık %3,2'sinin ve erkeklerin %0,6'sının cinsel istismara maruz kaldığını göstermektedir, fakat diğer çalışmalar çok daha yüksek oranlardan söz etmektedir. Örneğin, ergenler ve genç yetişkinlere geçmişte cinsel istismara (çocuk koruma merkezine rapor edilmiş veya edilmemiş) maruz kalıp kalmadıklarının sorulduğu geriye dönük bir araştırmada kızların %12 ila %35'inin ve erkeklerin %4 ila %9'unun istismar mağduru olduğu bulunmuştur (Putnam, 2003). Bu rakamlar bile düşük olabilir. Medya her ne kadar yabancı cinsel istismar failleri (birçok çocuk kaçırma olayında olduğu gibi) üzerine yoğunlaşsa da, çocuk cinsel istismarı vakalarının %90'ından fazlasında failin aile üyesi ya da komşu, bakıcı gibi ailenin tanıdığı kişilerden olduğu tahmin edilmektedir (Berliner ve Elliott, 2002).

Cinsel istismarın olumsuz etkileri bir şekilde istismarın doğasına bağlıdır. Örneğin; a) uzun süreli, b) saldırganın baba veya baba figürü yerine geçen biri olduğu, c) cinsel ilişki gibi cinsel temasın daha yoğun olduğu, d) zorlama, fiziksel kuvvet veya tehdidin olduğu ve e) çocuğun istismarla ilgili beyanlarına inanılmadığı zamanlarda, çocuklar istismardan daha fazla psikolojik zarar görmektedirler (Mannarino ve Cohen, 2006; Noll, Trickett ve Putnam, 2003). Cinsel istismar, yüksek depresyon, intihar riski, yetersiz baş etme ve yetişkinlikteki ilişki problemleri ile ilişkilidir (Mannarino ve Cohen, 2006; Noll ve diğ., 2003; Testa, VanZile-Tamsen ve Livingston, 2005). Genel olarak, cinsel istismarın, özellikle psikolojik direnci düşük ve daha az koruyucu faktöre sahip, çocuklar üzerinde uzun süreli ve önemli zararlara yol açan etkileri olabilir.

Yoksulluk. Yoksulluk, konut istikrarsızlığı (Adam, 2004); kaotik aile ortamı (Evans, Gonnella, Marcynyszyn, Gentile ve Salpekar, 2005); uyumsuz akran ilişkileri (Leventhal ve Brooks-Gunn, 2003); düşük su kalitesi; daha az park ve topluluk şiddeti gibi birçok sorunla ilişkilidir. Diğer bir deyişle, yoksulluk, çocukları davranış bozukluğuna yönelik birçok risk faktörüne maruz bırakmaktadır.

ABD'de çocukların yaklaşık %29.2'si yoksul bir çevrede büyümektedir (Urban Institute, 2004). Bu oran etnik kökene bağlı olarak değişmektedir: Hispanik / Latinler için %54.5, Afrika kökenli Amerikalılar için %44.4 ve Beyaz Amerikalı çocuklar içinse %21.4'dür (Urban Institute, 2004). Bu sayılar kentsel, şehiriçi bölgelerde yaşayan ve yoksul kırsal alanda yaşayan çocukları içermektedir (Evans, 2004). Yoksulluk içinde büyümenin, saldırganlık, davranış bozukluğu ve karşıt gelme bozukluğu gibi çoğu davranış dışavurumuyla ilgili olan problemlerle ilişkisi bulunmaktadır (Conger ve Donnellan, 2007; Grant ve diğ.,2004; Kiser,2007; Wadsworth ve Berger, 2006).



Çocukların yetiştiği zor çevre koşullarının onların sağlığı üzerinde önemli etkisi vardır.

Tablo 11.2'de çocuklarda davranışsal / duygusal problemlere yönelik diğer risk faktörleri listelenmiştir. Bu risk faktörlerinin çok sayıda olması göz önüne alındığında, çocukların bunlardan en az birine maruz kalması şaşırtıcı değildir. Örneğin, Ulusal Ergen Sağlığı Boylamsal Çalışması (National Longitudinal Study of Adolescent Health; Parra, DuBois ve Sher, 2006) 11. sınıfların; %43'ünün bir çeşit sosyo- ekonomik dezavantaja (yoksulluk, uygunsuz barınma, tek ebeveyn gibi) sahip olduğunu, %21'inin ebeveyn çatışması, istismar ve yetersiz okul şartlarına maruz kaldığını ve %4'ünün ise ailesinde psikopatoloji öyküsü bulunduğunu göstermiştir. Sonuç olarak, gençlerin sadece 1/3'ünün (%32) düşük risk grubunda olduğu bulunmuştur.

Koruyucu Faktörler

Risk faktörlerinin çocuklarda sorunlar ortaya çıkarma ihtimalini arttırdığını kabul etmekle birlikte, *koruyucu faktörlerin* de olumsuz durumların etkilerini azaltabileceğini veya ortadan kaldırabileceğini kabul etmek gerekir (Wright ve Masten, 2005). Risk faktörleri gibi, koruyucu faktörler de çocuğun, ailenin, toplumun, kültürün içinde yer alabilir (bknz. Tablo 11.3).

Genel olarak bu koruyucu faktörler araştırma yoluyla iyi incelenmiş ve tüm yaştaki ve gelişim seviyesindeki çocuklarla ilişkili bulunmuştur (Wright ve Masten, 2005). Şekil 11.1'de bir veya daha fazla risk faktörüne maruz kalan çocuk-

ların, koruyucu faktörler de olduğu zaman, olumlu gelişim gösterdiği *esneklik süreci* anlatılmaktadır (Seifer, 2003).

TABLO 11.2

Çocuklarda Psikolojik Problemlerin Gelişimindeki Risk Faktörleri

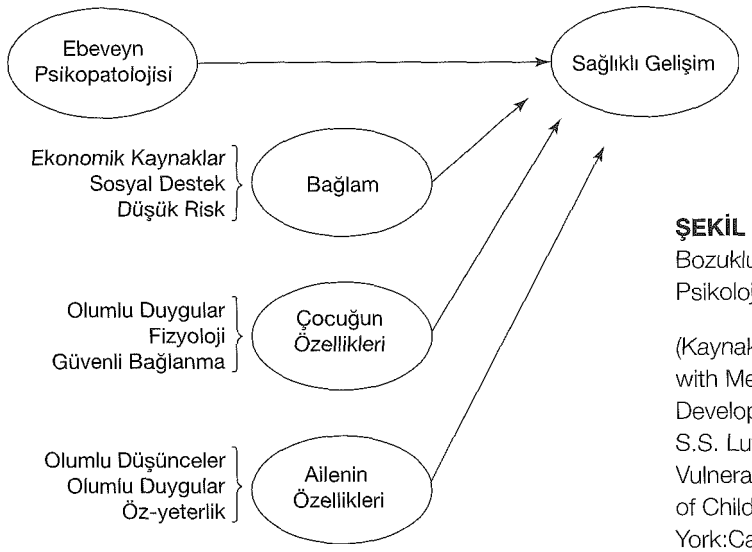
Çocuğun Kendisi ile ilgili Risk Faktörleri / Psikolojik Risk Faktörlerine Örnekler
Zor mizaç
Yetersiz başa çıkma mekanizmaları
Sınırlı problem çözme becerileri
Ailesel Risk Faktörlerine Örnekler
Ebeveynde bulunan psikopatoloji
Ebeveyn çatışması
Sert ebeveynlik
Fiziksel istismar
Cinsel istismar
Psikolojik kötü muamele
İhmâl
Sosyal Risk Faktörlerine Örnekler
Yoksulluk
Yetersiz okul koşulları
Şiddet mahalleleri
Kazançlı istihdam olanaklarının yetersiz olması
Kültürel Risk Faktörlerine Örnekler
Şiddet kültürü
Irk ayrımı

Bu Kısmın Özeti: Çocuklarla çalışan psikologlar, çocukların davranışını etkileyen birçok farklı bağlamı anlamak zorundadırlar. Çocuk psikoloğu, çocuğa ulaşmak ve yardım etmek için aileyle etkileşime geçmek zorunda olduğundan, ebeveynlerle ilgili faktörler oldukça önemlidir. Birçok çocuk, biyolojik (örn., belli huylara yatkınlıkları), ailevi (ebeveyn-çocuk etkileşimi, ebeveynde psikopatoloji öyküsü, ebeveyn çatışması ve istismar gibi) ve sosyal risk faktörüne (yoksulluk, zor çevre koşulları) maruz kalmaktadır. Koruyucu faktörler, zorlayıcı yaşam şartlarına karşın çocukların psikopatoloji geliştirmesi olasılığını azaltabilir.

TABLO 11.3

Çocuklarda Psikolojik Sorun Riskini Azaltmaya Yardımcı Olabilecek Koruyucu Faktörler

Kişisel/Psikolojik Koruyucu Faktörlere Örnekler
Sosyal ve uyumlu mizaç
İyi bilişsel yetenekler ve problem çözme becerileri
Etkili duygusal ve davranışsal düzenleme stratejileri
Özgüven ve yüksek benlik saygısı gibi olumlu benlik algısı
Gelecekle ilgili umutlu duygulara sahip olmak gibi hayata ilişkin olumlu bakış açısı
Başkaları tarafından önem verilen yetenek ve mizah duygusu gibi özelliklere sahip olma
Ailesel Koruyucu Faktörlere Örnekler
Kararlı ve destekleyici bir ev ortamı
Düşük seviyede ebeveyn anlaşmazlığı
Duyarlı bakıcıyla yakın ilişki
Yetkin ebeveynlik tarzı (samimiyet, yapılandırma / izleme ve beklentiler)
Olumlu kardeş ilişkileri
Geniş ailenin üyeleriyle destekleyici bağlantıları
İnanç ve dini inançlar
Çocuğun eğitimine katılan veliler
Sosyo-ekonomik avantajlar
Ebeveynlerin lise sonrası eğitim almış olması
Sosyal Koruyucu Faktörlere Örnekler
Sevecen yetişkin rehberler ve olumlu sosyal yaşıtlarla kurulan bağlantılar
Kaliteli mahalle (güvenli, toplum şiddet düzeyi düşük, uygun fiyatlı konut)
Eğlence merkezleri, temiz hava ve kaliteli suya erişim
İyi eğitimli öğretmenlere, okul sonrası programlara ve okul sosyal etkinlik (rekreasyon) kaynaklarına (spor, müzik, sanat) sahip kaliteli okullar
Ebeveynler ve gençler için istihdam olanakları
Halk sağlığının iyi düzeyde olması
Acil durum hizmetlerine (polis, itfaiye, sağlık) erişim
Kültürel Koruyucu Faktörlere Örnekler
Eğitime aktarılan değer ve kaynaklar
Çocuk işçiliği yasaları ve çocuk sağlığı ve refahına yönelik koruyucu politikalar
Baskı veya siyasi şiddetten koruma ve şiddeti önleme
Fiziksel şiddetin kabulünün düşük olması



ŞEKİL 11.1 Ebeveynlerinde Ruhsal Bozukluk Bulunan Küçük Çocukların Psikolojik Dayanıklılık Süreci

(Kaynak: R.Seifer, 2003, "Young Children with Mentally Ill Parents: Resilient Developmental Systems,"den aktaran S.S. Luthar (Ed.), Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities, syf. 43. New York:Cambridge University Press.)

ÇOCUKLARDA KLİNİK DEĞERLENDİRME

Bu Kısma Bakış: Çocuklarda klinik değerlendirme yapılırken, zorluklar yaşayan çocukların sınırlılıklarını ve güçlü yönlerini tespit etmek için birçok teknik kullanılır. Sık kullanılan değerlendirme teknikleri, davranış değerlendirme ölçekleri, klinik görüşmeler, zekâ ve başarı testleri, davranışsal gözlem ile aile ve akran işlevselliğini ölçmek için kullanılan araçlardır.

Klinik değerlendirme, çocuklarda ve yetişkinlerde, tanı koyma, tedavi tavsiyeleri yapma, hastalığın seyrine ilişkin bilgi edinme ve terapi sürecini değerlendirme gibi birçok amaca hizmet eder. Değerlendirme aşamasında, klinik çocuk psikoloğu gelişimsel ve bağlamsal faktörleri özellikle dikkate almalıdır. Çocukların değerlendirmeleri yetişkinlerden daha kapsamlı olmalıdır. Bilgi okul, aile ve akran grubu da dâhil olmak üzere çocuğun önemli yaşam alanlarını yansıtan farklı kaynaklardan elde edilmelidir (Kamphaus ve Frick, 2005).

Klinisyenler, ebeveynler ve öğretmenlerle yapılan görüşmelere ve onlardan gelen davranış değerlendirme ölçekleri ile elde edilen bilgiye özel önem gösterirler. Çocuğun duygusal ve davranışsal durumu çoğunlukla ailenin doğasına bağlı olduğundan, değerlendirme çoğu kez çocuğun aile içindeki davranışlarını (ebeveyn-çocuk etkileşiminin gözlemlenmesi) ve ebeveyn işlevselliğini (ebeveyn depresyonu, ebeveynler arası çatışma) içerir.

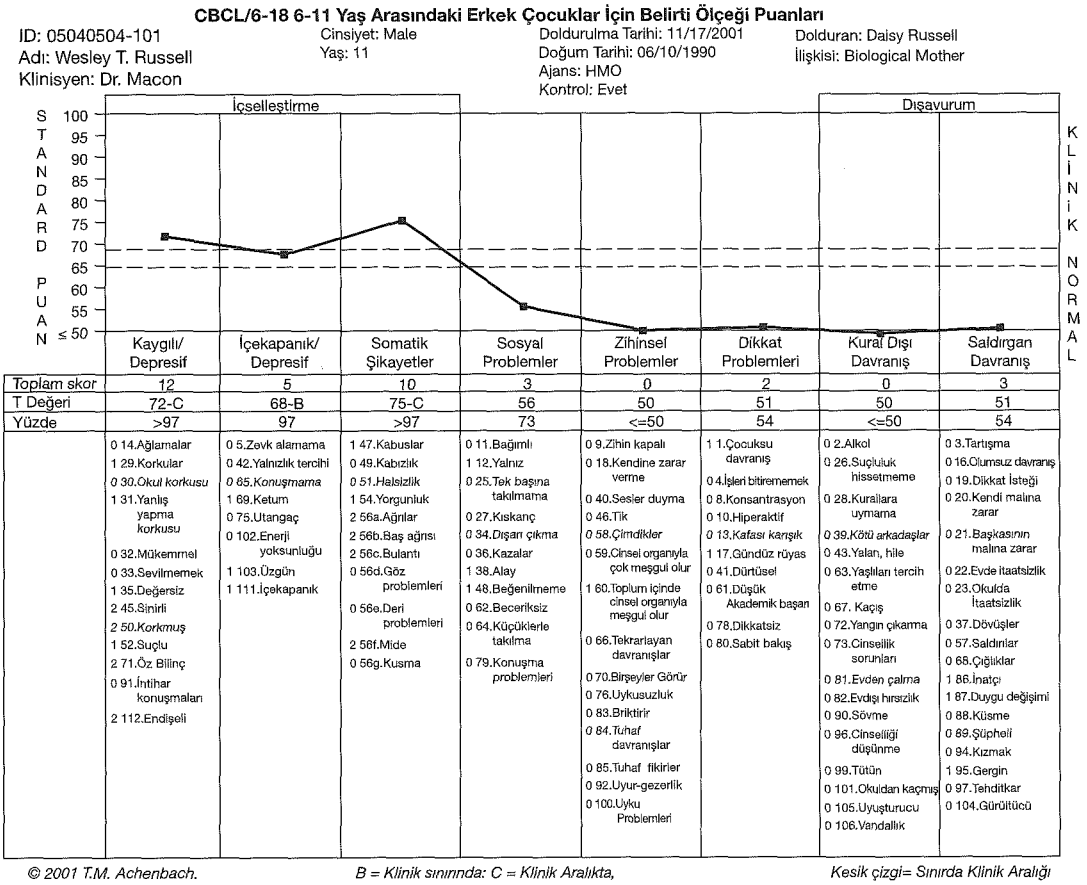
Birçok çocuğun çocuk psikoloğuna yönlendirilme sebebi okul kaynaklı problemlere dayandığından, klinik değerlendirme rutin olarak okul performansının (zekâ ve başarı testleri vasıtasıyla) ve okul içindeki davranışların değerlen-

dirilmesini de içerir. Bu nedenle, çocuklar için yapılacak standart bir değerlendirme; farklı kaynaklardan gelen davranış değerlendirme ölçeklerini, klinik görüşmeyi, zekâ ve başarı testlerini, yapılandırılmış gözlemleri ve aile ile akranların işlevselliğinin değerlendirilmesini içerir.

Davranış Değerlendirme Ölçekleri

Davranış değerlendirme ölçekleri neredeyse tüm çocuk değerlendirme programlarının standart bir parçası olmuştur. Değerlendirme ölçekleri genellikle çocukların problemli davranışlarının (örn., huzursuzluk, dikkat dağılması, utangaçlık ve içekapanıklık) bir listesini içerir. Ebeveyn veya öğretmen, her davranışın ne sıklıkla ortaya çıktığına göre çocuğu değerlendirir. Davranış ölçekleri kapsamlarına göre değişiklik gösterirler. Bazıları belirli bozukluklara odaklanırken (Çocuk Depresyon Envanteri; Kovacs, 1992), bazıları problemli davranışların tamamını kapsar (Çocuklar İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği-ÇDDÖ (Child Behavior Checklist-CBCL); Achenbach ve Rescorla, 2001). Ucuz, uygulaması kolay, geçerli ve güvenilir olmaları nedeniyle, davranış değerlendirme ölçekleri klinik değerlendirmenin rutin bir parçasıdır.

Şekil 11.2'de, astım ve baş ağrıları nedeniyle sık sık devamsızlık yaptığı için sevk edilen, 11 yaşındaki Wesley için annesi tarafından doldurulan ÇDDÖ sonuçları gösterilmektedir (Achenbach ve Rescorla, 2001). Profil Wesley'nin yaşıtlarına göre klinik seviyede kaygı / depresyon, İçekapanık / depresyon ve somatik şikayetleri olduğunu göstermektedir. ÇDDÖ, klinik uygulamalarda kullanılmak üzere görgül olarak geliştirilen ve öğretmenler ve gençler tarafından doldurulabilecek paralel formları olan bir ölçektir.



ŞEKİL 11.2 Wesley Russell için Annesi tarafından doldurulan CBCL belirti profili

Kaynak: Achenbach ve Rescorla, 2001. Manual for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) School-Age Formsand Profiles, Burlington,VT:University of Vermont, Research Center for Children,Youth,and Families. © 2001 University of Vermont.s.65. Tüm isimler kurgudur.

En sık kullanılan davranış değerlendirme ölçekleri yüksek test-tekrar test güvenirliğine ve geçerliliğine sahiptirler (Kamphaus ve Frick, 2005). Örneğin, Achenbach Görgül (Ampirik) Değerlendirme Sistemi (Achenbach System of Empirically Based Assessment-ASEBA-) güçlü psikometrik özelliklere sahiptir. Benzer şekilde, Conners'ın (1998) *Aile Değerlendirme Ölçeği* ve Öğretmen Değerlendirme Ölçeği (Conners Parent Rating Scale and Teacher Rating Scale), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocukları diğer davranış problemlerine sahip çocuklardan ayrıştırabilmektedir. Aynı zamanda ilaç tedavisi gören çocuklarla plasebo tedavisi gören çocukları da sınıflandırabil-

mektedir. Bu bilgiler değerlendirildiğinde, ebeveyn, öğretmen ve çocukların kişisel beyanları bize çocuğun işlevselliği hakkında güvenilir, geçerli, ekonomik ve yararlı bilgiler sağlar.

Klinik Görüşmeler

Yapılan bir araştırmada, çocuk ve ergen psikologlarının %71'i, klinik görüşme uygulamasının klinik değerlendirmenin en önemli parçası olduğunu belirtmişlerdir (Cashel, 2002). Yetişkin değerlendirmelerinde olduğu gibi çocuk psikologları da yapılandırılmış veya yapılandırılmamış görüşmeleri ayrı ayrı veya çoğu klinisyenin yaptığı gibi her ikisini birlikte kullanabilirler (Bu görüşme türleri hakkındaki tartışma için, bknz. Bölüm 4).

Yapılandırılmamış görüşmelerde klinisyen ebeveynlerle ve -çocuğun yaşına ve bilişsel olgunluğuna bağlı olarak- çocukla görüşür. Ebeveynlerle görüşürken klinisyen şu hedeflere ulaşmayı hedefler; a) terapötik ilişki kurmak, b) çocuğun sorunu hakkında ayrıntılı bilgi edinmek, c) sorunun çizelgesini oluşturmak, d) çocuğun gelişim süreci hakkında bilgi edinmek ve e) çocuğun sorununu arttırabilecek aile içi faktörleri ortaya çıkarmak.

Çocukla gerçekleştirilen yapılandırılmamış görüşmeler, çocuk ve sorunların ortaya çıktığı çevre hakkında çok önemli ipuçları sağlar (Sattler ve Hoge, 2006; Welsh ve Bierman, 2003). Çocukla yapılan görüşmenin amacı ebeveynlerle yapılandan farklıdır ve şunları içerir; a) terapötik ilişki kurmak, b) sevke neden olan problemle ilgili çocuğun anlayışını değerlendirmek, c) çocuğun problemle ilgili açıklamalarını değerlendirmek, d) çocukluk dönemi depresyonu ve kaygı bozukluğu rahatsızlıkları ile ilişkili korku, üzüntü, kaygı, kızgınlık ve düşük özgüven gibi kavramlarla ilgili açıklamalar elde etmek, e) görüşme boyunca çocuğu gözlemlemek.

Ebeveyn ve çocukla yapılan yapılandırılmamış görüşmeler çok önemli olsa da, birçok klinik araştırmacı tanıyla ilgili kararlarını vermek için yapılandırılmış klinik görüşmeleri kullanırlar. Çocuklar için Tanılayıcı Görüşme Planı (Diagnostic Interview Schedule for Children-DISC; Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan ve Schwab-Stone, 2000) gibi yapılandırılmış görüşmeler hem çocuklara hem de ebeveynlere uygulanabilir. Yapılandırılmış görüşmeler, tanıya yönelik geçerli ve güvenilir bilgi sağlama avantajlarına sahip olmalarına rağmen, bu görüşmelerin oldukça uzun olması (yaklaşık 2 saat) ve genellikle klinisyenin çocuk veya ebeveynle terapötik ilişki kurmasını desteklememesi temel sınırlılıklarıdır. Bu nedenlerle, birçok klinisyen yapılandırılmamış görüşmelerin sağladığı klinik hassasiyetle yapılandırılmış görüşmelerin sağladığı tanısal güvenirliği birleştiren yarı-yapılandırılmış görüşmeleri kullanmaktadır. Yarı-yapılandırılmış görüşmelerin bir örneği Çocuklar ve Ergenler için Yarı-Yapılandırılmış Klinik Görüşme'dir (Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents; McConaughy ve Achenbach, 2001).

Zekâ ve Başarı Testleri

Önemli sayıdaki çocuk, ilköğretimin ilk yılındaki düşük okul başarısından dolayı ruh sağlığı merkezlerine sevk edilmektedir. Aslında akademik başarı ile davranış problemleri arasında karmaşık ve iki yönlü bir ilişki vardır. Davranış problemleri akademik başarıyı düşürebileceği gibi, okul hayatındaki zorluklar da davranış problemlerinin kötüleşmesine yol açabilir.

Bir dönem, davranışsal veya akademik problemleri olan çocukların yasal hakları olan okul destek hizmetlerini (ders, özel yerleştirme) alabilmeleri için bireyselleştirilmiş ve standardize edilmiş, zekâ/başarı testleri sonucunda koyulmuş bir tanı almaları gerekiyordu. Günümüzde bu standardize ölçümler çok daha detaylı bir değerlendirmenin parçasıdırlar.

Günümüzde çocuklar için en sık kullanılan zekâ testi, Wechsler Çocuklar İçin Zeka Testi'dir (WISC-IV)(Wechsler, 2003). Bölüm 5'te anlatıldığı üzere WISC-IV, 6-17 yaş arasındaki çocuklara uygulanabilir. WISC-IV tüm ölçek zeka bölümü puanı, 4 tane birleştirilmiş endeks skoru (sözel kavrama, algısal muhakeme, çalışma belleği ve işlemleme hızı) ve alt test puanlarını verir. ABD'de akademik başarıyı ölçmek için en sık kullanılan ölçek ise yine Bölüm 5'te bahsettiğimiz Woodcock-Johnson Psiko-Eğitim Bataryası'dır (Woodcock-Johnson Psycho-Educational Battery–Third Edition [WJ-III]; Woodcock, McGrew ve Mather, 2000). WJ-III, çocukların eğitim ve okul ortamında edindiği bilgiyi ölçmek için kullanılır. Farklı sınıflardaki çocuklar farklı konulardan sorumludur, fakat bütün yaşlarda ölçülen özellikler, genel okuma, genel matematik ve yazılı ifadedir.

Projektif Testler

Çocuklarda kullanılan projektif testler; Rorschach Mürekkep Lekesi Testi, TAT'nin çocuklar için geliştirilmiş versiyonu olan Çocuklar için Algı Testi (Children's Apperception Test (CAT); Bellak, 1954), Bir İnsan Çiz (Koppitz, 1968) ve Ev-Ağaç-İnsan (Buck, 1948) gibi çizim testleri ve Cümle Tamamlama Testi'dir (Rotter, Lah ve Rafferty, 1992).

Bölüm 5'te anlatıldığı gibi projektif testlerin kullanımı tartışmalıdır ve bu tartışma projektif testlerin çocuk değerlendirmelerinde kullanımı için de geçerlidir. Bu testlerin test-tekrar test ve değerlendiriciler arası güvenirliği özellikle çocuk örneklemlerinde kabul edilemeyecek kadar düşüktür (Lee ve Wood, 2003; Wood, Nezworski, Lilienfield ve Garb, 2003). Bunlara ek olarak, projektif testlerin artan geçerliği için de herhangi bir kanıt bulunmamaktadır. Bir başka deyişle, bu testler çocuk hakkında önemli bilgiler sağlasa da (Örneğin, CAT'deki saldırganlık puanı, saldırgan davranışı yordamaktadır), aynı bilgiler, görüşme, gözlem veya daha basit, güvenilir ve geçerli araçlarla zaten elde edilebilmektedir (Hunsley ve diğ., 2003).

Yaklaşık 30 yıl önce, bir araştırmacı projektif testler hakkında bildiklerimizi şöyle özetlemiştir: çocuklara projektif test uygulamak "bazen..... bize zaten bildiğimizi kötü bir şekilde söyler" (Gittelman, 1980, s.434). Bu özet günümüzde de doğrudur. Bununla birlikte, bazı klinisyenler, yarı-tanılayıcı ve açıklayıcı (çocuğun kendini aile içinde nerede gördüğü gibi) faydalarını gerekçe göstererek halen bu testleri kullanmaya devam etmektedir. Fakat diğer klinisyenler testlerin düşük psikometrik yeterliği ve bu düşük yeterlilikten doğan önyargı ve hatalarla ilgili endişelerini korumaktadır.

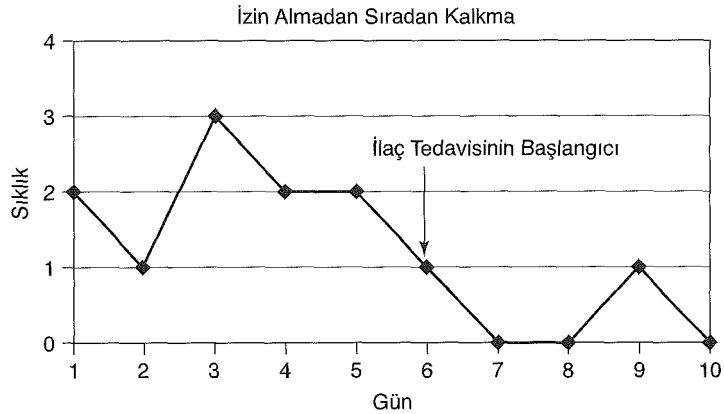
Davranışsal Gözlemler

Davranışsal gözlemler çocukluk dönemi bozukluklarını değerlendirmenin önemli bir parçasıdır. Problemler genellikle okulda veya evde ortaya çıktığından, bu ortamlarda yapılacak gözlemler, klinisyene, ebeveynler veya öğretmenler tarafından görüşme veya ölçekler yoluyla verilen bilgilerin yeniden değerlendirilmesi ve doğrulanması için bir fırsat sunar.

Günümüzde, klinisyenlerin ev gözlemleri gerçekleştirmesi oldukça nadirdir, fakat klinisyenler ebeveyn-çocuk etkileşimini ofiste incelemeye fırsat verecek bazı düzenlemeler yaparlar (örn., Brinkmeyer ve Eyberg, 2003). Okul gözlemleri, okul bahçesindeki davranışların takibini içerse de, genellikle sınıf içi davranışlara odaklanır (Winsor, 2003). Sınıf içi gözlemler, görevi bırakma, yerinde duramama, yıkıcı ve uyumsuz olma gibi DEHB ile ilişkili davranışlara odaklanır (Winsor, 2003). Gözlemler, ilaç tedavisine başlayan çocuklardaki davranışsal değişimleri takip etmek için de kullanılabilir (Brown, Carpenter ve Simerly, 2005)(bknz. Resim 11.3).

Aile Etkileşimi Değerlendirmeleri

Çocuklarda klinik değerlendirme çocuğun aile bağlamında incelenmesini de gerektirir. Bu süreç, çocuk ebeveyn etkileşiminin klinikte gözlemlenmesiyle gerçekleştirilebileceği gibi, ev gözlemleri yoluyla da gerçekleştirilebilir. Aile bağlamında değerlendirme genellikle basit gözlemlerin ötesine giderek şu alanlarda bilgi edinmeyi amaçlar (Kamphaus ve Frick, 2005): a) ailede psikopatoloji geçmişi, b) ebeveyn psikopatolojisi, c) evlilik ilişkisi ve ebeveyn çatışması, d) çocuk yetiştirme yöntemleri ve disiplin uygulamaları, e) stres ve algılanan destek.



ŞEKIL 11.3 Davranışsal Gözlemle Toplanan Veriye Örnek

Kaynak: R.T.Brown, L.A.Carpenter ve E. Simerly, 2005, Mental Health Medications for Children: A Primer, s.89. New York: Guilford.)

Bazen çocuk klinisyenleri neden bu bilgilere ihtiyaç duyduklarını açıklamakta zorlanabilirler. Ebeveynler sadece çocuğun sorunları hakkında konuşmak isterler ve ebeveynler davranışları sorgulandığında, çocuğun problemleri için suçlandıklarını düşünürler. Çocuk klinisyenleri, çocuğun problemlerinden dolayı aileye karşı suçlayıcı veya aşağılayıcı bir tutum takınmama konusunda çok dikkatli olmalıdırlar. Klinisyenler değerlendirmenin niteliğini diplomatik fakat net bir şekilde açıklamak ve değerlendirmenin amacının suçlu bulmak olmadığını vurgulamak zorundadır. Sonunda, çoğu ebeveyn değerlendirmenin bu yönlerinin neden önemli olduğunu anlamaktadır.

Akran Etkileşimi Ölçümleri

Birçok sosyal beceri, akran etkileşimlerinde öğrenildiği ve sorunlu akran ilişkileri ilerleyen dönemdeki davranışsal ve psikolojik problemlerin güçlü bir yordayıcısı olduğu için (Collins ve Steinberg, 2006), klinisyenler çocukların akran ilişkileri ile ilgilenmektedir. Akran sosyo-metresi olarak bilinen bir değerlendirme sürecinde çocuklar sınıf veya oyun arkadaşlarını 2 basit soruya cevap vererek değerlendirir: "Kimi seviyorsunuz?" ve "Kimi sevmiyorsunuz?". Cevaplar gruptaki her bir çocuk için 2 puan ortaya çıkarır: çocuğu sevdiğini söyleyen arkadaşlarının sayısını veren popülerlik indeksi ve çocuğu sevmediğini söyleyen arkadaşlarının sayısını gösteren red indeksi.

Akran sosyometriği verileri oldukça geçerli ve güvenilir olmasına rağmen, bu tür veriyi toplamak zordur ve özellikle okul ortamında reddedilen çocuğun damgalanmasına yol açacağına dair endişeler de vardır. Bu nedenle, bazı klinisyenler çocuğun sosyal etkileşimlerini öğretmen değerlendirmesi yoluyla veya

çocuğa sosyal kaygı, yalnızlık ve sosyal amaçlarını sorarak, değerlendirmeyi daha uygun bulmaktadırlar (Mpofu, Camey ve Lambert, 2006).

Zaman ve maddi kısıtlılıklar nedeniyle, birçok klinisyen bu bölümde anlatılan tekniklerden bazılarını seçmek zorundadır. Bu nedenle klinisyenler, çocuğun sevk edilme gerekçesiyle en çok ilişkili gördükleri teknikleri kullanırlar. İdeal olan, klinisyenin hem yaygın (bir dizi davranışı ölçen), hem de spesifik davranışları ölçen (sevk nedeniyle ilgili belirtileri derinlemesine inceleyen), farklı kaynaklardan (anne, baba, öğretmen, çocuk), farklı yöntemlerle (davranış ölçekleri, gözlem) bilgi toplayan ve değerlendirilen, çocuğa uygun, geçerli ve güvenilir değerlendirme yöntemlerini seçmesidir. Böyle bir kapsamlı değerlendirmenin sonucunda, klinisyen, tanıyı koyabilir, çocuğun davranışsal / duygusal probleminin seviyesini değerlendirebilir ve çocuğun davranışının oluştuğu çevresel ve bağlamsal faktörler hakkında tam bir bilgiye sahip olabilir.

Bu Kısmın Özeti: Çocuğun davranışının genellikle davranışın ortaya çıktığı bağlamla ilişkili olması nedeniyle çocuk ve ergen değerlendirmesi, genellikle yetişkin değerlendirmesinden daha karmaşıktır. Değerlendirme sürecinde, davranışsal, duygusal, bilişsel, zekâ ve başarı işlevselliği ve aile ile akran işlevselliği gibi birçok farklı özellik göz önüne alınmalıdır. Farklı kaynaklar (örn., anneler, babalar, öğretmenler, akranlar ve çocuğun kendisi) genellikle çocuğun davranışına farklı anlamlar yükler, çocuğun davranışını aynı açıdan değerlendirmez. Fakat farklı kaynaklardan gelen bilgilerin entegre edilmesi, çocuğun davranışının kapsamlı bir şekilde anlaşılması ve gerekiyorsa tedaviyle ilgili önerilerin sunulabilmesi için çok önemlidir.

ÇOCUKLUK DÖNEMİNE ÖZGÜ BOZUKLUKLAR

Bu Kısma Bakış: Bu bölümde çocukluk dönemine özgü bozukluklar ele alınacaktır. İlk olarak bu bozukluklarda kullanılan klinik ve görgül sınıflandırmalar ele alınacaktır. Tüm bozuklukların ele alınması bu bölümün kapsamı dışında kalmaktadır. Fakat dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, karşıt gelme bozukluğu, majör depresif bozukluk, kaygı bozuklukları, otizm ve pediatrik problemlerin belirtileri, özellikleri ve sıklıkları bölüm içerisinde tanımlanacaktır.

Çocukluk Dönemi Bozukluklarının Sınıflandırılması

Çocuk bozukluklarının sınıflandırılmasının gelişimi, her ne kadar aynı amacı gütseler de, yetişkin hastalıklarından farklı bir seyir izlemiştir. Yetişkin bozuklukları genel olarak *klinik olarak türetilmiş* tanı kategorilerine göre sınıflandırılmıştır. Klinik olarak türetilmiş sistem, klinik ve araştırma deneyimlerini tanı kriterlerini belirlemek üzere kullanan uzmanların yargılarına dayanmaktadır. Bu yaklaşımın DSM için avantaj ve dezavantajları Bölüm 3'te tartışıldığından, bu bölümde aynı

avantaj ve dezavantajların çocuklar için koyulan tanılarda da söz konusu olduğunu söylemekle yetineceğiz.

Daha önceden bahsettiğimiz gibi, DSM'nin revizyonları yetişkin tanıları için yıllar içinde güçlenmiştir fakat çocuklar için kullanımında halen sınırlılıklar bulunmaktadır. Önemli bir gelişme DSM-IV'ün kapsamında yaşanmıştır; DSM-IV, DSM-III'e göre dört kat daha fazla çocukluk dönemi kategorisi içermektedir. DSM-IV'ün planlama komitesinin önemli bir hedefi de çocukluk dönemi bozukluklarının sınıflandırılması için gelişimsel bir çerçeve sunmaktı.

Ne yazık ki, bu konuda sunulan tutarlı tek gelişimsel veri, bozuklukların başlama yaşı ve bozuklukların süreci hakkında bilgi vermektedir. Dahası, DSM-IV tanı kriterleri gelişimsel değişiklikleri yansıtacak şekilde uyarlanmamıştır. Örneğin, DSM-IV farklı yaşlardaki çocuklarda dikkat dağınıklığı probleminin tanılanmasına yönelik herhangi bir yönlendirme içermemektedir. Buna ek olarak klinisyenlere birçok bozukluk için, yetişkin kriterlerinin (bir şekilde belirtilerin çocukluk çağında kendini nasıl göstereceğine adapte ederek) kullanılmasını önermektedir. Benzer şekilde, bazı bozuklukların (saldırganlık) kız ve erkeklerde farklı şekilde tezahür ettiğine dair kanıtlar olmasına karşın, DSM-IV, kız ve erkekler için aynı tanı kriterlerinin kullanılması gerektiğini belirtmektedir. Son olarak, DSM'nin 4. baskısı bebeklik ve erken çocukluk bozukluklarının çok azını kapsamaktadır. Bu sebeple birçok klinisyen "*Bebeklik ve Erken Dönem Çocukluk Ruh Sağlığı ve Gelişim Bozukluklarının Tanısal Sınıflandırması* (0-3)"nı (Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, Zero to Three, 2005) kullanmaktadır. Fakat ideal olan, tüm gelişim düzeylerindeki bozuklukların DSM'de tek bir çatı altında toplanmasıdır.

DSM kullanılarak çocuklara tanı koymakta yaşanılan diğer bir zorluk ise, aynı kişide iki veya daha fazla rahatsızlığın aynı anda gelişimi olan, *komorbidite* (eş tanı) ile ilgilidir. Komorbidite yetişkin klinik popülasyonda yaygın bir sorun ve çocuklarda ise bir istisnadan çok bir kuraldır (Oland ve Shaw, 2005; Wolff ve Ollendick, 2006). Örneğin, davranım bozukluğu için sevk edilen ergenlerin %65 ile %90'ı aynı zamanda DEHB kriterlerini de karşılamaktadır. Kaygı bozukluğu nedeniyle sevk edilen çocukların %83'ü ise kaygı bozukluğuna ek olarak en az bir bozukluğun daha kriterlerini karşılamaktadır (Verduin ve Kendall, 2003). Yüksek komorbidite oranları DSM-IV'ün çocuklar ve ergenler için uygunluğu hakkında soru işaretleri doğurmaktadır (Jensen, 2003).

Son olarak, depresyon ve alkol kötüye kullanımı gibi DSM tanılarının, test-tekrar test ve değerlendiriciler arası güvenirliği, çocuklarda yetişkinlere nazaran çok daha düşüktür (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1998). Tüm bunlara karşın, DSM-IV, ABD'de çocuklar ve yetişkinler için en çok kullanılan sınıflandırma sistemidir (Mash ve Dozois, 2003).

DSM'nin karakteristiği olan klinik yaklaşımın tersine, görgül temellere dayalı olan yaklaşım, tanı kriterini oluşturan belirtilerin belirlenmesinde büyük miktarda verinin istatistiksel analizlerine dayanır. Çocukluk psikopatolojilerinin tanımlanmasında görgül yaklaşım Dr. Thomas Achenbach'ın çalışmalarında (1978; Achenbach ve Edelbrock, 1979, 1981) somutlaşmıştır. Achenbach, çocukluk çağının en sık görülen problemlerinin değerlendirilmesi için 100'den fazla ölçek geliştirmiştir. Achenbach, tanı almış ve almamış, 4-18 yaş arası, 1000'den fazla çocuğun ebeveynlerine ve öğretmenlerine bu değerlendirme ölçeklerini uygulamıştır. Sonuçlar çocuğun yaşı ve cinsiyetine göre biraz farklılık gösterse de, çocukluk çağı davranış sorunlarını yansıtan bir grup faktör ortaya çıkmıştır. Şekil 11.2'de ÇDDÖ'ye göre değerlendirilen bir çocuk için örnek profil gösterilmektedir. Tablo 11.4'te ise ÇDDÖ için dar ve geniş faktörler örnek maddelerle birlikte sunulmaktadır (Achenbach ve Rescorla, 2001).

Üst faktörler olan *içselleştirme* ve *dışsallaştırma* rutin olarak çocukların davranışlarının kavramsallaştırılmasında kullanılmaktadır. Bu kavramsallaştırmalar on yıllardır kullanılmaktadır (Achenbach ve Edelbrock, 1978) günümüzde de devam etmektedir (Achenbach ve Rescorla, 2007). Dışsallaştırma faktörü; hiperaktivite, saldırganlık ya da suç davranışı gibi çocuğun çevresindekileri rahatsız edici dışavurum davranışlarını ifade etmektedir. İçselleştirme ise çocuğun deneyimlediği, depresyon, kaygı, somatik şikâyetler, belirgin olmayan diğer sıkıntılar, yalnız kalma zorluğu gibi sorunları içermektedir. Bu iki üst faktör çocukluk çağı davranışsal problemlerini ayrıştırmada geçerli ve güvenilir bir yol sunmaktadır. Dışsallaştırma ve içselleştirme üst faktörlerinin çocuğun davranışını kavramsallaştırmada yardımcı olmasına rağmen, birçok klinisyen ve araştırmacı özelikle alt faktörlere de (örn., kaygılı / depresif ve saldırganlık) bakmaktadır.

Yetişkin tanılamasında çalışan klinisyenlerle aynı endişeleri taşıyan bazı klinisyenler, tanılamada klinik ve görgül yaklaşımları bir arada kullanmaya çalışmaktadır. Örneğin, bazı araştırmacılar ÇDDÖ profilinin DSM-IV tanılarıyla ne kadar örtüştüğünü bulmayı amaçlayan çalışmalar yürütmüşlerdir (Achenbach, Dumenci ve Rescorla, 2003; Krol, DeBruyn, Coolen ve vanAarle, 2006). Diğer bir grup araştırmacı ise DSM'nin daha boyutlu ve görgül tabanlı olan bir sonraki basımını (DSM-V) oluşturmak ile ilgilenmektedirler (Achenbach ve diğ., 2003; Hankin, Fraley, Lahey ve Waldman, 2005). Son olarak, birçok klinisyen ise sorunlu ebeveyn-çocuk etkileşimi ya da kötü muamele gibi ek tanıların DSM-V'teki ilgili tanılara eklenmesi için çalışmaktadır (Beach, Wamboldt, Kaslow, Heyman ve Reiss, 2006; Heyman ve Slep, 2006).

TABLO 11.4

ÇDDÖ Alt - Üst Faktörleri ve Örnek Maddeler

İçselleştirme		Dışsallaştırma
Kaygılı / Depresif	**Sosyal Problemler**	**Kural Dışı Davranış**
Değersiz hissetme	Yalnızlık	Kurallara uymama
Korkular	Kıskançlık	Evden bir şeyler çalma
İntihar söylemleri	Akranları tarafından sevilmeme	Evden kaçma
İçekapanık / Depresif	**Zihinsel Problemler**	**Saldırgan Davranış**
Yalnız kalmayı tercih etme	Bir şeyler görme / duyma	Şikayetçi olmak
Üzgün	Garip davranışlar	Kendi eşyalarına zarar vermek
Enerji yoksunluğu	Garip düşünceler	Diğerlerine saldırmak
Somatik Şikayetler	**Dikkat Problemleri**	
Yorgunluk	Görevleri bitirememe	
Karın ağrısı	Kafa karışıklığı	
Kabızlık	Dikkatsizlik	

Bir sonraki bölümde, çocuk psikologlarının değerlendirme ve tedavide sık olarak karşılaştıkları bazı çocukluk çağı bozukluklarına yer verilecektir. Bunlar; dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu, karşıt gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, majör depresif bozukluk, kaygı bozuklukları, otizm ve pediyatrik sağlık problemleridir. Tanımlamalarımız oldukça kısa olduğundan daha detaylı bilgi edinmek isteyen okurlar, çocuk anormal psikolojisi üzerine yazılmış kitaplardan faydalanabilirler (Mash ve Wolfe, 2007; Phares, 2008; Wenar ve Kerig, 2006; Wicks-Nelson ve Israel, 2006).

Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

DEHB'nin temel özellikleri dikkat eksikliği, dürtüsellik ve aşırı hareketliliktir. Dikkat problemleri, okulda verilen ödevleri bitirememe ve aldığı görevlerde dikkatinin dağılması gibi çocuğun dikkatini toplamasıyla ilgili problemlerden oluşur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000). Dürtüsellik ise çocuğun sırasını bekleyememesi, diğerlerinin sözünü kesmesi ve sabırsızlık belirtilerinden oluşur. DEHB'li çocuklarda hiperaktivite hem kaba motor (örn., sınıfta dolaşma, sandalyenin üstünde ayağa kalkma) hem de ince motor hareketlerde (örn., kıpırdama, kıvranma, huzursuzluk, nesnelerle oynama) ortaya çıkar.

DEHB, okul çağındaki çocukların %3 ila 7'sinde görülen ve çocuklarda en sık karşılaşılan davranış bozukluğudur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000). Bu rakamlar, ortalama olarak her sınıfta sadece bir çocuk olduğunu düşündürse de, her öğretmenin onaylayacağı gibi, bu sayı öğrenme ortamını bozmak için yeterlidir. DEHB en çok erkek çocuklarını etkilemektedir (kız/erkek oranı 1/4 ile 1/10 arasında değişmektedir.). İlk olarak birinci sınıfta görülen rahatsızlığın ortaya çıkardığı problemler, okul ortamının talepleriyle birlikte artış göstermektedir. Yaklaşık olarak DEHB tanısı alan çocukların 1/2'si ile 2/3'ü yetişkinliğe kadar bu rahatsızlıkla yaşamaya devam etmektedir (Barkley, 2006).

Karşıt Olma- Karşı Gelme Bozukluğu (KGB / KOB) ve Davranım Bozukluğu (DB)

Karşıt olma- karşı gelme bozukluğu (KGB/KOB) ve davranım bozukluğu (DB), *yıkıcı davranış bozukluklarının* altında sınıflandırılır. DB genellikle KGB'den daha ciddi bir sorundur. Okul-öncesi ve erken çocukluk döneminde KGB tanısı alan birçok çocuk, ergenlikte davranım bozukluğu geliştirmektedir. KGB ebeveyne, bakıcıya ya da öğretmene karşı gelişimsel seviyeye uygun olmayan karşıt gelme ve muhalefet ile karakterizedir. KGB'nin diğer karakteristik özellikleri ise, olumsuz tutum, sık hiddetlenme, sık tartışmaya girme, diğerlerini isteyerek kızdırma gibi davranışsal örüntülerdir. KGB'nin yaygınlık oranları %2 ile %16 arasındadır ve ergenlikten önce erkeklerde daha sık görülmesine karşın, ergenlik sonrasında her iki cinsiyette de eşit oranda görülmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000).

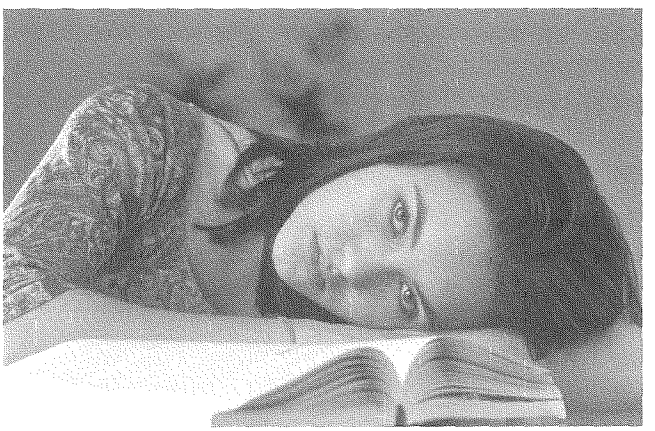
Davranım bozukluğu tanısı, düzenli olarak başkalarının haklarının ihlâl edildiği ve toplumsal değerlerin ve kuralların hiçe sayıldığı durumlarda konulur. DB'nin örnek belirtileri; başkalarına kabadayılık etmek, kavga başlatmak, başkalarına fiziksel zarar verecek saldırılarda bulunmak, birini cinsel etkinlikte bulunmaya zorlamak, isteyerek yangın çıkarmak, başkalarının malına zarar vermek, okuldan ve evden kaçmaktır. Madde kullanımı ve kötüye kullanımı davranım bozukluğu tanısı alan çocuklarda sık olarak görülse de tanı kriterinin bir parçası değildir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000). DB erkeklerde daha sık görülen bir rahatsızlıktır. Erkeklerde yaygınlığı %6 - %16 aralığındayken kız çocuklarında bu oran %2 - %9 aralığındadır.

Majör Depresif Bozukluk

Çocukluk çağı depresyonu duygusal, bilişsel, davranışsal ve fiziksel belirtiler açısından yetişkin depresyonuna benzemektedir. Ancak özgül belirtilerin görünümü çocuğun gelişimsel dönemine göre değişebilir (Garber ve Carteri, 2006). Aslında DSM-IV'ün çocuklar ve yetişkinler için aynı tanı kriterleri kullanması üzerine ciddi bir tartışma yürütülmektedir. Majör depresif bozukluk tanısı, yaşa bakılmaksızın, en az 2 hafta boyunca *üzüntü*, uyuşukluk, enerji kaybı, uyku ve yeme alışkanlıklarında değişim, olası intihar düşüncesi ve sosyal, eğitsel, mesleki veya

diğer işlevselliklerde bozulma yaşayan danışanlara koyulmaktadır. Yetişkinlerden farklı olarak, çocuklarda üzüntü yerine, öfke nöbetleri ve sinirlilik görülmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000).

Çocuk ve ergen depresyonu yaygınlık oranları %2 ile %7 aralığında belirtilmektedir. Küçük yaşlarda düşük oranlarda görülmekle birlikte, ergenlikte bu oran %7'ye çıkmaktadır (Hankin ve Abela, 2005). Ergenlik öncesi görülme sıklığı, kız ve erkek çocuklarında aynıdır. Ergenlik sonrasında ve yetişkinlik boyunca, kızlar ve kadınlar erkeklerden en az iki kat daha sık depresyon yaşamaktadırlar (Kadın/erkek oranı en az 2/1).



Depresyon ergenlik sonrası süreçte kadınlarda daha sık görülmektedir.

Kaygı Bozuklukları

Çocuklarda yetişkinler gibi, özgül fobi, sosyal fobi, OKB, yaygın kaygı bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu gibi farklı kaygı bozukluklarının tanılarını alabilirler. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu DSM'de "genellikle ilk kez bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konan bozukluklar" kısmında yer aldığından, bu bölümde bu rahatsızlık üzerinde durulacaktır.

Ayrılma kaygısı bozukluğu, çocukların birincil bakıcıdan (genellikle ebeveyn) ayrıldığında gelişimsel olarak uyumsuz ve aşırı seviyede kaygı gösterdiği durumlarda konur. Bebeklerin bakıcılarından ayrıldığında sıkıntı göstermesi normaldir. Bu nedenle, ayrılık kaygısı 18 aydan büyük çocuklar için ve ayrılma durumunda aşırı stres yaşayan çocuklar için konulur. Belirtiler; ayrılmada aşırı stres yaşama, tekrar ayrılmaya yönelik endişeler, ebeveyni tamamen yitireceğine dair endişeler, tek başına kalmaya karşı direnç ve ebeveynden ayrılmayla ilgili kâbuslar görmedir. Bu belirtilerin en az dört hafta sürmesi gerekmektedir.

Ayrılma kaygısı bozukluğu çocuk popülasyonun %4'ünde görülmektedir. Erken çocuklukta daha sık görülen bu rahatsızlık, ergenlerde daha az ortaya çıkmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000). Kız çocuklarının ayrılma kaygısı yaşama olasılığı erkek çocuklardan daha yüksektir.

Otizm

Otizm olarak bilinen yaygın gelişimsel bozukluk çocukluk çağının en sıra dışı ve şaşırtıcı rahatsızlıklarından biridir. Sıradışılığı gösterdiği belirtilerden ileri gelirken, şaşırtıcılığı ise bu belirtileri açıklayan hiçbir tatmin edici kuramın sunulmamış olmasından kaynaklanmaktadır (Siegel ve Ficcaglia, 2006).

Otistik çocuklar, sosyal işlevsellikte ve dil gelişiminde birçok problem yaşarlar ve bazı garip ve uygunsuz davranışlar sergilerler. Çocukların yaşadıkları sosyal sıkıntılar çeşitli olmakla birlikte, birçok örnekte birbirinden farksızdır. Genelde, etkileşim ihtiyacı göstermezler, bebeklikte bile göz temasından kaçınırlar, fiziksel temasa karşıdırlar ve neredeyse hiç duygu göstermezler. Diğer çocuklarla oynamazlar, diğerlerinin davranışlarını taklit etmezler ve hayâli oyunlar oynamaktan kaçınırlar.

Otistik bozukluğu olan çocukların yaklaşık yarısı normal ve işlevsel dil gelişimi göstermezler. Dil gelişimi olanlar ise dili genellikle alışılmadık bir şekilde ve iletişim amacı dışında kullanırlar. Örneğin, *ekolaliden* mustarip olanlar, sadece duydukları sesleri tekrarlar. Ayrıca sesleri de diğer çocuklardan farklıdır. Genellikle, sanki bilgisayardan oluşturulmuş gibi, düz ve çekimleri olmayan bir ses kullanırlar.

Otistik bozukluğu olan çocuklar tarafından sergilen olağandışı davranışlar genellikle çevresel olaylara karşı ya normalin altında ya da aşırı tepkileri içerir. Bu nedenle otistik çocuklar, diğer insanların geliş gidişlerine karşı duyarsız olup, kâğıt hışırtısına aşırı tepki verebilir. Otistik çocuklar, kendini uyarma işlevi gören, alışılmadık, tekrarlayan davranışlar (defalarca ellerini çırpmak veya kendine vurmak gibi) sergileyebilir. Bunlara ek olarak, otistik çocuklar, dönen nesnelere (pervaneler) çok uzun süre bakabilirler veya bir parça ipi veya kâseyi durmadan döndürebilirler.

Otizmin doğuştan gelen bir hastalık olduğu ve dilin tam olarak kullanılmaya başlandığı 2 yaşına kadar belirtilerinin gözlemlenmediği düşünülmektedir. Neyse ki, her 10000 çocuktan 30 veya 60'ında görülen nadir bir hastalıktır (%0.3 ile %0.6 arasında yaygınlık; Maughan, Lervolino ve Collishwa, 2005). Bu oranlar birkaç yıl önce DSM-IV'te (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000) rapor edilen 10000'de 5 (%0.05) oranından daha yüksektir. Fakat aradaki farkın, gelişmiş değerlendirme yöntemlerine, farkındalığın artmasına ve değerlendirme ile tedavi olanaklarına erişimin kolaylaşmasına bağlı olduğu düşünülmektedir (Gernsbacher, Dawson ve Goldsmith, 2005). Günümüzde, otizm ve diğer bir yaygın gelişimsel bozukluk olan asperger bozukluğunu birçok kişi hâlâ karıştırmaktadır. Aslında, asperger bozukluğu daha yaygın ve daha az yıpratıcıdır. Asperger bozukluğu, sosyal etkileşimde belirgin bozulma (örn., uygun göz teması

kuramama, arkadaş sahibi olmama, karşılıklı etkileşimlerde bulunmama), sıra dışı davranışlar ve ilgiler ile tekrarlayan, sınırlı, kalıplaşmış aktivitelerle (haritaları okumakla uzun süre meşgul olma, esnek olmayan davranış örüntüleri sergileme, nesnelerin bir parçası ile aşırı meşgul olma gibi) karakterizedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000). Fakat otizmden farklı olarak, asperger bozukluğu olan çocuklar sıra dışı bir şekilde kullansalar da dil gelişimini sağlarlar. Bir diğer fark ise, aspergerli çocukların sosyal etkileşim ihtiyacı hissetmeleri fakat etkileşim kurmada iyi olmamalarıdır.

Pediyatrik Sağlık Problemleri

Klinik çocuk psikologları, gittikçe artan bir şekilde, çocuk ve ergenlerde fiziksel bir hastalığa bağlı, psikolojik problemlerle ilgilenmektedir (bknz. Bölüm 12, "Sağlık Psikolojisi"). *Pediyatri psikologları* olarak bilinen bu kişiler genellikle, klinik psikolog olarak eğitim alırlar ve daha sonra lisansüstü eğitimlerindeki stajlarla ve/ya doktora sonrası çalışmalarında pediyatrik sağlık problemleri alanında uzmanlaşırlar. Pediyatrik psikologlar birçok fiziksel soruna bağlı ruh sağlığı sorunları ile ilgilenirler. Bunlardan bazıları; a) pediyatrik astım, b) kistik fibroz, c) çocuk diyabeti, d) orak hücre hastalığı ve hemofili, e) kanser, f) çocuk ve ergenlerde HIV/AIDS, g) pediatrik abdominal bozukluklar ve h) çocukluk obezitesidir.

Pediyatrik psikologlar fiziksel sorunlara bağlı ruh sağlığı problemlerini tedavi edebilecekleri gibi bu sorunların ortaya çıkmasını engellemeye ve genel sağlığı iyileştirmeyle de ilgili çalışmalar yürütmektedir (Peterson, Reach ve Grabe, 2003). Genellikle, pediyatri uzmanları, tıbbi uzmanlar, pediyatri hemşireleri ve sosyal çalışmacılardan oluşan disiplinler arası bir takımın üyeleridirler. Pediyatrik psikoloji ile ilgili daha detaylı bilgi APA Bölüm 54'ten (Pediyatrik Psikoloji Topluluğu / Society for Pediatric Psychology) edinilebilir.

Vaka Örneği

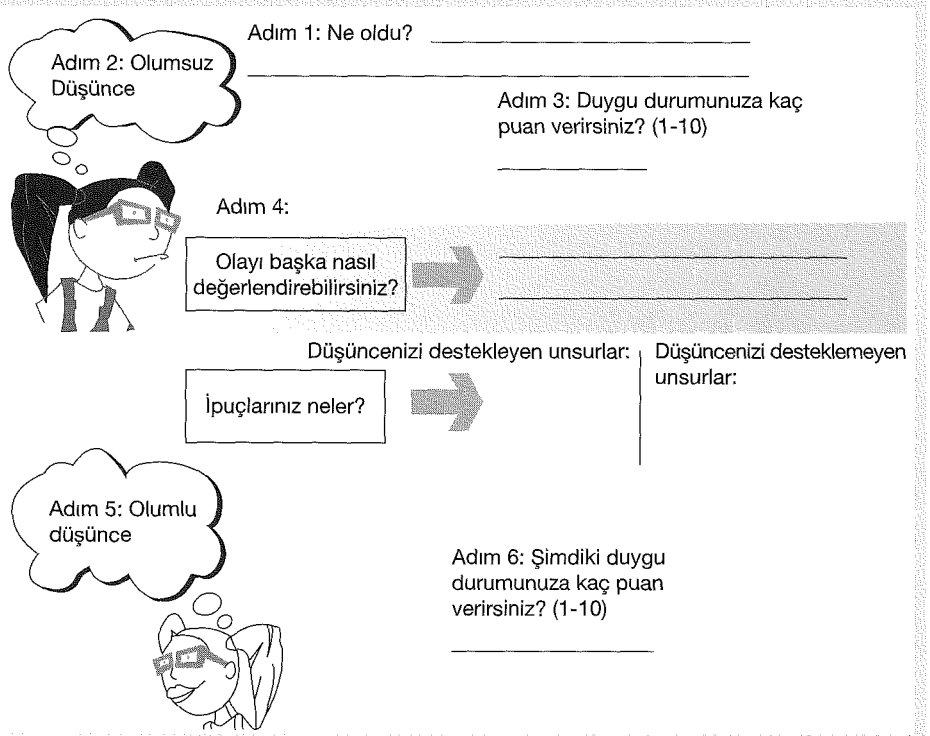
Tarif ettiğimiz bozukluklar soyut ve kategorik görünebilir, fakat çocuk psikologlarının karşılaştığı gerçek çocukların problemleri genellikle bir tanı kategorisine net bir şekilde girmez. Aynı zamanda klinik değerlendirme verileri de her zaman açık ve anlaşılır değildir. "Megan" örneğini ele alalım (Weisz, 2004):

> Megan 13 yaşındadır ve oldukça mutsuzdur. Depresif görünümle, dünyaya karşı öfkeli bir ruh hali arasında gidip gelmektedir. Notları o kadar düşüktür ki, öğretmeni bu konudaki endişelerini ifade etmek için ailesi ile iletişime geçmiştir. Megan, evde içe kapanık ve suratı asıktır ve ailesi ödevlerine yardım etmek istediğinde ise bu duruma içerleyen bir yapısı vardır. Daha yeni annesine "Evdeyken, kendimi mahkûm gibi hissediyorum. Sadece iş yapıyorum." demiştir. Annesi, babası ve küçük kız kardeşi ile yaşamaktadır.

Megan'ın ev dışındaki ilişkileri de pek iyi gitmemektedir. Sürekli siyah giyinip, siyah ruj sürmektedir ve hiçbir arkadaşı yoktur. Son zamanlarda aşırı kilo almış (gece yarısı atıştırmalarından dolayı) ve spor dersini akranlarının onu şişman görmemesi için bırakmıştır. Dış görünümünden utanmakta ve hayatını umutsuz bir vaka olarak görmektedir.

Megan her zaman biraz kötümser görünse de, bu son depresyon atağı, birçok arkadaşının çağrıldığı ama kendisinin davet edilmediği bir sosyal etkinlikten sonra başlamıştır. Giderek arkadaşlarından uzaklaşmıştır ve garip bir söylem içerisinde annesine "Kimse beni sevmiyor. Ben bir serseriyim." demiştir.

Her ne kadar, herhangi bir intihar düşüncesi dile getirmese de, son zamanlarda intihar eden ünlü kişilere hayranlık duymaya başlamıştır. Ailesi Megan'ın rahatsızlığı ile ilgili endişe içindedir, hatta küçük kardeşi bile "Megan'ın nesi var?" diye sorup durmaktadır.



Şekil 11.4 Bilişsel Yapılandırma Formu

(Kaynak: K.D.Stark,J.Hargrave,J.Sander,G.Custer, S.Schnoebelen,J.Simpson ve J.Molnar,2006, "Treatment of Childhood Depression:The ACTION Treatment Program"dan aktaran P.C.Kendall (Ed.),Child and Adolescent Therapy, 3. baskı, syf.204. New York:Guilford.)

Ailesi endişelerinden dolayı Megan'ı bir çocuk psikoloğuna götürmüştür. Uzman farklı değerlendirme teknikleri kullanarak depresyon tanısını netleştirmiştir. Daha sonra depresyon tedavisi için -bireysel veya grup olarak uygulanabilen-bilişsel davranışçı terapi (BDT) uygulamaya karar verir. Megan olumsuz düşüncelere, vejetatif belirtilere, aile içi ve sosyal stres belirtilerine sahip olduğundan tedavi için kapsamlı bir BDT programı seçilmiştir.

Terapi süresince, Megan duygularını tanımlamayı, onların nasıl geliştiğini anlamayı ve farklı duyguların sonuçlarını tanımlamayı öğrenmiştir. Terapist aynı zamanda Megan'a kendisini kötü hissettiren durumlarla ilişkili bilişlerini (örn., düşünceler) tanımlama konusunda da yardım etmiştir. Şekil 11.4'te Megan'ın düşünce ve duyguları arasındaki ilişkiyi anlamak için kullandığı bilişsel yeniden yapılandırmanın türü gösterilmektedir (Stark ve diğ.,2006). Terapist aynı zamanda Megan'a kendini ödüllendirici aktiviteleri (örn., müzik dinleme, kitap okuma, sinemaya gitme) belirleme konusunda da yardım etmiştir. Megan duygu durumunu iyileştirmek için bu tarz zevk verici aktivitelere katılımını arttırması gerektiğini anlamak için de yardım almıştır. Megan, sağlıklı yemek yediği ve egzersiz planına uyduğu her günün sonunda kendini 30 dakika müzik dinleyerek ödüllendirmeye karar vermiştir.

Terapist Megan'ın ailesini de terapi sürecine dahil etmiştir. Aile sadece Megan'ın öğrendiği beceriler hakkında bilgilendirilmemiş, bu davranışlara katılımları da sağlamıştır. Örneğin, Megan ve ailesi, Megan'ın akşam yemeğine katılmasını sağlayacak yöntemleri bulmak için problem çözme becerilerini kullanmışlardır. Hep beraber olası çözümleri üretmişler ve içlerinden işe yarayacağına inandıkları bir tanesini uygulamışlardır.

Tedavi sürecinde, Megan'ın depresyon belirtileri azalmış ve ailesi-akranlarıyla olumlu etkileşimi artmıştır. Hiç kimse Megan'ın sonsuza kadar iyileştiğini düşünmese de, Megan ailesiyle konuşmanın kolaylaştığını ve zorlayıcı durumlarda problem çözme becerilerini kullanmanın daha kolay olduğunu düşünmektedir. Benzer bir şekilde, ailesi de, Meganla olan ilişkilerine yardımcı olması için problem çözme becerilerini kullanmaktadır. Artık, Megan ve ebeveynlerinin gelecek için yeniden bir umutları vardır.

Bu Kısmın Özeti: Klinik ve görgül olarak türetilmiş sınıflandırma sistemleri yetişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da kullanılmaktadır. Klinik olarak türetilmiş sistemlerin birincil örneği DSM'dir. Görgül olarak türetilmiş ve yaygın olarak kullanılan sistem ise ASEBA'dır. Birçok çocukluk dönemi bozukluğu arasında, DEHB, KGB ve DB, dışsallaştırma bozuklukları olarak öne çıkmaktadır. Çünkü bu rahatsızlıklar, çocuklar tarafından davranışlarla dışa vurulur (böylece, ebeveynler ve öğretmenler tarafından daha rahat gözlemlenebilir). Depresif bozukluk ve kaygı bozukluğu ise içselleştirilmiş bozukluklar olarak değerlendirilir. Çünkü hastalık sonucu yaşanan deneyimlerin çoğu çocuğun kendi içinde yaşadığı öznel deneyimlerdir ve şiddetli olmayan belirtiler sıklıkla diğerlerinin dikkatini çekmez. Otizm ve asperger bozukluğu gibi, yaygın gelişimsel bozukluklar, aileyi ve çocuğu ciddi seviyede etkiler. Çocuk psikologları, astım ve diğer pediyatrik sorunlara bağlı duygusal / davranışsal problemlerle de çalışırlar.

ÇOCUKLUK DÖNEMİ BOZUKLUKLARININ TEDAVİSİ VE ÖNLENMESİ

Bu Kısma Bakış: Ortaya çıkan davranışsal / duygusal problemlere bağlı olarak, çocuk ve ergenlerde kullanılan psikodinamik, davranışçı, bilişsel-davranışçı ve psikofarmakolojik müdahaleler olmak üzere birkaç çeşit terapi vardır. Terapötik ittifakın artan önemini gösteren kanıtlarla birlikte, bu müdahalelerin etkinliğini ölçen araştırmalar kısaca özetlenecektir. Çocukluk dönemi bozukluklarının uzun dönemdeki potansiyel yıkıcı etkileri göz önüne alarak, klinik çocuk psikolojisi alanı, önemli ölçüde önleyici tedbirlere odaklanmaktadır.

Çocukluk dönemi bozukluklarının tedavisi, yetişkin tedavilerinden birçok önemli noktada ayrışmaktadır. Değerlendirmede olduğu gibi, çocuk terapisinde de klinisyenin üstesinden gelmesi gereken özel bir zorluk vardır çünkü çocuklar tedaviye kendi istekleriyle gelmezler. Bu sebeple çocuklarla kurulacak iletişim, ebeveynlerin motivasyonunu ve işbirliğini gerektirir. Bu ve benzeri konuların önemi, çocukluk dönemi bozuklukların tedavisinde kullanılan terapileri incelediğimiz aşağıdaki bölümde belirginleşmektedir.

Psikodinamik ve İnsancıl Terapi

Genel olarak değerlendirildiğinde, çocuklar klasik psikanalitik terapi için uygun birer aday sayılmazlar (Russ, 2006). Bunun yerine, psikodinamik yönelimli terapistler, terapist ve danışan arasındaki temel iletişim aracı olarak serbest çağrışım yerine oyunları kullanmak gibi analitik prosedürlerin varyasyonlarını kullanmayı benimsemektedir. Psikodinamik tabanlı birçok oyun terapisi, çocukların içsel çatışmalarının farkına varması ve onları çözmesi sürecinde onlara yardım ederken, bu süreç yetişkin tedavisindeki gibi büyük oranda sözel becerilere dayanmaz (Reddy, Files-Hall ve Schaefer, 2005).

Oyun terapisi, çocukların kendi iç kaygılarını, kuklaları ve bebekleri konuşturmak gibi oyunlarla ve kilden modeller gibi diğer materyallerle etkileşim kurmaları aracılığıyla ifade etmesine olanak verecek şekilde yapılandırılmıştır. Tüm bunlar devam ederken, terapist -çocukların kendilerini duygularını ifade etmelerine yetecek kadar güvende hissetmelerini sağlayan- kabullenici ve empatik bir atmosfer yaratır (Axline, 1976). Geleneksel psikanalistler, çocukların oyundaki sözel ve sözel olmayan davranışlarını bilinçaltı motivasyon ve çatışmaların bir yansıması olarak yorumlama eğilimindedirler. Nesne ilişkisi kuramına bağlı terapistler ise bu davranışları, çocuğun bakıcısıyla olan bağlanmasının kalitesinin bir göstergesi olarak değerlendirirler (bknz. Bölüm 7, "Psikodinamik ve İnsancıl Psikoterapiler"). Danışan merkezli terapi yaklaşımını kullanan terapistler, oyunu, çocukların duygularını ve sorunlarını ifade etmede yardımcı bir araç olarak kullanırlar.

Davranışçı Terapi

Son 30 yılın ilk dönemlerinde, başta edimsel koşullama prosedürleri olmak üzere, davranışçı terapinin çeşitli formları, çocukluk dönemi problemlerinin tedavisinde sıklıkla kullanılan yöntemlerdendi. Bölüm 8'de anlatıldığı gibi, davranışçı yaklaşım birçok önemli özellikle karakterize edilmektedir:

1. Davranış bozukluklarının ve tedavisinin temelinde öğrenme prensiplerinin olduğuna vurgu,
2. Davranışın gözlemlenebilir durumsal belirleyicilerine (içsel psişik problemler yerine ödül ve cezaya odaklanma gibi) odaklanma,
3. Sorunları, geçmişten gelen altta yatan problemlere ilişkin hipotezleri araştırarak değil, davranışları kontrol eden bugünkü gözlemlenebilir uyaranları değiştirerek tedavi etmek,
4. Kanıta dayalı tedaviler kullanma ve tedavi sonuçları hakkında nesnel, gözlemlenebilir sonuçların verilerini toplama (Houts, 2003).

Davranışçı uygulamalar, genellikle, ebeveynler ve/ya öğretmenlere davranış yönetimi programlarının öğretilmesini içerir (Kazdin, 2005a). Ebeveynler ve öğretmenler, evde veya okulda problemin sürdürülmesine yol açan çevresel öncülleri ve sonuçları terapistten daha iyi kontrol edebilecek durumdadırlar. Aynı zamanda, bu yetişkinler, hafta içinde çocukla terapistin geçirdiğinden çok daha fazla zaman geçirmektedirler.

Bilişsel Davranışçı Terapiler

Bölüm 8'de tarif edildiği gibi, bilişsel-davranışçı teknikler çocuğun bilişleri (örn., beklentileri, düşünceleri) ve doğrudan gözlenebilir davranışları ile ilgilenir (Kendall, 2006). Bölüm 8'de tartışılan bilişsel-davranışçı tekniklerin birçoğu, çocuk ve ergen hastalıklarının tedavisinde de kullanılmaktadır. Fakat tüm durumlarda, bu teknikler çocukların anlayabileceği ve onlara daha uygun olacak şekilde adapte edilmektedir. Ebeveynler tedavi sürecine bazen katılsalar da, birçok bilişsel-davranışçı teknik çocukla tek başına çalışılarak tamamlanır (Kendall ve Suveg, 2006).

Farmakolojik Müdahaleler

Metilfenidat (Ritalin, Concerta, Metadate) ve amfetamin (Aderall) içerikli uyarıcı ilaçlar DEHB tedavisinde rutin olarak reçete edilmektedir (Brown ve diğ., 2005). ABD'de okul çağı çocuklarının yaklaşık %6'sı davranış ve öğrenme problemleri için bu ilaçları kullanmaktadır (Vitiello, 2001). Bu rakam son 10 yılda %60'lık bir artışa işaret etmektedir. Yüzlerce çalışma, uyarıcı ilaçların çocukların davranışlarında gözle görülür bir iyileşme sağladığını göstermektedir (Brown ve diğ.,

2005). Çocuklar, sırada daha uzun süre oturabilmekte, daha fazla akademik çalışma bitirebilmekte, daha fazla doğru cevap verebilmekte ve akranları, ebeveynleri ve öğretmenleri ile daha iyi sosyal iletişim kurabilmektedir.

Bununla birlikte, DEHB olan çocuklarda uyarıcı ilaçların kullanımı hakkındaki tartışma devam etmektedir. Örneğin, çeşitli davalarda, uyarıcı ilaçların kullanımının intihar ve cinayet dâhil çeşitli olumsuz sonuçlara yol açtığı iddia edilmektedir. DEHB ve diğer duygusal/davranışsal problemlerin tedavisinde ilaç kullanımına yönelik diğer sorunlar ise şunlardır (Brown ve diğ., 2005; Pathak, 2006):

- İlaç kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan, uyuşukluk, sedasyon, kilo alma, huzursuzluk, ağız kuruluğu, mide bulantısı, baş ağrısı, baş dönmesi, bodur büyüme, düşük kan basıncı, kalp problemleri, bulanık görme, kabızlık, tikler, nöbet ve yüksek intihar riski gibi olumsuz fiziksel yan etkiler.
- Okulda ilaç kullanılması gereken durumlarda, diğer çocukların ilaç kullanımını öğrenmesiyle ortaya çıkabilecek etiketlenme.
- Çocuğun, ebeveynlerin ve öğretmenlerin atıflarının değişmesiyle, çocuğun ilaçsız düzgün davranamayacağı varsayımının yerleşmesi.
- Tüm problemin çocuğa yüklenerek, çevresel faktörlerin göz ardı edilmesi (kaotik ev yaşantısı veya ebeveyn tacizi).
- 12-14 yaş arası çocuklarda yasadışı ilaç kullanımı sıklığının, 1992 yılında %0.1 iken, hızlı bir artış göstererek, 1997 yılında %2.8'e yükselmesi (NIDA Research Report, 2001).

Bir psikiyatrist olan Peter Breggin, çocuklardaki duygusal / davranışsal problemlerin tedavisinde ilaç kullanımına karşı en güçlü eleştirileri getiren kişilerden biridir. Pozisyonunu yazdığı şu kitaplarda özetlemektedir: *Ritalinle Konuşma: Doktorlar uyarıcılar hakkında neleri söylemez?* (*Talking Back to Ritalin: What Doctors Aren't Telling You about Stimulants for Children*) (2001), Çocuklara karşı savaş: Uyuşturucular, programlar ve psikiyatri *kuramları Amerika'nın çocuklarını ilaç tedavisi ile nasıl tehdit ediyor* (*The War against Children: How the Drugs, Programs, and Theories of the Psychiatric Establishment Are Threatening America's Children with a Medical "Cure" for Violence*) (Breggin ve Breggin, 1994). Breggin'in özellikle endişelendiği nokta anormal olmayan ya da sadece belli kültürlerde anormal olan davranışlar için aşırı ilaç kullanılmasıdır. Breggin, ilaç tedavisi ile çocukların çocukluğunu tedavi ettiğimizden endişe etmektedir.

Gerçekte, bazı ilaçlar çocuklar ve ergenler için kontrendikedir veya çok dikkatli reçete edilmelidirler (bknz. Tablo 11.5; Brown ve diğ., 2005; Richmond ve Rosen, 2005). Çocukların duygusal / davranışsal sorunlarının tedavisinde ilaç kullanımının artıları ve eksileri göz önüne alındığında, ebeveynler, tedavi konusunda çocukları için en iyi seçeneğe karar vermeden önce, tüm tedavi opsiyonlarını değerlendirmelidirler.

TABLO 11.5

Çocuklarda ve Ergenlerde Potensiyel Zararlı Yan Etkileri Olan İlaçlar

İlaç	Kullanımı	Yan Etkiler
Amitriptyline/Elavil	Depresyon	Kalp problemleri
Etrafon		
Limbitrol		
Triavil		
Clomipramine/Anafranil	Depresyon ve OKB	Nöbetle birlikte daha az şiddetli yan etkiler
Clozapine/Clozaril	Şizofreni	Kemik iliği ve beyaz kan hücresi sayısında ölümcül düşüşler ve nöbet
Desipramine/Norpramin	Kaygı bozuklukları, depresyon, DEHB	Ender durumlarda, ölüme yol açabilecek kalp problemleri
Imipramine/Tofranil	Kaygı bozuklukları, depresyon, DEHB	Ender durumlarda, ölüme yol açabilecek kalp problemleri
Nortriptyline/Avently Pamelor	DEHB	Kalp komplikasyonları, düşük kan basıncı ve diğer daha az şiddetli yan etkiler
Pemoline/Cylert	DEHB	Karaciğer yetmezliği ve diğer yan etkilerle ilişkili bulunmuştur

Kaynak: R.T.Brown, L.A.Carpenter ve E.Simerly'den (2005) uyarlanmıştır; T.K. Richmond ve D.S. Rosen (2005).

Çocukluk Çağı Bozukluklarında Psikolojik Tedavilerin Etkinliği

Çocuklarda dışsallaştırma ve içselleştirme bozukluklarında terapilerin etkinliğini inceleyen birçok meta-analiz ve terapi etkinliği çalışması 0.7 ile 0.8 aralığında etki büyüklüğü bulmuşlardır (Chambless ve Ollendick, 2001; Weisz, 2004; Weisz, Doss ve Hawley, 2005; Weisz, Sandler, Durlak ve Anton, 2005). Bu değerler yetişkin terapi sonuçlarıyla kıyaslanabilecek düzeydedir. Üstelik bu olumlu etkinin en az 6 ay devam ettiği gözlemlenmiştir (Weisz, 2001).

Sonuçlar, bazı davranışsal tekniklerin etkinliğini göstermekle birlikte (özellikle aileyi dâhil eden yaklaşımlar), genel olarak en etkili tedavinin bilişsel-davranışçı teknikler olduğunu göstermektedir (Chambless ve Ollendizk, 2001; Kazdin ve Weisz, 2003; Kendall, 2006). Örneğin, çocukluk depresyonun tedavisinde en etkili yöntem, çocuklara göre ergenlerde daha umut verici sonuçlar veren bilişsel-davranışçı terapi olarak gözükmektedir (Garber ve Carter, 2006). Benzer bir şekilde, ayrılma kaygısı bozukluğu için de bilişsel-davranışçı terapi (Grover, Hughes, Bergman ve Kingery, 2006; Velting, Setzer ve Albano, 2004) ve ebeveyn çocuk etkileşim terapisi (Parent-child interaction therapy, PCIT) (Choate, Pincus, Eyberg ve Barlow, 2005) en etkili tedavi yöntemleridir. Davranışsal ebeveyn

eğitimi ve bilişsel-davranışsal terapi, antisosyal davranış problemlerinin (KGB, DB) tedavisinde de etkili yöntemlerdir. Beklenileceği üzere, davranışsal ebeveyn eğitimi küçük çocuklarda daha etkili iken, bilişsel-davranışçı terapi ergenlerde daha iyi sonuç vermektedir (McCart, Priester, Davies ve Azen, 2006). Birçok otistik çocukta bozukluk yaşamları boyunca devam etmesine karşın, yoğun davranışsal teknikler otizmle başetmede umut vaat etmektedir (Lovaas ve Smith, 2003'te incelenmiştir). Davranışçı terapi ve ilaç tedavisi, DEHB olan çocukların önemli tüm işlevsellik alanlarında gelişme sağlamaktadır. Gittikçe artan sayıda çalışma ise davranış değiştirme ve ilaç tedavisinin birlikte kullanımının otistik çocuklar için en etkili tedavi olacağını göstermektedir (Barkley, 2006; Chronis, Jones ve Raggi, 2006). Genel olarak çocukluk çağı bozukluklarının birçoğunun tedavisinde bilişsel-davranışçı veya davranışçı teknikler en çok görgül desteğe sahip olan yaklaşımlardır.

Geleneksel psikodinamik ve insancıl terapinin etkisini araştıran 14 çalışmayı inceleyen Weisz (2001) 0.0 etki büyüklüğü bulmuştur. Bu sonuç geleneksel "konuşma" terapilerinin çocuklarda kayda değer hiçbir gelişme sağlamadığını göstermektedir. Hatta bu sonuçlar, çocuklarla altmıştan fazla bireysel görüşme yapılan (Weiss, Catron, Harris ve Phung, 1999) veya tedavi gruplarındaki ailelere daha kapsamlı (ve daha pahalı) hizmetler sunan koşullarda da (Bickman, 1996) değişmemektedir. Bununla birlikte, çocuk terapistleri, bu geleneksel yöntemleri şaşırtıcı derecede yüksek oranlarda, kullanmaya devam etmektedirler (Weisz, 2001).

Yetişkin terapi alanında olduğu gibi, bazı klinik araştırmacılar (Weisz ve Addis, 2006) ve bilim insanı-uygulayıcılar (Lebow, 2006) bilim ile uygulamayı bir araya getirerek, danışanların kaliteli bilim ve kaliteli uygulamanın birleşiminden faydalanmalarını amaçlamaktadır. Araştırmacılar ayrıca çocuklar ve ergenler için etkili olan tedavi yöntemleri hakkındaki bilgileri yaymak için de uğraşmaktadır. Örneğin Klinik Çocuk ve Ergen Psikolojisi Topluluğu (APA Bölüm 53) profesyoneller ve ebeveynler için www.effectivechildtherapy.com sitesini hizmete sunmaktadır.



Birçok çocukluk çağı rahatsızlığının tedavisinde *etkili olan tedaviler* bilişsel-davranışçı veya davranışçı yöntemleri içermektedir.

Çocuklarla Terapötik İttifak

Klinik araştırmacılar, çocuk ve ergen bozukluklarında, sadece hangi terapilerin daha etkin olduğunu araştırmıyorlar. Aynı zamanda, bu tedavileri daha etkili yapan ortak ve spesifik olmayan faktörleri de bulmaya çalışıyorlar. Yetişkin psikoterapilerinde olduğu gibi, araştırmacılar, çocukla (ve ailesiyle) terapist arasındaki terapötik ittifakın, terapinin etkinliğini arttırıp arttırmadığını merak etmektedir. Bu konudaki araştırmalar, aynı alandaki yetişkin araştırmalarının gerisinde kalsa da, bazı eğilimlerin varlığı ispatlanmış durumdadır. Örneğin, terapist ile ebeveyn arasındaki güçlü ittifakın, iptal edilen seans sayısında ve tedaviye gelmeme sıklığındaki azalma ve ailelerin terapi seanslarına katılma sıklıklarındaki artış ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Hawley ve Weisz, 2005).

Çocuk ve ergenlerin duygusal / davranışsal problemlerinin tedavisi üzerine yapılan 49 çalışmayı inceleyen bir meta-analiz çalışması, aşağıdaki faktörlerin çocuk ve ergen işlevselliğindeki gelişimle ilişkili olduğunu bulmuştur (Karver ve diğ., 2005):

- Ebeveynle terapötik ittifak
- Danışmanın kişilerarası becerileri
- Terapistin etkileme becerileri
- Çocuğun terapiye katılma isteği

- Ebeveynlerin terapiye katılma isteği
- Ebeveynlerin katılımı
- Terapiste beslenen olumlu duygular

Kısaca, çocukların tedavisinde güçlü terapötik ilişki, işlevsellikteki daha olumlu gelişmelerle ilişkilidir. Fakat, terapötik ilişkinin etkisi bazı terapilerde diğerlerine nazaran daha anlamlı olabilir. Örneğin, sorunlu ergenlerin tedavisini inceleyen bir çalışma terapötik ilişkinin bilişsel-davranışçı terapide etkisinin olmadığını fakat aile terapisinde güçlü bir yordayıcı olduğunu bulmuştur (Hogue, Dauber, Stambaugh, Cecero ve Liddle, 2006). Bu çalışmada, aile terapisinde güçlü ittifakın, ergenlerde daha az uyuşturucu kullanımı ve daha az dışsallaştırma davranışı ile ilgili olduğu bulunmuştur. Terapötik ittifakın etkilerini araştıran bu tarz çalışmaların, spesifik tekniklere karşı güçlü terapötik ilişki becerilerinin önemi hakkındaki bazı tartışmaların netleşmesine yardımcı olması muhtemeldir.

Çocukluk Bozukluklarının Önlenmesi

Çocukların duygusal / davranış problemlerinin tedavisini inceleyen hiçbir konu, önlemeyi tartışmadan tamamlanamaz. Çocuklarda ve ergenlerde ortaya çıkan bozuklukları önlemeyi amaçlayan birçok çalışma tamamlanmıştır (Kumpfer ve Seligman; Weisz ve diğ., 2005). Önleme programları yoluyla aşağıdakileri içine alan bir dizi strateji yapılandırılmıştır. Bunlar:

- Çocuklarda saldırganlığı azaltmak için destekleyici öğretmen-öğrenci ilişkisini arttırmak (Hughes, Cavell ve Jackson, 1999).
- Duygusal/davranışsal sorunların çoğunu önlemek için, çocuk-ebeveyn bağlanmasını geliştirmek (Van Zeijl ve diğ., 2006).
- Uyumu arttırmak ve saldırganlığı azaltmak amacıyla, ebeveynlere olumlu ebeveynlik becerilerini öğretmede televizyon dizilerinin kullanılması (Sanders, Montgomery ve Brechman-Toussaint, 2000).
- Bilişsel-davranışçı teknikleri kullanarak, çocuklarda kaygı bozukluklarının önlenmesinde kullanılabilecek koruyucu bir program geliştirilmesi (Barrett, Farrell, Ollendick ve Dadds, 2006).
- Ebeveynlerin ve ergenlerin, kişilerarası ilişki becerileri ve depresyondan korunmayla ilgili bilişsel stratejiler hakkında eğitilmesi (Schochet ve diğ., 2001).
- Ergenlerin alkol, yasadışı ilaç kullanımı ve korunmasız seks gibi riskli davranışlarını azaltmak için, Afrika kökenli Amerikalı ailelerde iletişimin ve ebeveyn gözlemlerinin geliştirilmesi (Brody ve diğ., 2006).
- Yoksul ailelere ve topluluklara ek kaynaklar ve kapsamlı hizmetler sunarak, çocuklarda ve ergenlerde birçok duygusal/davranışsal problemin engellenmesi (Brotman ve diğ., 2003).

Bu noktada ironik olan husus, önleme programlarından en yaygın kullanılanın etkinliği en az olan program olmasıdır. İlaç Kötüye Kullanımına Direnç Eğitimi (The Drug Abuse Resistance Education-DARE) programı sıklıkla kolluk kuvvetleri tarafından alkolün ve uyuşturucunun sonuçlarını göstermek amacıyla kullanılmaktadır (West ve O'Neal, 2004). Program 50 eyalette ve okul bölgelerinin birçoğunda uygulanmıştır (West ve O'Neal, 2004). Maalesef, iyi planlanmış uzun süreli çalışmalar bu programın alkol ve uyuşturucu kullanımını engellemede başarısız olduğunu göstermektedir. Özellikle, programa katılan çocuklarla katılmayan çocuklar arasında, uyuşturucuya karşı tutumlar, uyuşturucu kullanımı ve özgüven açısından hiçbir fark bulunmamıştır (West ve O'Neal, 2004). Yaşam Becerileri Eğitim Programı (Life Skills Training Program) (Botvin ve Griffin, 2004) gibi bazı programlar ise madde kötüye kullanımını düşürmede etkili olsalar da, DARE programı kadar yaygınlaştırılamamıştır.

Giderek daha popüler hale gelen *pozitif psikoloji* hareketi, önleme-odaklı çalışmaları başka bir koldan yürütmektedir (Duckworth, Steen ve Seligman, 2005). Birçok klinik çocuk psikoloğu, çocuklarda *psikolojik dayanıklılığı* arttıracak yeni yollar bulmaya çalışmaktadır. Bu sayede, koruyucu faktörleri arttırarak çocukların duygusal/davranışsal problemler geliştirmesini engellemeye çalışmaktadırlar (Goldstein ve Brooks, 2005).

Bu Kısmın Özeti: Çocukluk çağı rahatsızlıkların tevdisindeki en etkili yöntemler bilişsel-davranışçı ve davranışçı yöntemlerdir. İlaç tedavisi, çocukluk dönemi bozukluklarının bazılarının tedavisinde etkili olmasına rağmen, birçok sakıncaları bulunmaktadır. Çocuklar ve ebeveynleri ile kurulacak terapötik ittifakın önemini gösteren çalışmaların sayısı artmaktadır. Çocuklarda ortaya çıkan problemlerin tedavisine odaklanmakla birlikte, birçok klinik psikolog hayatlarını çocukluk çağı problemlerinin ortaya çıkmasını engelleyecek programlar bulmaya adamış durumdadır.

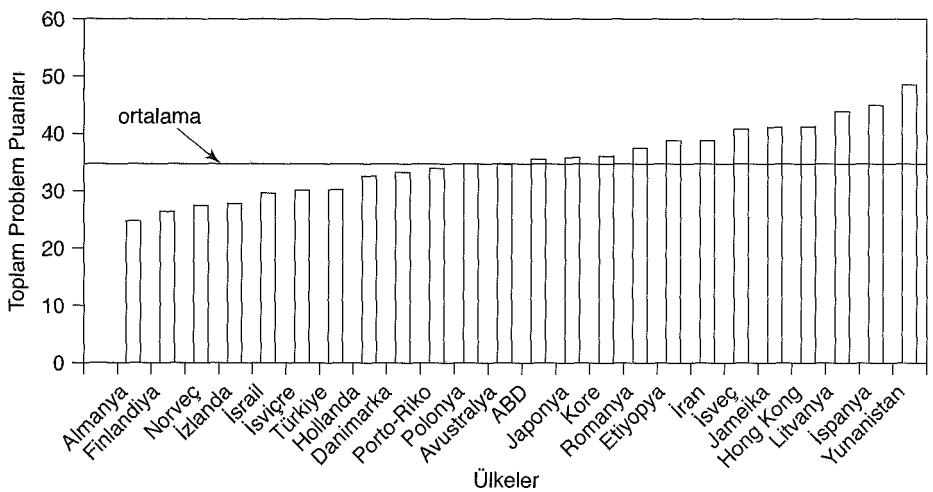
KLİNİK ÇOCUK PSİKOLOJİSİNİN GELECEĞİ

Bu Kısma Bakış: Bu bölümde, klinik çocuk psikolojisinin geleceğini şekillendirecek üç ana faktör üzerinde duracağız: çeşitlilik ve çok kültürlülük, ruh sağlığına erişimin artması ve disiplinler arası araştırmaların yükselişi.

Klinik çocuk psikolojisindeki gelişmeler, yetişkin psikolojisinin onlarca yıl gerisinde kalmış olsa da, aradaki fark hızla kapanmaktadır. Diğer bölümlerde klinik psikoloji ile ilgili bahsedilen yeni eğilimlere (örn., görgül olarak desteklenmiş değerlendirme ve tedavilere odaklanma, etkin tedavilerin toplumda yaygınlaştırılması) ek olarak, çocuk psikolojisinin geleceğini belirlemesi muhtemel farklı birkaç eğilim mevcuttur.

Çeşitlilik ve Çok kültürlülük

Varolan birçok psikolojik tedavinin, tek ebeveynli evlerde, dezavantajlı yaşantısı olanlarda ve azınlık gruplarında daha az etkili olma eğiliminde olması nedeniyle (Lundahl, Risseri ve Lovejoy, 2006), klinik çocuk psikolojisinde çalışmalar yürüten araştırmacılar, psikolojik tedavileri ABD içinde farklı altyapılara sahip gençler ve ailelere daha uygun hale getirmenin yollarını arıyor olacaklardır (Yasui ve Dishion, 2007). Örneğin, *Famlias Unidas* programı ekolojik ve gelişimsel olarak İspanyol ve Latin kökenli ergenlerin duygusal/davranışsal sorunlarını azaltmayı amaçlayan aile odaklı bir müdahale programıdır (Coatsworth, Pantin ve Szapocznik, 2002).



ŞEKİL 11.5 Gençlerin Öz-raporlamalarına göre 24 Ülkedeki Toplam Problem Puanları (N = 27,206)

(Kaynak: L.Rescorla, T. M. Achenbach, M. Y. Ivanova, L. Dumenci, F. Almqvist, N. Bilenberg ve diğ., 2007,"Epidemiological Comparisons of Problems and Positive Qualities Reported by Adolescents in 24 Countries."Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75, 351–358.)

Ayrıca, dünya üzerinde çeşitli ülkelerde yaşayan çocuk ve ergenlerin benzerlikleri ve farklılıklarına ilişkin ilgide artış olacaktır. Örneğin, ASEBA ölçekleri 74 farklı dile çevrilerek, 67 değişik kültürde uygulanmıştır. Bunun sonucunda ortaya 6000'den fazla yayın çıkmıştır (Achenbach ve Rescorla, 2007; Rescorla ve diğ., 2007). Bu çalışmalar, dünya çapında çocukların işlevsellik ve problemler yönünden farklılaşmadıklarını, aksine benzeştiklerini ortay çıkarmıştır (Achenbach ve Rescorla, 2007) (Şekil 11.5).

Ruh Sağlığı Hizmetlerine Erişim

Birçok çocuk, ergen ve aile maddi olarak karşılayabilecekleri ruh sağlığı hizmetlerine erişememektedir (Storch ve Crisp, 2004). Bu durum etnik / ırksal azınlık gruplarından ve yoksul kesimlerden gelen çocuklar için özellikle daha geçerli bir durumdur (Steele ve Roberts, 2005a). Buna göre, çocuk psikologları gelecek dönemlerde, yüksek kaliteli sağlık hizmetini herkese ulaştırabilmek için çabalayacaklardır (Steele ve Roberts, 2005a). Yetişkinlerde olduğu gibi bu çabaların başarıya ulaşması, ABD genelinde görülen sağlık finansmanı eşitsizliği, yönlendirilmiş fiziksel ve ruh sağlığı hizmetlerine duyulan güven ve toplum ruh sağlığı hizmetlerine sağlanan sınırlı fonlar tarafından zorlaştırılacaktır. Doğru yönde atılacak bir adım ise, okul ortamında uygulanabilecek, kanıta dayalı tedavi programlarının geliştirilmesi olacaktır (Storch ve Crisp, 2004). Bu programlar sayesinde, çocukların, -terapi randevusu alma veya ulaşım gibi konularda, kimi zaman isteksiz olan ebeveynlerine bağlılığını ortadan kaldırarak-, düzenli tedavi almalarını sağlanabilir. Ancak, terapi hizmetinin okulda sunulduğu durumlarda ebeveynleri sürece dahil etmek daha da zor olabilir (Storch ve Crisp, 2004). Buna ek olarak, anne-babalar çocuklarını eğitim sistemi içerisindeki bir psikoloğa götürmektense, özel çalışan bir uzmana götürmeyi tercih edebilirler (Raviv, Raviv, Propper ve Fink, 2003). Bu nedenlerle, terapi hizmetinin sunumuna yönelik alternatif yöntemler halen araştırılmaktadır.

Araştırmada Disiplinlerarası Yaklaşımlar

Genel olarak klinik psikoloji alanında olduğu gibi, klinik çocuk psikolojisi alanı da çocukların işlevselliğine, sorunlarına ve psikolojik iyi oluş hallerine etki eden biyolojik / genetik, bilişsel, sosyal, davranışsal ve çevresel faktörler arasındaki karşılıklı etkileşimine odaklanan çocuk işlevselliğinde disiplinlerarası bir yaklaşıma doğru ilerlemektedir. Örneğin, 3 ciltlik bir seri olan *Gelişimsel Psikopatoloji* kitap serisinin, bir cildi sadece gelişimsel nörolojiye ayrılmıştır (Cicchetti ve Cohen, 2006). Genomik (McGuffin, 2004), genetik (Plomin ve Kovas, 2005), davranışsal-genetik (Moffitt ve Caspi, 2007), sosyal nörobilim (Cacioppo, 2006), bilişsel-duyusal nörobilim (Stein, 2006) ve kortizol reaktivitesi (Davies, Sturge-Apple, Cicchetti ve Cummings, 2007) alanlarındaki gelişmelerin hepsi birden, çocukluk psikopatolojilerinin disiplinlerarası yaklaşımında birleşmektedir.

Bu Kısmın Özeti: Klinik psikoloji alanı giderek danışan çeşitliliğinin rolü ve çok kültürlülüğün etkisine odaklanmaktadır. Klinik çocuk psikolojisi için de bu durum geçerlidir. Özellikle yoksul kesimlerden ve etnik azınlıktan gelen danışanların ruh sağlığı hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak, klinik çocuk psikologların en önemli sorunlarından biri olacaktır. Alandaki araştırmalar, farklı alanlardaki (biyoloji, genomik, bilişsel/duyusal nörobilim ve sosyal nörobilim gibi) çalışmaların entegrasyonu ile karakterize olacaktır. Disiplinlerarası araştırmalara bağlılık, çocukluk çağı hastalıklarının gelişimi, sürdürülmesi ve tedavisini anlamamızda doğru yolda olduğumuza dair bir işarettir.

BÖLÜM ÖZETİ

Klinik psikologların yetişkin rahatsızlıklarının değerlendirilmesi ve tedavisine olan uzun süreli ilgisi, son 30 yılda değişmiş ve klinik çocuk psikolojisi, klinik psikoloji alanında önemli bir alt grup haline gelmiştir. Klinik psikologlar, çocuklara ve yetişkinlere özel, sınıflandırma, değerlendirme ve tedavi yöntemleri geliştirmişlerdir.

Çocuk danışanlarla çalışan, klinik çocuk psikologları, sevkle ilgili hususlara, davranışın bağlamına, gelişimsel konulara, ebeveyn-çocuk etkileşiminin doğasına ve çocukluk çağı risk ve koruyucu faktörlerinin etkisine dikkat etmek durumundadırlar.

Bu hususlar dikkate alındığında, klinik çocuk psikoloğu, değerlendirme aşamasında genellikle yetişkinlere sormadığı soruları sormak ve yetişkinlerde sık kullanılmayan değerlendirme yöntemlerini (örn., davranış ölçekleri, görüşmelerde birden çok bilgi kaynağı bulunması, zekâ ve başarı testleri ve aile ve akran işlevselliğini ölçen testler) kullanmak durumundadır.

Yetişkinlerde kullanılan klinik odaklı sınıflandırma sistemlerinin aksine, çocukluk hastalıklarının sınıflandırması, belirtilerin tanı kategorilerine uygunluğunu tespit etmede, büyük miktarda verinin analizine dayanan görgül yaklaşıma daha uygundur. Görgül temelli sistemler çocukluk çağı rahatsızlıklarını 2 temel grupta sınıflandırmaktadır; dışsallaştırma problemleri (hiperaktivite, saldırganlık, suç işleme gibi) ve içselleştirme problemleri (depresyon, kaygı ve somatik şikâyetler gibi). Diğer belirgin çocukluk çağı problemleri ise öğrenme bozuklukları ve otizm gibi yaygın gelişimsel bozukluklardır.

Çocuklar ve ebeveynler, çocuğun davranışına yönelik farklı bakış açılarına sahip olduğundan ve ebeveynlerin terapi ortamında bulunması için ebeveynlerin motivasyonu ve işbirliği gerektiğinden, çocukluk çağı problemlerinin tedavisi kendine has zorluklar içermektedir. Psikodinamik, davranışçı ve bilişsel-davranışçı terapilerin çocuklara özgü formları geliştirilmiş ve bazılarının (edimsel koşullama ve bilişsel davranışçı yaklaşım gibi) birçok problemde etkili olduğu sonucu bulunmuştur. Psikiyatri ilaçlarının kullanımı artmasına karşın, ilaç kullanımının yan etkilerine yönelik ciddi kaygılar bulunmaktadır. Klinik çocuk psikologları hasar oluştuktan sonra, çocukluk çağı problemleri ile uğraşmaktansa, bu bozuklukları önlemek için tasarlanmış, erken, kapsamlı ve uzun vadeli müdahaleleri kullanmayı tercih etmektedirler. Klinik çocuk psikolojisinin geleceği, çeşitlilik ve çok kültürlülük üzerine önemli bir vurguyu, ruh sağlığı hizmetlerinin daha ulaşılabilir olmasını, çocukluk çağı problemlerinin gelişiminin ve tedavisinin anlaşılmasında, biyolojik ve çevresel faktörleri de içine alan disiplinlerarası bir yaklaşımı içermektedir.

ÇALIŞMA SORULARI

1. Çocuklarla klinik çalışmanın, yetişkinlerle çalışmadan farklılaştığı noktaları listeleyin.

2. Çocuğun davranışının bağlamı, çocukluk dönemi bozukluklarının değerlendirilmesi ve tedavisinde nasıl ele alınır?
3. Sorunlu çocuklarla çalışırken, gelişimsel konuların ele alınmasına 2 örnek veriniz.
4. Bebek mizacı nedir? Yaşam boyu gelişim ile nasıl ilgilidir?
5. Çocuklarda duygusal/davranışsal sorunlarla ilgili en önemli risk faktörleri nelerdir?
6. Çocukluk çağı fiziksel ve cinsel istismarının etkilerini tartışınız.
7. Koruyucu faktörler nelerdir? Çocuk davranışı ile ilgileri nedir?
8. Davranış değerlendirme ölçekleri, yapılandırılmamış görüşme, davranış gözlemleme ve aile etkileşimi ölçeklerinin, değerlendirmede kullanımının avantajları ve dezavantajları nelerdir?
9. Okulda akademik ve davranışsal sorunlar yaşayan bir çocuk için detaylı bir değerlendirme protokolü tanımlayınız.
10. Klinik olarak türetilmiş sınıflandırma sistemi nedir? Görgül olarak türetilmiş sınıflandırma sistemi nedir? Bu iki sistemin benzer ve farklı yönleri nelerdir?
11. Aşağıdaki hastalıkların başlıca belirtileri nelerdir: DEHB, KGB, DB, majör depresif bozukluk, ayrılma kaygısı bozukluğu, otizm, asperger bozukluğu ve öğrenme bozukluğu?
12. Klinik vaka örneğinden Billy (marketteki çocuk) araştırma literatüründeki hangi bulguları yansıtmaktadır.
13. Çocuklarda bilişsel-davranışçı tedavi ilkelerini listeleyiniz ve bu tedavinin çocuklardaki etkinliğini tartışınız.
14. Çocuklar, ergenler ve aileleri ile ittifaka yönelik araştırma bulgularını anlatınız.
15. Etkili bir önleme programını tanımlayınız.

WEB SİTELERİ

- APA Bölüm 53, Klinik Çocuk ve Ergen Psikolojisi Topluluğu: http://www.clinicalchildpsychology.org
- APA Bölüm 54, Pediyatrik Psikoloji Topluluğu: http://www.societyofpediatricpsychology.org/~division54/index.shtml
- APA Bölüm 53'e göre çocuklarda etkili tedaviler: http://www.effectivechildtherapy.com
- New York Üniversitesi Çocuk Çalışma Merkezine göre çocuklarda etkili tedaviler: http://www.aboutourkids.org
- Çocuk Savunma Fonu: http://www.childrensdefense.org

BÖLÜM 12

Çeviren:
Doç. Dr. Özlem Sertel Berk

Sağlık Psikolojisi

Bölüme Bakış: Bu bölümde klinik psikologların bozuklukları tedavi etmek ve hastaların tıbbi tedavi önerilerine uyumunu artırmak için tıbbi profesyonellerle nasıl çalıştıklarını tanımlayacağız. Aynı zamanda psikososyal değişkenler (örn., stres ve bilişler) ve fiziksel işlevsellik (örn., sinir sistemi aktivitesi, dolaşım, bağışıklık sistemi işlevleri) arasındaki ilişkilere odaklanarak psikolojik faktörlerin hastalıklara nasıl etki ettiğini açıklamaya çalışacağız. Ardından, kardiyovasküler (kalp-damar) hastalıklar, HIV/AIDS, kronik ağrı ve kanser gibi hastalıklarda psikolojik risk faktörlerini ve tedavi müdahalelerini ele alacağız.

Bu bölüm ve bir sonraki bölümde klinik psikolojinin iki özelleşmiş alanı olan sağlık psikolojisi ve nöropsikolojiden bahsedeceğiz. Bu iki alan da psikologlar açısından psikolojik ve biyolojik faktörler arasındaki ilişkileri çalışmanın ne denli önemli olduğunu örneklemektedir. Bu iki alanı seçmiş olmamızın en temel sebebi her iki alanın da klinik psikolojinin son 25 yıl içinde en hızlı ilerleme göstermiş alt alanları olmasıdır. Yeni araştırma keşifleri ve bu sayede klinisyenler için kapsamı giderek genişleyen profesyonel roller psikologların ilgisini bu alanlara çekmeye başlamıştır.

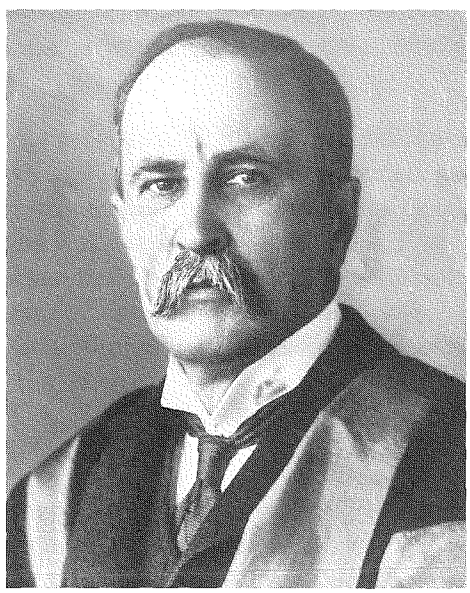
SAĞLIK PSİKOLOJİSİ NEDİR?

Bu Kısma Bakış: Bu alt bölümde, sağlık psikolojisinin bazı kuramsal temellerini aktaracağız. Sağlık psikologları stresin fiziksel ve ruhsal sağlık üzerindeki etkilerine özel bir ilgi göstermektedir. Aynı zamanda dış stresörlerin başa çıkma stratejileri, bilişsel alışkanlıklar ve algılanan sosyal destek gibi içsel değişkenlerle birleşerek hastalığa yatkınlığı nasıl etkilediklerini de incelerler.

Sağlık psikolojisi 1970'lerde ortaya çıkmış olan ve "insanların sağlıklı kalmalarını, hastalanmalarını ve gerçekten hastalandıklarında verdikleri tepkileri belirleyen psikolojik faktörleri" incelemeyi ilke edinmiş bir uzmanlık alanıdır (Taylor, 1995,

s. 3). Bu alt alan son 25 yılda öyle hızlı bir gelişme göstermiştir ki APA'nın bünyesinde ayrı bir birim olmuş (38. Birim) ve *Sağlık Psikolojisi* isimli kendi dergisini yayınlar hale gelmiştir. Sağlık psikolojisi alanındaki araştırmalar aynı zamanda *Davranışsal Tıp Dergisi, Psikosomatik Tıp* ve *Davranışsal Tıp Vakaları* başlıklı süreli yayınlarda da basılmıştır. Bağlantılı profesyonel organizasyonlar arasında Davranışsal Tıp Topluluğu ve Amerikan Psikosomatik Topluluğu yer almaktadır. Pek çok klinik psikoloji eğitim programı artık sağlık psikolojisi alanında uzmanlaşma sağlayan seçenekler de sunarken bazı programlar başlı başına sağlık psikolojisini odağına alan müfredatlar geliştirmiştir.

Sağlık psikolojisi daha geniş bir alan olan ve sosyal bilimler/davranış bilimlerinden (örn. psikoloji, sosyoloji ve antropoloji), biyolojik bilimlerden ve tıptan gelen bilgilerin, her türlü tıbbi bozukluğun daha geniş bir çerçevede anlaşılması ve tedavi edilmesine odaklanan disiplinlerarası bir anlayışla bütünleştirilmesini içeren *davranışsal tıp* ile yakından ilişkilidir. Hem sağlık psikolojisi hem de davranışsal tıp, fiziksel hastalıkların biyolojik, psikolojik ve sosyal bozulmaların bir sonucu olduğunu savunan *biyopsikososyal* modeli benimsemiştir. Her ikisi de psikolojik durumlar ile davranışsal süreçlerin hastalık ve sağlık ile nasıl ilişkileri olduğunu araştırır.



Sir William Osler; çağdaş davranışsal tıbbın babası.

Bir tıp doktoru olan Sir William Osler çeşitli hastalıkların anlaşılması ve tedavisinde psikolojik ve duygusal faktörlerin ele alınması gerektiğinde ısrar etmiş olması sebebi ile çağdaş davranışsal tıp alanının genellikle babası olarak kabul edilmektedir. 1910 yılında Osler kalp hastalığının pek çok belirtisinin "kızgınlık, endişe ve ani şoktan kaynaklandığını" ileri sürdüğü bir ders vermiştir. Bu fikirler

bazı önemli psikolojik faktörlerin kalp hastalığı ile ilişkisine dair günümüz önermeleri ile şaşırtıcı bir paralellik göstermektedir.

Yirminci yüzyılda batı kültürlerinde hastalıkların doğasında görülen önemli değişikliklerle birlikte Osler'in bu görüşleri daha da önem kazanmıştır. Daha 100 yıl öncesine kadar, pek çok Amerikalı pnömoni (zatürre), tifo ateşi ve tüberküloz gibi akut bulaşıcı hastalıklar sebebi ile yaşamını yitirmekteyken, eğitim, hijyen, eczacılık ve aşılama alanındaki ilerlemeler bu türden akut hastalıkların çoğunu ortadan kaldırmıştır. Artık kalp hastalıkları ve kanser gibi kronik hastalıklar insan hayatının ana tehdit unsurları haline gelmiştir (Blumenthal, 1994). Bu hastalıklar doğası itibari ile yalnızca kronik olmakla kalmazlar, gelişmeleri ve ortaya çıkmaları da yıllar alabilir. Dahası, kronik hastalıkların gelişiminde rol oynayan temel risk faktörleri sigara içme, sağlıksız beslenme, hareketsiz yaşam tarzları ve alkol tüketimi gibi yaşam boyu sağlığa zararlı davranışları içermektedir. Günümüzde, Birleşik Devletler'de ortaya çıkan ölümlerin neredeyse yarısı bu türden riskli davranışlara atfedilebilir (Mokdad, Marks, Stroup ve Gerberding, 2004). Artık elimizde davranışsal ve psikolojik faktörlerin kalp hastalıkları, ülser, astım, mide bozuklukları, kanser, artrit (eklem iltihabı), başağrısı ve yüksek tansiyonun başlangıcında ve şiddetlenmesinde önemli rol oynadığına dair pek çok kanıt bulunmaktadır. Bu gidişatın tersine çevrilmesi, probleme dair farkındalığın artmasını, kamu politikalarında ve en önemlisi bireysel sağlık davranışlarında değişiklikleri gerektirmektedir.

Tıp hekimleri ve diğer sağlık profesyonelleri sağlık psikologlarının katkılarına giderek daha fazla ihtiyaç duymaktadır. Nitekim kimi zaman bir hastalıkla başa çıkmada yaşanan zorlukların bir sonucu olan duygusal sıkıntı pek çok doktor muayenehane başvurularının neredeyse %60'ında gözlenen bir faktördür (Pallak, Cummings, Dorken ve Henke, 1995). Ancak tıp hekimlerinin çok azı hastalığın bu yönlerini de ele almaya hazırlıklıdır, bu sebeple önleme ve tedavi görevleri giderek sağlık psikolojisi alanındaki kişilere düşmeye başlamıştır. Sonuç olarak sağlık psikolojisi alanı gelişmiştir çünkü pek çok kanıt hastaları yalnızca "baştan yukarı veya boyundan aşağı" (Dornelas, 2001, s. 1261) yöntemlerle tedavi etmenin artık bir anlam ifade etmediğini güçlü bir şekilde ortaya koymaktadır.

Sağlık psikolojisi ve davranışsal tıbbın tarihi ve konumuna ilişkin daha detaylı tartışmaları ele alan birkaç kitap bulunmaktadır (örn., Baum, Revenson ve Singer, 2001; Brannon ve Feist, 2006; Sarafino, 2005; Straub, 2006; Taylor, 2005).

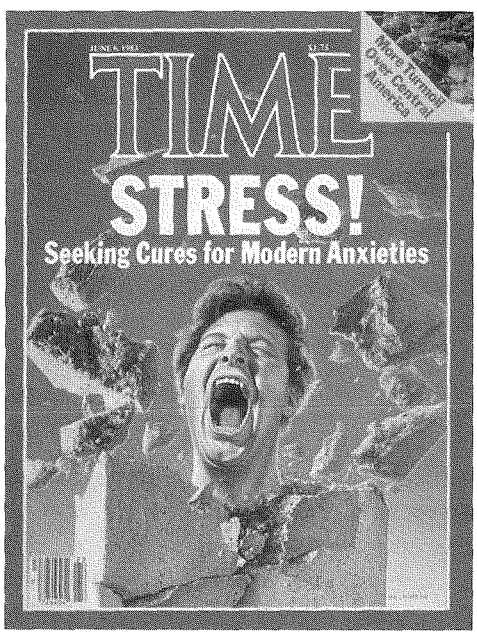
Stres, Başa Çıkma ve Sağlık

Stres bireylerin gerçek ya da algıladıkları başa çıkma becerilerini aşacak düzeyde günlük işlevselliklerini bozan ya da bozma tehdidi içeren çevresel durumlara uyum sağlama çabaları sırasında ortaya çıkan olumsuz duygusal ve fizyolojik bir süreçtir (Taylor, 2005). Kişileri uyum sağlamaya iten çevresel koşulların tümüne *stresör* denmektedir. Bu stresörler karşısında bireyin gösterdiği fiziksel, psikolo-

jik, bilişsel ve davranışsal tepkiler (kalp atışlarında artış, öfke ve dürtüsellik gibi) ise *stres tepkileri* olarak adlandırılmaktadır. Kişilerin hem çevresel stresörleri hem de kendi stres tepkilerini devamlı surette yönetmek durumunda kalması sağlık açısından oldukça zorlayıcıdır (bknz., Şekil 12.1).

Stres ve Sinir Sistemi

Strese yönelik psikolojik tepkiler merkezi ve otonom sinir sisteminde Hans Selye'nin (1956) *genel uyum sendromu* ya da GUS olarak isimlendirdiği tepki örüntülerini içerir. GUS "kaç-ya da-savaş" da denen ve stresörler karşısında gerektiğinde mücadele vermemiz, gerektiğinde de onlardan uzaklaşmamıza yardımcı olan *alarm tepkisi* ile başlar. Alarm tepkisi kan dolaşımına kortikosteroid, katekolamin (örn., adrenalin) ya da endojen (organizmanın kendisinin ürettiği) opiatları da (bedenin doğal ağrı kesicisi olan afyon) içeren bir dizi "stres hormonu" salgılanmasını sağlar. Bu hormonlar kalp atışlarını, kan basıncını ve solunum hızını, göz bebeklerinde genişlemeyi, kaslardaki gerginliği, glükoz rezervlerin salınımını ve dikkatin stresör üzerinde yoğunlaşma düzeyini artırır. Ancak stresörler devam ederse ya da hemen ardından yenileri ortaya çıkarsa, alarm tepkisini *direnç evresi* takip eder. Bu evrede, stresle başa çıkma amaçlı daha az şiddetli ancak süregiden biyokimyasal değişimler zararlı sonuçlar doğurabilir. Örneğin, azar azar da olsa stres hormonlarının uzun süreli ve aralıksız salınımı kronik yüksek kan basıncına sebebiyet verebilir, kas dokularında hasara yol açabilir ve vücudun kendini onarma becerisini baskılayabilir.



ŞEKİL 12.1 Stres modern hayatın temel meselesi olmaya devam etmektedir.

(Kaynak: Time dergisinin kapağı, 6 Haziran 1983; erişim adresi http://www.time.com/time/covers/0,16641,19830606,00.html.)

Stresörlerin varlığı çok uzun sürerse organ sistemlerinde işlevlerin bozulması ve çökmenin başlaması ile birlikte *tükenme evresine* geçilmiş olur. Bu evrede kişiler bedensel yorgunluk, kilo kaybı ve hazımsızlık gibi yakınmalardan soğuk algınlıkları, kalp hasatlıkları ve daha ciddi hastalıklara varan fiziksel belirtiler yaşamaya başlar.

Selye'nin modeli stres ve hastalıklarla ilgili araştırma alanına önemli katkılar sunmuş ve stresörlerin fiziksel değişimlere ve nihayi olarak hastalık süreçlerine nasıl yol açabileceğinin ele alınmasına olanak tanıyan bir çatı vazifesi görmüştür. Ancak model hangi yaşantıların stresör olarak algılanacağını belirleyen bilişsel, psikolojik ve algısal faktörlerin önemini hesaba katmamıştır. Bir başka deyişle, model stres yaşantısında bireysel farklılıkları göz ardı etmiştir. Bu sebeple, stresörlerin hastalığın ilerleyişindeki etkilerini dikkate alan daha kapsamlı modeller geliştirilmiştir.

Örneğin, Barbara Dohrenwend (1978) stresörlerin ve stres tepkilerinin fiziksel hastalıklar ve/veya psikolojik bozukluklara ne şekilde yol açtığını betimleyen 4 aşamalı bir model önermiştir. İlk aşamada stresli yaşam olayları ortaya çıkar, bunu ikinci aşamada fiziksel ve psikolojik bir dizi stres tepkisi takip eder. Üçüncü aşamada bu stres tepkilerinin etkilerini azaltan ya da artırmada aracılık işlevi gören çevresel ve psikolojik faktörler devreye girer. Stres tepkilerinin şiddetini azaltması muhtemel olan faktörler arasında yeterli finansal kaynaklar, stresörlerle mücadele etmeye yetecek boş zaman, tam teşekküllü ve etkili başa çıkma becerileri, arkadaş ve ailenin yardım ve desteği, stresörler üzerinde güçlü bir kontrol duygusu, iyimser olma yatkınlığı ve stresörleri fırsat olarak değerlendirebilme gücü sayılabilir. Stres artırıcı faktörler içinde ise yoksulluk, sosyal destek eksikliği, yetersiz başa çıkma becerileri, karamsarlık, çaresizlik duygusu ve stresörleri korkunç birer tehdit olarak görme yer alır. Dördüncü aşamada ise belli stresörlerin belli kişiler ve belli durumlarla etkileşimi sonucunda hafif ve geçici (bir miktar kaygı, baş ağrısı ya da birkaç uykusuz gece) veya şiddetli ve kalıcı (örn., kaygı ya da duygu durum bozukluğu ya da fiziksel hastalık) fiziksel ve/veya psikolojik sorunlar ortaya çıkabilir.

Stres ve Bağışıklık Sistemi

Stresin uzun süreli etkilerinden biri de bağışıklık sisteminin, yani vücudun hastalık oluşturan etkenlere karşı ilk savunma duvarının, baskılanmasıdır (Herbert ve Cohen, 1993; Maier ve Watkins, 1998). Mesela, kronik stresörlerin (örneğin, ciddi hastalığı olan bir akrabaya bakma) bağışıklık sisteminin işlevlerini baskıladığı gösterilmiş, hatta final sınav dönemleri gibi hafif düzeydeki stresörlerin dahi virüs ve tümörlerle savaşan bağışıklık sistemi hücrelerinin aktivite düzeyindeki azalma ile ilişkili olduğu görülmüştür (Kiecolt-Glaser ve Glaser, 1992). Stres ve hastalık ilişkisine dair özellikle ilgi çekici olan bir çalışmada, araştırmacılar gönüllü ka-

tılımcılara ya soğuk algınlığı virüsü ya da plasebo şırınga edip belirli bir zaman diliminde katılımcılar tarafından yaşanan stresin miktarını ölçmüşlerdir (Cohen, Tyrrell ve Smith, 1991). Sonuçlar soğuk algınlığı ve diğer enfeksiyonların ortaya çıkışı ile katılımcıların deneyimlediği stres miktarı arasında korelasyon olduğunu göstermiştir. Günümüzde pek çok araştırmacı stresörler ile kanser de dahil pek çok hastalık riskinin artışı arasındaki ilişkinin temelinde *baskılanan bağışıklığın* yattığından şüphe etmektedir (örn., Cohen ve Rabin, 1998).

Stresin bağışıklık işleyişi üzerindeki etkileri stresi azaltmayı hedefleyen işlemlerle de değiştirilebilir. Evli çiftlerde bu olguyu ele alan yakın zamanlı bir araştırmada bağışıklık sisteminin işlevleri ve vücudun hafif yaraları onarma becerisi incelenmiştir (Kiecolt-Glaser ve diğ., 2005). Araştırma kapsamındaki günlerden birinde, çiftler, evlilikle ilgili anlaşmazlık içeren bir alanda tartışma açılması sureti ile stres altına sokulmuştur; bir diğer günde birbirlerine sosyal destek sağlamaları istenmiş ve bunu nasıl yapacakları konusunda kendilerine sözel örnekler sunulmuştur. Her iki günde de yara onarma kapasitesi ve diğer bağışıklık sistemi işlevlerine dair ölçümler alınmıştır. Yara onarma kapasitesin evlilik ile ilgili anlaşmazlık konusunda tartıştıkları günün sonunda anlamlı düzeyde azaldığı, sosyal destek sağladıkları günün sonunda ise arttığı gözlenmiş, bu farklılıklar bağışıklık sistemin işleyişindeki değişimlere atfedilmiştir.

Psikonöroimmünoloji olarak da adlandırılan bu çalışma alanı oldukça karmaşıktır. Örneğin, her ne kadar stresörler, özellikle de uzun süredir devam edenler, bağışıklık işlevlerini baskılasa da, kısa süreli stres atakları bağışıklık sisteminin bazı bölümlerini bilakis güçlendirebilir. Bu münferit stres atakları vücudun yabancı maddelerin istilasına karşı yanıt verme becerisini artırıyor görünmektedir (Atanackovic ve diğ., 2006).

Stresörlerin Ölçümü

Stres ve sağlık arasındaki ilişkileri inceleyebilmek için stresin doğru bir şekilde ölçülmesi gerekir. Sağlık psikologları bunu çeşitli şekillerde gerçekleştirmeye çalışmışlardır. Bunun örneklerinden biri *Yakın Zamanlı Deneyimler Listesi* olarak adlandırılan bir ölçektir (Amundson, Hart ve Holmes, 1986). Bu ölçek sağlık, aile, kişisel ve finansal konularla ilgili 42 olayın listesini içermektedir. Ölçeği alanlar başlarına son 6, 12, 24 ve 36 ay içinde gelen olayları belirler ve her bir olaya bu olayın gerektirdiği uyum miktarını düşünerek bir ağırlık puanı verirler (1, çok az uyum; 100, maksimum uyum). Bu ağırlık puanları toplanmak sureti ile *Yaşam Değişim Birimi Puanı* elde edilir.

Pek çok sağlık psikoloğu stresin en doğru ölçümünün çevresel yaşantıları değerlendirmek olmadığına, aksine bireylerin stresör algısının ölçülmesine dayanması gerektiğine inanmaktadır. Bu sebeple bazı stres envanterleri katılımcılara stres algılarının, bu algıları gerçek olaylarla ilişkilendirmeksizin, sıklık ve şiddetine dair sorular

yöneltir. Bu amaçla geliştirilmiş olan Cohen'in *Algılanan Stres Ölçeği* yaygın olarak kullanılan bir ölçüm aracıdır (Cohen, Kamarck ve Mermelstein, 1983).

En iyi stres değerlendirme ölçekleri ile yürütlen araştırmaların sonuçları dahi stres ve hastalık arasında şüphesiz bir ilişki olduğunu ortaya koymasına rağmen, bu ilişkinin gücü oldukça düşüktür. Bir başka deyişle, önemli stresörlere maruz kalmış olan kişilerin, daha az sayıda stresör yaşayanlara kıyasla, hasta olma olasılıkları toplamda daha yüksek olsa dahi, stresör yaşayan kişilerin çoğu hasta olmamaktadır. Bu farkındalık sağlık psikologlarını kişileri stresin sağlığa zarar verici etkilerinden koruyan değişkenleri araştırmaya yöneltmiştir. Bunların arasında özellikle üç *yatkınlık* ya da *direnç faktörü* bulunmaktadır (Kessler, Price ve Wortman, 1985): uyumlu başa çıkma stratejileri, strese dayanıklı kişilik özellikleri ve sosyal destek.

Uyumlu Başa Çıkma Stratejileri

Başa Çıkma, bireylerin kendilerini tehdit eden stresörleri hafifletme, tolere etme ya da yok etme amacı ile yürüttükleri bilişsel, duygusal ve davranışsal çabaların tümünü ifade eder (Folkman ve Lazarus, 1980). İnsanlar stresle başa çıkma şekilleri açısından farklılaşır. Bazıları stresi ortadan kaldırmaya, bazıları ise onunla doğrudan yüzleşmeye çalışır; başkaları ise stersörlerin daha az yıkıcı olmasını sağlamak için stresörler hakkındaki düşüncelerini değiştirme yoluna gider; diğer taraftan stresörlerin yarattığı duygusal tepkileri yönetmeye çalışanlar da vardır (Lazarus, 1993).

TABLO 12.1

Başa Çıkma Tarzları

Sorun odaklı ve duygu odaklı başa çıkma bireylerin stresle mücadele ederken kullandıkları iki temel tarzdır.

Başa Çıkma Becerileri	Örnek
Sorun Odaklı Başa Çıkma	
Yüzleşme	"Sabrettim, vazgeçmedim, istediğim şey için savaştım."
Sosyal destek arama	"Durum hakkında daha fazlasını fark etmemi sağlayacak biri ile konuştum."
Planlı sorun çözme	"Bir eylem planı yaptım ve uyguladım."
Duygu odaklı başa çıkma	
Öz-Denetim	
uzaklaşma	"Duygularımı kendime saklamaya çalıştım."
olumlu yeniden değerlendirme	"Kafama takmadım; üzerinde çok da düşünmemeye çalıştım."
sorumluluğun kabulü	"Kendime olan bakışımı değiştirdim."
kaçma/kaçınma (arzulu düşünme)	"Problemi çağıranın ben olduğumu fark ettim."
	"Keşke bu durum yok olup gitseydi, bir şekilde bitseydi".

KAYNAK: "Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms," S.Folkman, R.S.Lazarus, R.J.Gruen, and A.DeLongis, 1986, Journal of Personality and Social Psychology, 50, 571–579.Copyright 1986. İzinle uyarlanmıştır.

Richard Lazarus ve Susan Folkman 68 maddeden oluşan ve orta-yaş grubundaki 100 kişiden oluşan yetişkin grubunun yaşamlarındaki stresli olaylarla nasıl başa çıktıklarına dair ifadelerini tanımlayan *Başa Çıkma Tarzları* kontrol listesini geliştirmişlerdir (Folkman ve Lazarus, 1980). Bu maddeler iki geniş kategoriye girmektedir; *sorun odaklı başa çıkma* ve *duygu odaklı başa çıkma* (bknz., Tablo 12.1). Anketi cevaplayan bu 100 kişi toplamda 1,332 stresli olay bildirmiş ve %98'i her iki başa çıkma yöntemini de kullandıklarını ifade etmişlerdir. Ancak seçimleri seçkisiz değildir. İşle ilgili stresörlerde daha çok sorun odaklı, sağlık ile ilgili stresörlerde ise duygu odaklı başa çıkmanın ön plana çıktığı görülmüştür. Erkekler belli durumlarda sorun odaklı başa çıkmayı kadınlardan daha sık kullanırken, kadınlar ve erkekler duygu odaklı başa çıkmaya başvurma düzeyleri açısından farklılaşmamışlardır. Farklı ölçüm araçlarını kullanan başka araştırmacılar da benzer sonuçlara ulaşmışlardır (Stone ve Neale, 1984). Sorun odaklı başa çıkma ile duygu odaklı başa çıkma olmak üzere birbirinden farklı iki başa çıkma tarzının keşfi oldukça faydalı olmuş, son 20 yılda yürütülmüş olan araştırmalara dayanak sağlamıştır (Tennen, Affleck, Armeli ve Carney, 2000).

Strese Dayanıklı Kişilik Özellikleri

Pozitif psikoloji ile ilgilenen psikologların hepsi de uyumlu başa çıkmaya katkı sunan iyimserlik (Peterson, 2000; Seligman, 2005; Seligman ve Csikszentmihalyi, 2000), kendini toparlama gücü (Fredrickson, 2001), kader ve umut (bknz., Myers, 2000), merak (Richman, Kubzansky, Maselko ve Kawachi, 2005) ve uyumlu savunma mekanizmaları (Vaillant, 2000) gibi çeşitli kişilik ve bilişsel özellikleri incelemişlerdir.

Bazı vakalarda, pozitif özelliklerin sağlık açısından faydaları çok önemlidir. Örneğin, yakın zamanlı bir çalışmada, geniş bir grup gönüllüde hem umut hem de merak ölçülmüş, bu grubun izni alındıktan sonra tıbbi kayıtlara dayalı sağlık durumları izlenmiştir. Öyle görünmektedir ki umut ve merak düzeyi daha yüksek olanların yüksek kan basıncı, diabet ve solunum enfeksiyonları geliştirme riski daha düşüktür (Richman ve diğ., 2005). Bu gibi veriler pozitif duygusal durumların sağlık açısından koruyucu bir etkisi olduğu fikrini desteklemektedir.

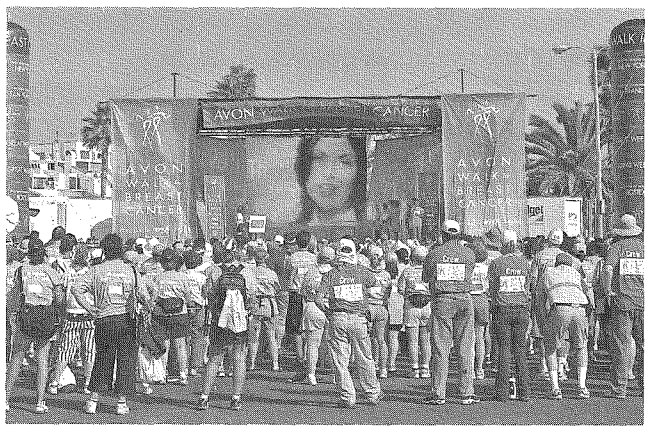
Bu alanda çalışan diğer araştırmacılar ise gerçeklere yönelik biraz fazla iyimser çarpıtmaları da ("pozitif illüzyonları") içeren iyimser inançların fiziksel ve ruhsal sağlık üzerindeki rolünü sorgulamışlardır. Örneğin sosyal psikoloji ve ilgili alanlarda yürütülen bir literatür derlemesi, depresyonda olmayanlarda gerçeğe dair pozitif yanlı algıların daha sık olduğunu göstermiştir (Taylor, Kemeny, Reed, Bower ve Gruenewald, 2000). Ödünleme, özgecilik, bastırma ve mizah gibi sağlıklı ya da gelişmiş savunma mekanizmalarının da sağlığı koruduğu ve bazı hastalıkların etkilerini azalttığı gözlenmektedir (Vaillant, 2000).

Ancak pozitif tutumların avantajlarının da bir sınırı vardır. Mesela gerçekte mutlu değilken mutluymuş gibi davranmanız çok da iyi bir fikir olmayabilir. Olumsuz duyguları ketleme ya da bastırma çabaları kısa vadede fayda sağlayabilir ancak uzun vadede sağlığa zarar verebilir (Salovey, Rothman, Detweiler ve Steward, 2000). Bir çalışma stresli yaşam olayları hakkında daha fazla konuşan romatoit artrit mağdurlarının daha az konuşanlara kıyasla gidişatlarının daha iyi olduğunu ortaya koymuştur (Kelley, Lumley ve Leisen, 1997). James Pennebaker da (1995) stresli yaşam olaylarını stresörü takip eden günlerde yazma fırsatı olan kişilerin sağlık sonuçlarının yazmayanlara göre daha iyi olduğunu göstermiştir. Diğer araştırmalarda da olumsuz yaşantılara ilişkin duygu ve düşüncelerin ifade edilmesinin olumlu etkileri olabileceği bulgulanmıştır (Snowdon, Greiner, Kemper, Nanayakkara ve Mortimer, 1999; Snowdon, Greiner ve Markesbery, 2000). Bu türden bulgular olumsuz duyguların paylaşılmasının (psikoterapide olduğu gibi) olumlu fiziksel sağlık ile ilişkili olduğu ancak bu duyguları ketlemenin sağlıkla genellikle ilişkili olmadığına dair kanıtlarla tutarlılık içindedir (Miller ve Cohen, 2001).

Elbette, başa çıkma ve pozitif psikoloji ile ilgili bazı sorular hala cevapsızdır. Bunlardan biri pozitif ve negatif beklentilerin en makul dengesi ile ilgilidir: iyimser olmak mı yoksa gerçekçi olmak mı daha iyidir? İyimserlik sıklıkla kendini kandırma ve daha az özenli bilişsel işlemeye sebebiyet verebilir, ancak belli bir miktar iyimserlik olmazsa kişiler stresörlere daha yatkın hale gelebilir (bknz., Schneider, 2001). Bir diğer soru da olumlu ve olumsuz deneyimlerin toplamının zaman içinde sağlığı nasıl etkilediğidir. Son olarak uyumlu olmayan başa çıkmanın hangi özelliklerinin daha köklü olduğu ve bu sebeple terapide değişime daha dirençli olduğu (örn., kişilik özellikleri) ve hangilerinin daha az köklü olup da öğretilebileceği hala açıklığa kavuşmayı beklemektedir.

Sosyal Destek

Sosyal destek pek çok farklı şekilde tanımlanmıştır (Schradle ve Dougher, 1985). Tüm bu farklı tanımlara rağmen hepsinin içerdiği ortak öge değer verilme, sevilme, saygı görme ve bir iletişim ağının ve karşılıklı vericiliğin bir parçası olma deneyimi olarak görünmektedir (Baumeister ve Leary, 1995). Öyleyse sosyal destek başkalarının varlığından daha fazlasını içerir; bir başka deyişle sosyal destek duygusal destek, geribildirim, rehberlik, yardım ve değerlerin karşılıklı paylaşıldığı ilişkiler sağlar.



Sosyal desteğin psikolojik ve fiziksel sağlık üzerinde olumlu etkisi vardır.

Bazı çalışmalar stres ve hastalık arasındaki ilişkinin yaşamlarında yüksek düzeyde sosyal destek algılayanlarda daha zayıf olduğunu göstermiştir (Brannon ve Feist, 2006; Sarafino, 2005; Staub, 2006). Bu bulguya yönelik açıklamalardan ilkine göre sosyal destek strese karşı bir *tampon* vazifesi görmektedir. Tampon modeli sosyal desteğin yüksek düzeyde stresörlerle karşılaşanlarda, stresörlerin zararlı etkilerini nötrleştirdiğini öne sürmektedir. Sosyal destek aynı zamanda daha fazla kendini açma fırsatı sunmakta ve arkadaşlar yapıcı başa çıkma çabalarını güçlendirmek sureti ile aşırı alkol tüketimi gibi kendini baltalayan stratejilere başvurulma ihtimalini azaltmaktadır (Myers, 2000; Thoits, 1986). Kısaca kişilerin sosyal destek algıları başkalarının kendilerini düşündüğü ve değer verdiği inancını güçlendirebilir; aynı zamanda benlik saygılarını ve gelecekte stresli bir durumla daha iyi mücadele edebileceklerine dair güven duygularını artırabilir.

Yukarıdaki bulguya açıklama getiren bir başka görüş de *doğrudan etki* modelidir. Bu model sosyal desteğin, stresli durumlar yaşansın ya da yaşanmasın her şekilde olumlu etkisi olacağını, sadece destekleyici ilişkilerin içinde olmanın dahi sağlığa genel olarak faydası olacağını ileri sürmektedir (Baumeister ve Leary, 1995). Sosyal desteğin gözlenen faydalarına dair üçüncü bir açıklama ise yüksek sosyal destek, sağlıklı olma ve düşük düzeyde stresin hepsinin birden altta yatan *sosyal yeterlik* gibi pek çok işlevsellik alanında olumlu etkisi olan bir özelliği yansıttığını savunur.

Elbette üç modelin bir bileşimi de bu durumda rol oynayabilir. Ancak şu açıktır ki sosyal desteğin, özellikle de duygusal desteğin yokluğu kişileri fiziksel ve psikolojik bozukluklara (Cohen ve Wills, 1985; Kessler, Price ve Wortman, 1985), hatta erken ölüme karşı daha yüksek risk altında bırakır (House, Robbins ve Metzner, 1982). Genel olarak avantajlı olmasına rağmen sosyal destek bazı riskler de taşıyabilir. Örneğin yoğun bir sosyal destek ağına sahip olmak aynı zamanda çok sayıda kişi ile karşılaşma, dolayısıyla bulaşıcı hastalıklara yaka-

lanma ihtimalini artırabilir. Bir diğer taraftan, eğer başkalarının yardım çabaları kişide suçluluk, minnettarlık veya bağımlılık gibi duyguları uyandırıyorsa, bu gibi durumlarda sosyal ağların varlığı çatışma yaratabilir. Eğer destek alan kişi yardım çabalarına karşılık veremiyor ise, kendini destek sağlayan kişiye karşı ileriki ilişkilerinde dezavantajlı hissedebilir. Bazı durumlarda ise destek sağlayan kişi hitiyacın dışında davranışlar sergileyebilir (aşırı tavsiye verme ya da tavsiyelerine uyulmadığında kırılma gibi); bu gibi durumlarda destek alan kişi kendini kuşatılmış, yetersiz ya da reddedilmiş hissedebilir (Broman, 1993; Cohen, 2004, Malarkey, Kiecolt-Glaser, Pearl ve Glaser, 1994; Wortman ve Lehman, 1985).

Sosyal desteğin bu denli karmaşık yapısı bazı araştırmacıları sosyal etmenlerin sosyal destek gibi farklı yönlerinin, yani bireylerin sosyal ağlar, sosyal çatışmalar ve sosyal dostluklar içinde ne düzeyde yer aldığının, farklı ilişkisel örüntüler üzerinden sağlığı pozitif ya da negatif yönde etkilediğini önermeye itmiştir (Cohen, 2004; Cohen, Gottlieb ve Underwood, 2000).

Bu Kısmın Özeti: Sağlık psikologları psikolojik değişkenlerin bireylerin fiziksel hastalığa yatkınlığını ya da fiziksel hastalıktan kurtulma düzeyini nasıl etkilediği ile ilgilenirler. Sağlık psikolojisi alanı gelişme göstermiştir çünkü giderek daha fazla sayıda hastalığın psikolojik faktörlerle ilişkili olduğu görülmektedir. Bu faktörlerin en büyüğü dış olaylar, fizyolojik tepkiler ve bireyin psikolojik yorumlarının bir bileşimi olan strestir. Stresin sağlığı bozucu etkisinde bir dizi psikolojik değişkenin önemli rolü bulunmaktadır. Bunlar arasında başa çıkma tarzları, kişilik özellikleri ve algılanan sosyal destek vardır.

HASTALIĞA YOL AÇAN RİSK FAKTÖRLERİ

Bu Kısma Bakış: Bu alt bölümde sağlık psikologlarının çalıştığı ve tedavisine yardımcı olduğu iki önemli hastalığa dair risk faktörlerini inceleyeceğiz: kronik kalp hastalığı ve HIV/AIDS.

Bireyin herhangi bir hastalık geliştirme olasılığını artıran her türlü faktöre o hastalık ile ilgili *risk faktörü* denir. Bazı risk faktörleri genetik kusurlar ya da zehirli kimyasallara maruz kalma gibi biyolojik ya da çevresel koşullardan kaynaklanabilir (Stokols, 1992). Diğerleri sağlığa zarar veren davranış örüntüleri şeklinde karşımıza çıkar. Örneğin sigara içme, aşırı yeme, egzersiz yoksunluğu ya da yüksek yağ oranlı düşük lifli diyet tüketimi gibi davranışların tümü yaşamı tehdit eden hastalıklar için risk faktörüdür (VandenBos, DeLeon ve Belar, 1991). Buna karşın, bazı davranışlar ya da yaşam tarzları sağlık açısından koruyucudur. Örneğin, düzenli kahvaltı yapan, öğünler arası nadiren abur cubur tüketen, düzenli egzersiz yapan, sigara içmeyen, her gece 7 ila 8 saat uyuyan ve aşırı alkol tüketmeyen kişiler bu davranışların hiçbirini uygulamayanlara kıyasla ortalama 11 yıl daha uzun yaşamaktadır (Breslow, 1979).

Saldırganlık, kaygı ve depresyon da fizyolojik uyarılmayı artırıp sosyal desteği baskılayarak ve sağlıklı yaşam tarzı uğraşılarını engelleyerek psikolojik risk faktörleri vazifesi görürler. Çevresel, davranışsal ve sosyal risk faktörlerinin çok yönlü etkileri kardiyovasküler hastalıklar ve HIV/AIDS'in de dahil olduğu bazı hastalıklarda görülürler.

Kardiyovasküler Hastalıklara Yol Açan Risk Faktörleri

Kuzey Amerika'daki ölümlerin yaklaşık yarısından koroner kalp hastalığı (KKH), yüksek kan basıncı (yüksek tansiyon) ve felci içeren kalp hastalıkları sorumludur. Bu, günde 2600 kişiye ve ortalama her 33 saniyede bir ölüme denk gelmektedir (Centers for Disease Control, 2001a). Kardiyovasküler hastalıklar için yatkınlaştırıcı risk faktörlerinin listesi hayli uzundur ve bu faktörlerin pek çoğu doğrudan sağlık psikologlarını ilgilendirmektedir. Bunlar arasında aile öyküsü, etnik köken, depresyon, kaygı, obezite, hareketsiz yaşam tarzı, sosyal izolasyon, düşmanlık ve iş ile ilgili stres yer almaktadır (Schneiderman, Antoni, Saab ve Ironson, 2001). Öncelikle stresörlerin ve diğer psikolojik faktörlerin KKH'daki rolünü ele alalım.

Stresörlerin Rolü. Kardiyovasküler hastalıklarda stresin rolüne dair ilk kanıtların bir kısmı maymunların farklı türde strese verdikleri tepkileri inceleyen araştırmalardan elde edilmiştir (Manuck, Kaplan, Adams ve Clarkson, 1988; Manuck, Kaplan ve Clarkson, 1983). Araştırmacılar kardiyovasküler ve endokrin tepkiselliğindeki strese bağlı artışların, sayısız kere ve yıllar boyunca tekrar ettiği takdirde, kardiyovasküler hastalıklarda görülen kalp ve periferik arterlerdekine benzer değişimleri ortaya çıkarıp çıkarmadığını öğrenmek istemişlerdir. Cevap, çıkardığı yönündedir; stresörlere tepki olarak kalp atışlarında daha fazla artış görülen hayvanların, strese tepkisi daha düşük olanlara kıyasla, koroner arterlerinde (kalp damarlarında) daha fazla plak (kolesterol ve diğer yağlı maddelerin oluşturduğu birikim) olduğu görülmüştür. Plak oluşumundaki böylesi bir artış, kanın vücut damarlarında kolayca dolaşımını zorlaştırır. Bu durum klinik bir olgu olan kalp krizinin (yani doku hasarı ve zaman zaman doku ölümü ile sonuçlanan kalbe giden kan akışında kısıtlılık), kalp spazmının (kan akışında ağrıya yol açan azalma) ve felcin (beyne giden kan akışında kısıtlılık) altında yatan nedenlerden biridir.

Daha önce de değinildiği gibi, insanlar da tehdit içeren uyaranlara ve diğer stresörlere kan basıncında belirgin değişiklikler, epinefrin, norepinefrin ve diğer stres hormonlarının salınımında ve kalp atış hızında artışlarla da tepki verirler (Anderson, 1989; Krantz ve Manuck, 1984). Bu türden değişimler kısa vadede biyolojik açıdan uyumludur çünkü çok çeşitli fiziksel tehditlere karşılık vermeyi gerektiren kısa vadeli enerji artışlarını olanaklı kılar (kaç ya da savaş tepkisi). Makul koşullar altında bu gibi biyolojik değişimler stresör ortadan kalk-

tıktan kısa bir süre sonra normale döner. Ancak, tekrarlı stresörler kardiyak (kalp) aktivitesini devamlı bir şekilde aşırı derecede uyarırsa, bu normal biyolojik değişimler uyumlu olma özelliğini kaybedebilir.

Etnik köken ve yoksulluk gibi demografik değişkenler de, sağlığa zararlı davranışların sosyoekonomik seviye (SES) ile ters orantılı ilişki göstermesi sebebiyle, kardivasküler hastalık riski ile bağlantılıdır (Adler ve Matthews, 1994). Örneğin sigara içme, tıpkı aşırı alkol tüketimi gibi daha düşük eğitimli kişilerde daha yaygındır. Düşük eğitimli olanların çalışmıyor olması daha olasıdır ve çalışanların da yüksek riskli iş ve ortamlarda bulunma ihtimalleri yüksektir. Benzer şekilde, daha yoksul semtlerde yaşayanlarda, daha yüksek gelirli semtlerde yaşayanlara nazaran obezite görülme olasılığı da daha fazladır (Morland, Diez Roux,ve Wing, 2006). Obezite ise kişilerin yüksek tansiyon ve koroner kalp hastalığı riskini anlamlı derecede artırmaktadır (örn., Foster ve Kendall, 1994).

Öte yandan, KKH, Çin ve Japon kökenli Amerikalılarda Avrupa ve Afrika kökenli Amerikalılarda görülenin neredeyse yarısı kadarken, yüksek kan basıncına Afikalı Amerkalılarda Avrupalı Amerikalılardakinin yaklaşık iki katı kadar daha sık rastlanmaktadır. Erkekler, her iki cinsiyetteki Afrikalı Amerikalılar ve yaşlılar, ortalamadan daha yüksek oranda kalp hastalığı yaşamakta ve belli stresörlere ortalamanın üstünde kan basıncı tepkileri göstermektedir. Bu farlılıkları açıklamaya yarayacak gerçek mekanizmalar henüz net olmasa da, beslenme gibi fiziksel faktörlerin ve stresli ortamlarda yaşıyor olmak gibi kültürel faktörlerin önemli etkileri olduğu neredeyse kesindir.

KKH'da Psikolojik Faktörler. Daha önce de belirtildiği gibi, stresörlerin etkilerine, stresörleri tehdit ya da fırsat olarak değerlendirip değerlendirmediğimizi ve onları kontrol edip edemeyeceğemize dair inaçlarımızı da kapsayan psikolojik faktörler aracılık edebilir. Tehdit olarak gördükleri durumlar karşısında çaresiz hisseden kişilerin daha yoğun fizyolojik tepkisellik ve duygusal çökkünlük yaşama olasılıkları vardır. Öte yandan stresörleri bir fırsat olarak görüp onlarla baş edeceklerinden emin olduklarını hissedenler ise daha az tepkisellik ve huzursuzluk yaşayabilir (Lazarus ve Folkman, 1984).

A-Tipi Davranış örüntüsü örneğinde olduğu gibi (Friedman ve Rosenman, 1974), psikolojik faktörler ile KKH arasındaki ilişki karmaşık olabilir. A-Tipi kişiler (a) patlayacak gibi hızlı konuşma; (b) yüksek yaşam temposu; (c) yavaşlığa tahammülsüzlük; (d) bir anda birden fazla aktiviteyi yürütmek (e) kendisi ile aşırı meşguliyet; (f) yaşamdan doyumsuzluk; (g) başarıları rakamlarla değerlendirmek; (h) rekabetçilik ve (i) serbest dolaşan düşmanlık gibi özelliklerle tanımlanmaktadır (Matthews, 1982). A-Tipi kişilerin aksine, B-Tipi olanlar ise daha rahat ve daha az zaman baskısı altındadırlar. Daha az rekabetçi, kontrolcü ve düşmancıl görünürler.

İlk araştırmalar A-Tipi davranışın KKH'nın gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğunu düşündürmüştür. Örneğin Batılı, Ortak Grup Çalışmasında (BOGÇ), 39-59 yaşları arasındaki 3500 erkek A Tipi ve B Tipi olarak sınıflandırılmıştır. 8,5 yıl süren bu çalışma zarfında kalp krizi geçirmiş olan 257 erkekten 178'inin (%69) A-Tipi olduğu görülmüştür. Diğer bir deyişle, Tip A'lar Tip B'lere göre iki kattan daha yüksek oranda kalp krizi geçirme olasılığına sahiptir (Rosenman ve diğ., 1975). A Tipi'nin KKH riski üzerindeki etkisi, ailede kalp hastalığı öyküsü, yüksek kolesterol, yüksek kan basıncı ve sigara içmenin dahil olduğu diğer risk faktörleri istatistiksel olarak kontrol edildikten sonra dahi gözlenmiştir.

A Tipi'nin kalp hastalıkları üzerindeki etkisi farklı cinsiyet ve kültürlerde de gözlenmiştir. Örneğin, bir çalışmada ölümcül olmayan kalp krizi geçirmiş 290 Japon kadın ve erkeğin kişilik özellikleri 489 sağlıklı kontrol katılımcılarının özellikleri ile karşılaştırılmıştır (Yoshimasu ve Fukuoka Heart Study Group, 2001). A-Tipi davranış örüntüsü, özellikle Japon kadınlarda hastalık riski ile anlamlı ilişki göstermiştir.

Ancak günümüzde A-Tipi davranış ile KKH arasındaki ilişkinin başta sanıldığından çok daha karmaşık olduğunu bilmekteyiz. Her şeyden önce, A-Tipi bir insan olmak demek kalp krizi veya başka bir KKH'dan muzdarip olma olasılığınızın yüksek olduğu anlamına gelmez. Nitekim BOGÇ'de Tip A'ların, Tip B'lere oranla KKH geliştirme risklerinin iki kat daha fazla olduğu bulunmuş olsa da, A Tipi katılımcıların büyük çoğunluğu KKH geliştirmemiştir. BOGÇ örneklemi ile ilgili başka araştırmacılar tarafından yürütülen detaylı analizler A-Tipi davranışın tüm yönlerinin KKH için risk faktörü olmadığını ortaya koymaktadır (Cohen ve Reed, 1985; Eaker, Abbott ve Kannel, 1989; Miller ve diğ., 1991; Ragland ve Brand, 1988). A-Tipi örüntüsünün sağlık açısından en riskli boyutunun A-Tipi olan herkeste gözlenmeyen *düşmanlık* olduğu görülmektedir (Birks ve Roger, 2000; Williams ve Barefoot, 1988; Williams, 2001). Bu sebeple yakın zamanlı araştırmalar global bir A-Tipi örüntüsünden ziyade düşmanlığa ve hastalık riski ile daha yakından ilişkili başka kişilik özellikleri ve davranışlara yoğunlaşmıştır. Öyle görünmektedir ki, düşmanlık düzeyi yüksek olanların strese verdikleri fizyolojik tepkiler düşmanlık düzeyi düşük olanlardan anlamlı derecede daha güçlüdür (Rozanski, Blumenthal ve Kaplan, 1999). Spesifik olarak bu kişiler özellikle kişilerarası stresörler karşısında daha yüksek düzeyde kardiyovasküler tepkisellik yaşamaktadır (Miller ve diğ., 1998; Suls ve Wang, 1993).

KKH'da depresyonun da rolü vardır. Depresyon miyokard enfarktüs (yaygın olarak bilinen adıyla kalp krizi) geçirmiş olanların yaklaşık %20'sinde görülmektedir, buna ek olarak %27'lik bir grup da tanı almasa dahi depresyon belirtileri göstermektedir (Burg ve Abrams, 001). Kalp krizinin ardından gelen dönemde, depresyonda olanların uzun vadeli sonuçları kardiyak öykü gibi diğer faktörler kontrol edildikten sonra dahi daha kötüdür. Depresyon herhangi bir kardiyovas-

küler hastalık öyküsü olmayan sağlıklı kişilerde de kardiyovasküler hastalık riskini artırmaktadır (Rugulies, 2003; Wulsin ve Singal, 2003). Aslında depresyon pek çok kronik hastalık açısından ciddi bir sorundur (Zheng ve diğ., 1997). Depresyon aynı zamanda ek hastalıklarla sonuçlanabilecek yaşam tarzı seçimleri ile de ilişkilidir. Bu nedenle depresyon tedavisinin bütüncül bir tedavi planının içinde yer alması son derece önemlidir.

HIV/AIDS'e Yol Açan Risk Faktörleri

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yaklaşık 1 milyon kişinin kazanılmış bağışıklık yetersizliği sendromuna (acquired immune deficiency syndrome-AIDS) yol açan bir virüs olan HIV taşıyıcısı olduğu tahmin edilmektedir. 2000 yılına gelindiğinde ABD'de 770.000'den fazla AIDS vakası bildirilmiştir (Centers for Disease Control, 2001b). Enfeksiyon artış oranları azalma gösterse de her yıl 40.000'den fazla Amerikalı enfeksiyona yakalanmaktadır (Glynn ve Rhodes, 2005). Homoseksüel erkekler ve damardan (intravenöz) uyuşturucu kullananlar en yüksek risk grubudur, ancak düşük gelirli Afrika kökenli Amerikalılarda ve Latin kökenli ergenlerde heteroseksüel ilişki yolu ile HIV bulaşma sıklığı giderek artmaktadır (Glynn ve Rhodes, 2005). Ne yazık ki sorun dünyanın diğer bölgelerinde daha vahimdir. Küresel olarak, %47'si kadın, 36 milyon kişinin HIV/AIDS'li olduğu tahmin edilmektedir. Bu vakaların %95'i Afrika ve diğer üçüncü dünya bölgelerindeki gelişmekte olan ülkelerde bulunmaktadır (Centers for Disease Control, 2001c).

Sağlık psikologları AIDS vakalarının pek çoğunun bir dizi riskli davranış örüntüsünden kaçınarak önlenebileceğine dikkat çekmeyi başarmışlardır. Bu davranışlar arasında: (a) cinsel aktivite sırasında kondom veya başka koruyucu cihazların kullanılmaması, (b) birden fazla veya cinsel geçmişi bilinmeyen cinsel eşin varlığı, (c) kondom kullanımının gerekliliğine dair yargılamayı bozacak düzeyde aşırı alkol veya uyuşturucu kullanımı, (d) damardan uyuşturucu kullananlarda enjeksiyon iğnelerinin ortak paylaşımı yer almaktadır. Stres de tıpkı diğer pek çok hastalıkta olduğu gibi AIDS için de risk faktörüdür, zira uyuşturucu kullanımı ya da korunmasız seks gibi dürtüsel ve sağlığa zarar verici davranışlardan kaçınma gerekliliğine dair gösterilen özeni azaltabilir (örn., Testa ve Collins, 1997).

Bu Kısmın Özeti: Sağlık psikologları birden fazla risk faktörünün birleşiminin belirli hastalıkları nasıl doğurduğunu anlamaya çalışmaktadır. Pek çok kişiyi etkilediği için kardiyovasküler hastalıklar ile HIV/AIDS özel ilgi alanları olmuştur. Demografik değişkenler kardiyovasküler hastalıklarda önemli rol oynar, ancak algılanan sosyal destek, düşmanlık ve depresyon gibi psikososyal faktörlerin de etkisi bulunmaktadır. HIV/AIDS açısından riskler ise cinsel aktivite ve uyuşturucu kullanımı ile ilgili davranışlarla yakından ilişkilidir.

HASTALIĞIN ÖNLENMESİ VE TEDAVİ PROGRAMLARI

Bu Kısma Bakış: Bu alt bölümde sağlık psikologlarının çeşitli hastalıkları önlemeye ve tedavi etmeye yönelik programlar geliştirebilmek amacı ile tıp doktorları, sağlık eğitmenleri ve diğer profesyonellerle nasıl işbirliği içinde çalıştıklarını tanımlayacağız. Önleyici programlar belirli popülasyonlarda davranışsal ve psikolojik risk faktörlerini azaltmak için tasarlanırken, tedavi programları ise genellikle tıbbi hastalara bireysel düzeyde ya da grup düzeyinde hastalık belirtilerini en aza indirme ya da bu belirtilerle başa çıkma konusunda yardımcı olmaya odaklanır. Bu bağlamda, kardiyovasküler hastalıklar, ağrı, kanser ve HIV/AIDS'e yönelik sağlık psikolojisi müdahalelerine yoğunlaşacağız.

Kardiyovasküler Hastalıklar

Daha önce de belirtildiği gibi, halihazırda KKH veya yüksek tansiyonu olmayan pek çok insan, sürdürdükleri sağlığa zararlı davranışlar ve belirli bilişsel ve psikolojik faktörler sebebi ile bu hastalıklara karşı risk altındadır. Bu insanlar risklerini azaltmayı hedefleyen önleyici müdahalelerden fayda sağlayabilir.

Örnek olarak, A-Tipi davranışları azaltmak amacı ile bir dizi tedavi programı geliştirilmiştir (Nunes, Frank ve Kornfeld, 1987; Thoresen ve Powell, 1992). Tekrarlayıcı Koroner Önleme Projesinde, kalp kirizi geçirmiş olan 800'den fazla hasta 3 yıllık bir zaman diliminde periyodik danışmanlık almıştır (Friedman ve diğ., 1986). Bazı hastalar için bu danışmanlık hizmeti beslenme, egzersiz, sigara içme ve reçeteli ilaç tedavilerine uyum gösterme alışkanlıklarının değiştirilmesine odaklanırken, diğerleri ise tüm bunlara ek olarak danışmanlık sürecinde A-Tipi davranışları nasıl değiştireceklerine yönelik tavsiyeler almıştır. 3 yılın sonunda danışmanlık artı A-Tipi modifikasyon seanslarına düzenli katılan hastaların yalnızca %7,2'si kalp krizi geçirirken, sadece danışmanlık alan grupta kalp krizi oranının %13,2 olduğu görülmüştür. Var olan pek çok teknik içinden gevşeme eğitimi ("Davranışçı ve Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler" başlıklı 8. Bölümde anlatılmıştır), kendini izleme ve başa çıkma becerileri eğitiminin A-Tipi davranış değişikliği üzerinde daha büyük etkileri olmuştur. Yine daha önce de bahsedildiği gibi, günümüz çalışmalarının odağında genel olarak A-Tipi değil düşmanlık ve depresyon gibi spesifik faktörler yer almaktadır.

KKH'ı önlemeye yönelik bir diğer yaklaşımda, sağlık psikologları sigara içme ve diğer zararlı alışkanlıkları ortadan kaldırmak ve düzenli egzersiz, düşük yağ oranlı beslenme ve diğer sağlıklı alışkanlıkları teşvik etmek amaçlı programlar geliştirmişlerdir (örn., Jeffery, 1988). Bu programların bir kısmı obezite gibi yalnızca tek bir risk faktörüne odaklanırken, diğerleri aynı anda birden fazla risk faktörünü ele almaktadır. İş yeri müdahaleleri de popüler hale gelmiştir çünkü firmalar bu tür müdahalelerin sağlık bakım harcamalarını azalttığına inan-

maktadır ve araştırmacılar da iş ortamı temelli sağlığı koruyucu programlarının bir dizi motivasyonel ve çevresel değişkenin kontrol edilmesi ve incelenmesine imkân sağladığını düşünmektedir (Glasgow ve Terborg, 1988). Toplum-temelli ve internet-temelli müdahale programları da bulunmakta olup bunların bir kısmı hastalara davranış değişikliği amacı ile yardımcı olmak konusunda başarılı sonuçlar göstermiştir (Bull, Gaglio, Garth ve Glasgow, 2005; Glasgow ve diğ., 2006). Çok bileşenli önleyici programların çarpıcı örneklerinden biri de Çoklu Risk Faktörleri için Müdahale Denemesi'dir (MRFTT, 1982); bu program binlerce yüksek-risk altındaki bireyde kan basıncını, sigara içmeyi ve kandaki kolesterol düzeyini azaltmayı hedeflemiştir. Diğer önleyici programlar okullarda gerçekleştirilmiştir. Örneğin, Finlandiya'daki Kuzey Karelya projesi (Williams, Arnold ve Wynder, 1977) ve Minnesota Kalp Sağlığı Programı (Blackburn ve diğ., 1984) çocuk ve ergenleri hedefleyen müdahalelere yönelmiştir. Her ne kadar Kuzey Karelya projesi 25 yıllık bir zaman diliminde koroner kalp hastalıklarına bağlı ölümlerde %73'lük bir azalma kaydetmeyi başarmış olsa da (Puska, 1999), diğer programlar daha düşük başarı göstermiştir (Ebrahim, Beswick, Burke ve Smith, 2006).

Ağrı

Ağrı belki de tıbbi hastalar tarafından bu denli sık yaşanan tek fiziksel belirtidir (Turk ve Rudy, 1990), bu sebeple pek çok bozukluğa yönelik psikolojik müdahalelerin önemli hedeflerinden biri de ağrı yönetimidir. Sağlık psikologlarının ağrıyla ile ilgili araştırma ve tedavi girişimlerinin çoğunluğu kronik ağrılı durumlar, baş ağrısı ve romatoid artrite (romatizmal eklem iltihabı) yoğunlaşmıştır (Keefe, Abernethy ve Campbell, 2005). Bu alana yönelmiş olan klinisyenlerin en temel amaçları arasında hastalara daha az ağrı algılamaları, kronik ağrı durumlarına bağlı psikolojik sıkıntı ile başa çıkmaları, günlük işlevsellikte bozulmaları azaltmaları ve kronik ağrı ile daha etkin yaşayabilmeleri için stratejiler geliştirmeleri konusunda yardımcı olmak bulunur.

Baş ağrısı ve kronik ağrıya yönelik biyolojik geribildirim ve gevşeme eğitiminin başarılı olduğuna dair çok sayıda bulgu vardır; bilişsel-davranışçı tekniklerin de etkili olduğu kanıtlanmıştır (örn., Azar, 1996; Blanchard, 1992). Artrit (eklem iltihabı) ağrısı ise genellikle stres yönetimi ve bilişsel-davranışçı teknikler aracılığı ile etkin bir şekilde tedavi edilebilmektedir (Young, 1992). Bu tekniklerin aynı zamanda artrite bağlı genel fiziksel bozulma üzerinde de olumlu etkileri olduğu bilinmektedir.



Sağlık psikologları danışanlara kronik ağrı ile başa çıkma konusunda yardımcı olurlar.

Sağlık psikolojisi alanında çalışan klinisyenler kol veya bacak gibi bir uzvunu kaybetmiş kişilerin zaman zaman yaşayabildiği *hayalet ağrı* ile de ilgilenirler. Kaynağı henüz tam olarak anlaşılamadığı için hayalet ağrıyı tedavi etmek de hayli zor olabilir. Bu konuda başarılı olduğu gözlenen bir yaklaşım olan kademeli motor imgelem yöntemi davranışçı bir tedavinin kullanıldığı çarpıcı bir araştırmada tarif edilmiştir; bu yöntem hastaların kaybettikleri uzvunu ayna ya da diğer araçlar yardımı ile sağlanan görsel ipuçları ile hareket ettirdiklerini hayal etmelerini içerir. Bu araştırmada yer alan hastalar ilaç tedavilerine ya da diğer ağrı kontrol yöntemlerine cevap vermeyen hayalet uzuv ağrılarında kaydadeğer bir azalma bildirmişlerdir (Moseley, 2006).

Kanser

Sağlık psikologları kanserin çeşitli yönlerine hitabeden bir dizi müdahale geliştirmiştir (Andersen, 1992; Baum, Reveson ve Singer, 2001). Amaçları kanser hastalarının (a) hastalığı daha aktif bir şekilde anlamaları ve karşılamalarına, (b) hastalıkla ilişkili stresörlerle daha etkin baş etmelerine ve (c) korkularını ve diğer duygularını açabilecekleri duygusal açıdan destekleyici ilişkiler geliştirebilmelerine yardımcı olmak sureti ile bu hastalarda yaşam kalitesinin artmasını desteklemektir (Andersen, 1992). Gevşeme eğitimi, hipnoz, stres yönetimi ve bilişsel yeniden yapılandırma gibi davranışçı tekniklerin özellikle yarar sağladığı kanıtlanmıştır. Örneğin, yakın zamanlı bir çalışma, meme kanseri hastalarında

grup terapisinin stres ve kaygıyı azalttığını, sosyal destek algısını artırdığını, sigara içmede azalmalarla sonuçlandığını, beslenme alışkanlıklarını geliştirdiğini ve hastalığın biyolojik göstergelerini de düzeltmiş olabileceğini göstermiştir (Andersen ve diğ., 2004).

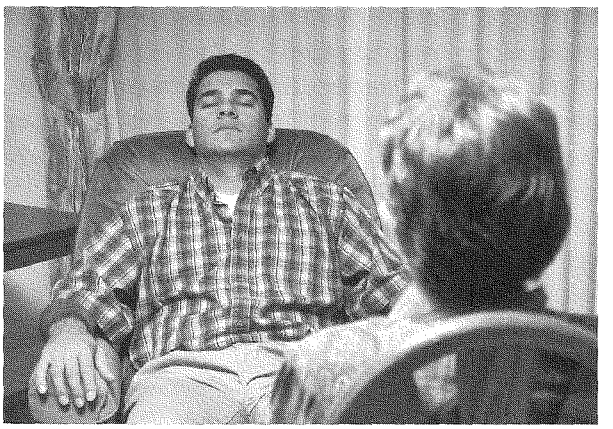
Sağlık psikologlarının kanser hastaları ile çalışmalarının bir diğer yönü de kemoterapi kaynaklı bulantı ve kusma ile ilgilidir. Birkaç kemoterapi seansının ardından bazı hastalar daha ilaçlar verilmeden mide bulantısına sebep olan koşullu tepkiler geliştirebilir. *Beklenti bulantısı* olarak da bilinen bu tepki bazı hastalarda hayat kurtaracak bir tedaviyi yarım bırakma isteği uyandırabilir. Standart anti-emetik (bulantıyı azaltıcı) ilaçların beklenti bulantısını ya da kusmayı azaltma ve önlemede çok da başarılı olmadığı görülmüştür. Bu sebeple dikkatler kademeli imgelemin de dahil olduğu gevşeme eğitimi, sistematik duyarsızlaştırma, aşamalı kas gevşetme ve biyolojik geribildirim gibi davranışçı yönelimli tedavilerin kullanımına çevrilmiştir (Figueroa-Moseley ve diğ., 2007; Redd ve diğ., 1987). Eğitim programları ve destekleyici bireysel ve grup terapilerini de içeren diğer psikolojik müdahalelerin de bazı kanser hastalarının ruhsal ve fiziksel iyi oluşlarını artırdığı gösterilmiştir (Andersen ve diğ., 2004; Fawzy ve diğ., 1995; Goodwin ve diğ., 2001; Helgeson, Cohen ve Fritz, 1998).

HIV/AIDS

Sağlık psikologları aynı zamanda HIV enfeksiyonunda risk faktörleri olarak bilinen korunmasız cinsel ilişki ve iğne paylaşımını azaltmak amacı ile tasarlanan programlar aracılığı ile AIDS'in önlenmesi konusunda da çalışmalar yürütmektedir (örn., Bowen ve Trotter, 1995; Kalichman, Cherry ve Browne-Sperling, 1999; Taylor, 2005).

HIV enfeksiyonu açısından risk altında bulunan Afrika kökenli Amerikalı ergenleri hedef alan HIV/AIDS psogramlarından birinde katılımcılar ya HIV'in bulaşması ve önlenmesi konusunda temel bilgiler hakkındeki tek derslik programa ya da cinsel yoksunluk, daha güvenli seks uygulamaları ve güvensiz sekse yönelik baskılara direnme amaçlı grup desteği ile temel bilgilerin birleştirildiği 8 seanslık kombine programa seçkisiz atanmıştır (St. Lawrence, Brasfield, Jefferson, Alleyne ve O'Bannon, 1995). Davranışçı beceri grubundaki ergenlerin, tek derslik gruptaki katılımcılara kıyasla, korunmasız cinsel birleşme oranları anlamlı derecede daha fazla azalmış ve bu fark bir yıl sonra da devam etmiştir. Ayrıca, çalışmanın başlangında cinsel aktivitesi olmayan katılımcılar içinde, davranışçı eğitim programında olanların %85'i, ancak tek derslik programda olanların ise %69'u bu durumlarını korumuştur. Şehrin düşük gelirli bölgelerinde yaşayan yine Afrika Kökenli kadınları hedef alan programları takiben de benzer başarı oranları bildirilmiştir (örn., Kalichman, Rompa ve Coley, 1996). Bir diğer programda ise eşcinsel erkekler kondom kullanımı ve diğer güvenli seks uygulama-

larını teşvik etme amacı ile tasarlanan ve rol oynama, davranış tekrarlama, sorun çözme tekniklerinin kullanıldığı on iki seanslık grup sürecine katılmışlardır. Bu eğitimi almayan eşcinsel erkeklerden oluşan kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, müdahale programı katılımcılarının kondom kullanımlarının, güvensiz cinsel birleşmeye yönelik dirençlerinin ve AIDS için risk faktörleri hakkındaki bigilerinin arttığı görülmüştür (Kelly, St.Lawrence, Hood ve Brashfield, 1989).



Sağlık psikologları kanser hastalarına aşamalı gevşeme becerileri öğreterek ilaçların yan etkilerini de içeren hastalık yaşantıları ile başa çıkmalarına yardım eder.

Sağlık psikologlarının yardımı ile ABD'nin pek çok büyük şehrinde AIDS eğitim programları, temiz iğne paylaşımları, kondom dağıtımı ve güvenli seksi teşvik eden halk kampanyaları oluşturulmuştur (Kelly ve Murphy, 1992; Koester ve diğ., 2007). Kadınların AIDS riskinin belirgin şekilde arttığı Sahra altı Afrikası, Asya ve Karayiplerin de dahil olduğu diğer bir çok ülkede de AIDS önleme programları bulunmaktadır (Canning, 2006). Bu ülkelerdeki bu programların en temel hedefi, kadınların (a) HIV'in nasıl bulaştığını öğrenme, (b) cinsel hayatlarının kontrolünü daha fazla ellerinde tutma, (c) kadın kondomları ya da vajinal jeller (mikrobisitler) gibi koruyucu araçları elde edebilme ve (d) erkeklere ekonomik anlamda daha az bağımlı olma ve bu sayede zorla ya da ticari seks nesnesi olmaktan kurtulma gibi konularda daha donanımlı hale gelmelerini sağlamaktır.

HIV/AIDS hastaları ile çalışan sağlık psikologlarının önemli araştırma alanlarından biri de bu hastaların başa çıkma becerileri ve yaşam kalitelerini artıracak yöntemlerin geliştirilmesi ile ilgilidir. Bu amaca yönelik bir programda HIV/AIDS'e yakalanmış 233 erkek ve 99 kadın ya beş seanslık güvenli seks uygulamalarına odaklanmış grup müdahalesine ya da yine beş seanslık sağlığı sürdürücü destek grubuna (standart bakım karşılaştırma grubuna) seçkisiz atanmıştır. Güvenli seks uygulama müdahalesinde bilgi, motivasyon ve davranışçı beceriler vurgulanmıştır. 6 ay sonraki takipte, güvenli seks uygulamalarının olduğu müdahale grubundaki katılımcıların korunmasız cinsel birleşmede bulunma davra-

nışları anlamlı derecede azalmış ve kondom kullanımları yine anlamlı düzeyde artmıştır (Kalichman ve diğ., 2001). Diğer psikolojik müdahaleler ise hastaların bizzat HIV/AIDS ile başa çıkmalarına yardımcı olma hedefindedir. Bu türden bir müdahale çalışmasında HIV taşıyıcısı hastalarda depresyonu tedavi etmeye yönelik farklı türde bireysel psikoterapilerin etkinlikleri karşılaştırılmıştır (Markowitz ve diğ., 1998). Söz konusu araştırmada bilişsel-davranışçı terapistler danışanların değerlendirmelerini yeniden yapılandırmalarına ve rasyonel olmayan düşüncelerini rasyonel olanlarla değiştirmelerine yardımcı olmaya odaklanmışlardır. Kişilerarası terapistler ise duyguduruma yoğunlaşarak danışanların duygudurumlarını çevresel olaylar ve sosyal rollerle ilişkilendirmelerine yardımcı olmuşlardır. Destekleyici psikoterapistler ise danışan-merkezli terapileri depresyona yönelik eğitsel bir içerik ile birleştirme yoluna gitmişlerdir. Bir diğer grup ise destekleyici psikoterapinin yanında antidepresan bir ilaç olan imipramin kullanmışlardır. Tüm gruplarda depresyon düzeyinde azalmalar gözlenmiş, ancak kişilerarası terapi ve ilacın da dahil olduğu destekleyici psikoterapi durumlarında azalmalar anlamlı derecede daha fazla olmuştur.

Peki HIV taşıyıcısı hastalarda psikoterapi AIDS'in ortaya çıkmasını yavaşlatabilir mi? Bununla ilgili bir çalışmada 54 HIV taşıyıcısı erkek seçkisiz olarak ilaç tedavisine uyumu artırıcı bir eğitim programına atanmış, 76 kişiye ise aynı eğitim programının yanında bilişsel-davranışçı bir müdahale uygulanmıştır (Antoni ve diğ., 2006). Araştırmacılar psikoterapinin hastaların karmaşık bir ilaç tedavisi programına uyumlarını artırmaya ve etkin başa çıkmaya ve dolayısıyla bağışıklık işlevlerini geliştirmeye katkısı olup olmayacağını öğrenmek istemişlerdir. Sonuçlar 10 haftalık bilişsel-davranışçı programla birlikte ilaç tedavisine uyum programının bir arada olduğu koşulun artmış bağışıklık işlevleri ile ilişkili olduğunu, ancak sadece uyum grubunda bir değişim gözlenmediğini göstermiştir.

Bu Kısmın Özeti: Sağlık psikologları risk faktörlerine yönelik bilgilerini hastalığı önleme ve tedavi programları geliştirmede kullanırlar. Önleme programları sıklıkla okullar, iş yerleri ve diğer toplumsal ortamlarda yürütülür. Tedavi ile ilişkili programlar ise temel olarak hastaların hastalıkları ile başa çıkmalarına ve hastalıklarının ilerlemesini yavaşlatmaya destek vermek amacıyla tasarlanırlar.

SAĞLIK PSİKOLOJİSİ ALANINDAN BİR VAKA ÖRNEĞİ

Robert E. Feinstein ve Marilyn Sommer Feinstein (2001) sağlık psikologlarının karşılaştığı pek çok durumu resmeden bir vaka örneği tanımlamıştır. "Karen" ile yürüttükleri çalışmanın belki de en çarpıcı yönü hem tıbbi hem de psikolojik ilgi odağı olan pek çok sorunun bir arada bulunmasıdır.

Karen vakası sağlık psikolojisinde tedavinin önemli bir özelliğine de örnek teşkil etmektedir; bu alandaki terapistler klinik psikologların genelde tanım-

lanan rollerinin sıklıkla dışında kalan müdahaleler yürütmek durumundadırlar. Danışanların daha fazla egzersiz yapmalarına yardımcı olmak bu alanlardan biridir. Bu türden geleneksel olmayan müdahaleler egzersizin bilişsel yeniden yapılandırma ve duygusal destek gibi diğer daha geleneksel klinik müdahaleler kadar etkili olduğuna dair araştırma kanıtlarına dayanarak kullanılmaktadır. Örneğin, Babyak ve çalışma arkadaşları (2000) egzersizin depresyon belirtilerini azaltmada en az antidepresan ilaç tedavisi kadar, nüksü önlemede ise ilaç tedavisinden daha etkili olduğunu bulmuşlardır.

Karen, 42 yaşında, evli ve biri üvey iki çocuğu olan bir kadındı. Sigarayı bırakabilme konusunda yardım almak için kliniğe başvurduğu sırada kilolu idi, aşırı alkol tüketmekteydi ve yüksek kolesterolü ve depresyon belirtileri vardı. Ancak hayatının bazı bölümlerinde oldukça iyi işlevsellik gösteriyordu.

Karen'ın terapisti tedaviyi tasarlarken trans-kuramsal modelden (Prochaska ve diğ., 1994) faydalandı (bknz., Tablo 12.2). Bu model danışanların sigara içme gibi belli davranışları engelleme ve egzersiz gibi davranışları artırma konusundaki becerilerini ve hazır olma düzeylerini değerlendirebilmek ve hazır olma düzeyine uygun müdahaleler düzenlemek amacıyla tasarlanmıştır.

Trans-kuramsal model sağlık psikolojisi alanında kişilerin sağlıkla ilişkili davranışlarını değiştirme kararlarında devreye giren bilişsel faktörleri ele alan birkaç modelden biridir (bknz., Rothman, 2000). Bu beş-evreli modelde, ilk üç aşama bireylerin değişime dair bilişsel hazır oluşunu kapsamaktadır (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992).

Karen"ın tedavi planlama süreci hasta öyküsü ile başladı, ardından bu öyküde göze çarpan sağlık risk unsurlarına yönelik görgül kanıtlar toplandı. Danışanın çeşitli problemlerini ele alan farklı yöntemlerin başarı oranlarına dair veriler de gözden geçirildi. Bütün bu veriler değişimin genel olarak ne denli kolay ya da zor olacağına dair tahminde bulunmayı olanaklı kıldı. Bunların yanı sıra Karen ve terapisti Karen'in tedaviye yönelik kişisel önceliklerini, tedavinin başarısına dair umut ve beklentilerini tartıştı. Örneğin, Karen'in karşılaştığı sağlık tehditleri ışığında değişime yönelik motivasyon ve beklentilerini ve değişimi başarma olasılığını değerlendirdiler. Bilgilendirilmiş ortak karar verme olarak da bilinen bu sürecin sonunda, Karen ve terapisti ortaklaşa bir müdahale planı geliştirdiler.

Karen ve terapisti Karen'ın depresyonuna ve egzersiz yoksunluğuna odaklanan haftada bir tedavi sensından oluşan bir programa başlamaya karar verdiler. Karen'ın geçmişi ve şu anki durumu göz önünde bulundurulduğunda, bu hedefler başarı şansı daha yüksek göründüğü için tercih edildi.

TABLO 12.2

Değerlendirme ve Tedaviye Yönelik Bir Trans-kuramsal Model Örneği

Evre	Tanım
Tasarlama Öncesi	Kişi sağlık ile ilişkili davranışını bir problem olarak algılamaz ve değişime yönelik bir niyeti bulunmamaktadır.
Tasarlama	Kişi sağlık ile ilişkili davranışın değiştirilmesi gerektiğinin farkındadır ve bu konu hakkında düşünmeye başlamıştır.
Hazırlık	Kişi değişime yönelik güçlü bir niyet oluşturmuştur.
Eylem	Davranış değişikliği ile ilgili uygulamalara başlamıştır (bu aşamada nüks ve gerileme oldukça yaygındır).
Sürdürme	Davranış değişiklikleri başladıktan sonra, kişi hedeflenen söz konusu davranışları göstermeye ya da bunlardan kaçınmaya devam etmelidir.

KAYNAK: J.O. Prochaska,W.F.Velicer, J.S. Rossi,M.G. Goldstein ve diğ., 1994'e dayanmaktadır.

TIBBİ TEDAVİ REJİMLERİNE UYUMU ARTIRMA

Bu Kısma Bakış: Bu alt bölümde sağlık için çok gerekli olan bir dizi davranışı gözden geçireceğiz: tıbbi tedavi tavsiyelerine uyum gösterme. Psikologlar uyum göstermemenin nedenlerinin belirlenmesine katkı sunarlar; aynı zamanda uyumu artırmaya yönelik çeşitli müdahaleler geliştirirler.

Hastalıkları önlemeyi ya da belirtileri azaltmayı amaçlayan psikolojik müdahaleler anında düzelme ile sonuçlanırken, bu anında gözlenen değişimler daha sağlıklı bir yaşamı garantileyecek kadar uzun süreli olmayabilir (Blanchard, 1994). Davranış değişikliğini sürdürebilme sağlık psikolojisi alanının en sıkıntılı sorunlarından biridir. Örneğin sigarayı bırakma programlarını genellikle kaydadeğer düzeyde bırakma oranları izlemekle birlikte, bu kişilerin %50'sinden fazlası 1 yıl içinde eski alışkanlıklarına geri dönmektedir (Jason ve diğ., 1995; Shiffman ve diğ., 1996). Obezitenin tedavisinde de benzer bir durum söz konusudur. Obsezitede davranış değişikliği en etkili psikolojik müdahale yöntemi olarak görünse de, kilo kaybını sürdürmek ve yeni yeme alışkanlıkları geliştirmek pek çok insan için çok zorlayıcıdır. Bu sebeple, her ne kadar pek çok psikolojik yönelimli kilo-kaybı müdahaleleri haftada yaklaşık yarım kilo azalmalara ulaşabilse de, bu azalmaları 1-2 yıl sonrasında da sürdürmek zordur (Brownell ve Wadden, 1992). Kalp krizi sonrası yaşam tarzlarını değiştirmeye çalışan hastalarda dahi aynı zorlukların yaşandığı görülmüştür. Oysa kalp krizi gibi yaşamı tehdit eden travmatik bir yaşantının kişilerde kalıcı yaşam tarzı değişiklikleri ile sonuçlanmasının kaçınılmaz olduğu düşünülebilir, ancak kardiak rehabilitasyon katılımcılarının neredeyse %50'si 1 yıl geçmeden programı yarıda bırakmaktadır (Burke, Dunbar-Jacob ve Hill, 1997).

Tıbbi tedavilerin de etkileri yalnızca tedavilerin doğru olup olmadığına değil, aynı zamanda hastaların tedavi işbirliğini sürdürebilmelerine göre değişmektedir. Hastaların tıbbi tavsiyelere ya da tedavi rejimlerine uyma derecelerine *katılım* ya da *uyum* denmektedir (Rodin ve Salovey, 1989). Uyumun tıbbi sonuçlar üzerindeki etkisine dair araştırmalar tedavi tavsiyelerine uymanın çok önemli olduğunu ve uyumun hastalığın ciddiyeti ya da kronik olup olmaması, hastanın yaşı ve tedavinin yükümlülüklerine göre farklılaşabildiğini göstermektedir (DiMatteo, Giordani, Lepper ve Croghan, 2002). Reçetelendirilen ilaçları kullanma gerekliliğine en azından tedavinin bir bölümünde uymama durumu hastaların yarısında, hatta daha fazlasında görülebilmektedir (Haynes, 1982). Avrupalı yetişkinlerle yürütülen bir çalışmada katılımcıların %65'i antibiotik tedavisini reçetede yazıldığı şekilde tamamlamayı başaramadıklarını bildirmişlerdir; bu kişilerin neredeyse tamamı kendilerini daha iyi hissettikleri için ilaç tedavisini sonuna kadar devam ettirmediklerini ifade etmişlerdir (Branthwaite ve Pechere, 1996). Çocuklarının ilaç tedavilerinden sorumlu ebeveynlerde uymama oranları daha az olmakla birlikte, ergenler tarafından alınan bazı ilaçlar için uymama oranları %80'ler gibi yüksek bir orana varabilmektedir (Rickert ve Jay, 1995). Gerçekten de ergenler, bu ilaçları hiç kullanmayabilir, söylenilenden daha seyrek ya da daha sık kullanabilir ya da ilaçları tok iken kullanma veya ilaç kullanırken alkol almama gibi kuralları göz ardı edebilirler. Uymama davranışı özellikle karmaşık, nahoş veya yaşam tarzı değişikliği içeren tedavilerde daha yaygın olabilmektedir. Sağlık psikologları uymamanın nedenlerini anlamaya ve uyma davranışlarını artıracak müdahaleler geliştirmeye yönelik girişimler içinde olmuşlardır.

Uymamanın Altında Yatan Nedenler

Uymama davranışının temel nedenlerinden birinin tıp hekimleri ve hastalar arasındaki yanlış iletişim olduğu söylenebilir. Hastalar sıklıkla doktorların hastalıkları ya da tedavileri hakkında kendilerine söylediklerini anlamamaktadır. Bunun sonucunda da, ne yapmaları gerektiği konusunda kafa karışıklığı yaşayabilir ya da söylenenleri unutabilirler. Bir araştırmada pratisyenlere başvuran hastaların doktorları ile görüştükten 5 dakika sonra doktorların kendilerine söylediklerinin %50'sini unuttukları bulunmuştur (Ley, Bradshaw, Eaves ve Walker, 1973).

Hasta hekim ilişkisinin duygusal bileşeni de uyum davranışı ile ilişkilidir. Yaygın olarak rastlanan sorunlu bir iletişim örüntüsü içinde hastanın doktora karşı öfkesini ve bunun akabinde doktorun da hastadan uzaklaşmasını barındırır. Bazen tedavi uyumu bazı türde tedavilerle ilişkili olan karmaşıklık, külfet ve rahatsızlık duyguları sebebi ile azalabilir. Son olarak, uymama davranışı hastaların ne yapacakları ya da yapmayacaklarını kendilerine hatırlatacak iyi bir sistemleri olmadığı durumlarda da ortaya çıkabilir.

Sağlık İnanç Modeli (SİM) olarak isimlendirilen psikolojik bir kuram (Ro-

senstock, 1974) hastaların uymama davranışlarının gerekçelerinin anlaşılmasında özellikle faydalı olmuştur (Becker ve Maiman, 1975). SİM'e göre, hastanın tedaviye uyumu (a) kendilerini belli bir hastalığa ne denli yatkın algıladıklarına ve hastalığın sonuçlarının ne denli ciddi olduğuna dair düşüncelerine; (b) reçetelendirilen tedavinin ne kadar etkili ve uygulanabilir ya da ne kadar masraflı ve zor algılandığına; (c) sağlık davranışlarını tetikleyen fiziksel belirti gibi içsel uyaranlar ile arkadaşlardan alınan tavsiyeler gibi dışsal uyaranların etkilerine ve (d) ilk üç şıkta tarif edilen faktörlerin etkilerini değiştiren demografik ve kişilik değişkenlerine göre farklılaşabilmektedir.

Uyumu Artırıcı Müdahaleler

Tedaviye uyumu artırmaya yönelik girişimler üç genel yaklaşım altında sınıflandırılabilir: (a) uyumun önemi hakkında hastaları bilgilendirerek sağlıklarını sürdürmeleri konusunda daha aktif bir rol üstlenmelerini sağlamak, (b) tedavi planlarını uyumu kolaylaştıracak şekilde değiştirmek ve (c) hastaların uyum becerilerini artırmak için kendini izleme, hatırlatıcı ipuçları ve diğer araçlar gibi davranışçı ve bilişsel-davranışçı teknikleri kullanmak (Masur, 1981).

Eğitim. Kısa süreli tedavilerde uyumu artırma amaçlı doğrudan ve etkili müdahalelerden biri de hastalara tedavinin nasıl ilerleyeceğine dair sözel yönergeleri tamamlayıcı, net, kesin ve yazılı yönergeler sunmaktır. Uymama davranışının nedenleri ve yönetimi konusunda tıp doktorlarını bilgilendirmek de yarar sağlayabilir. Bir çalışmada (Inui, Yourtee ve Williamson, 1976), SİM ve uyumu artırmanın yolları hakkında bilgilendirilen doktorlar 6 ay sonraki değerlendirmede daha fazla sayıda uyum gösteren hastalara sahip olmuştur. Eğitim aynı zamanda hastaların hastalığa ilişkin yanlış ve safça kabul ettikleri kuramlarını da düzeltebimelerine yardımcı olabilir.

Tedavi Planlarının Değiştirilmesi. Uyumu artırıcı ikinci bir strateji de tedaviyi hastaların tedavi yönergelerini takip etmelerini kolaylaştıracak şekilde yeniden düzenlemektir. Örnekler arasında günlük ilaç dozlarının zamanlamasını günlük alışkanlıklarla uyuşacak şekilde ayarlamak (örn., ilaçları dişlerini fırçaladıktan hemen sonra almak), günde bir çok doz yerine bir iki doz iğne şeklinde bir tedavi sunmak, ilaçları dozaj kutularında veya hap takvimlerinde ayrı ayrı paketlemek ve daha sık kontrol randevuları vermek sayılabilir. Bu tür işlemler umut vaat etmekle birlikte (örn., Boczkowski, Zeichner ve DeSanto, 1985), ek imalat masrafları çıkarma ve hizmet sunanların ekstra zaman ayırmasını gerektirme şeklindeki iki dezavantaj bu yöntemlerin kullanışlılığını kısıtlamaktadır.

Davranış Değişikliği. Sağlık psikologları, hastaları haplarını kullanmaya ya da tedavi planının diğer gereklerini yerine getirmeye teşvik etmek amacıyla posta kartları biçiminde hatırlatıcılar, motivasyonel görüşme, telefon görüşmeleri, kol saati alarmları ve diğer çevresel ipuçlarının kullanımını içeren bir dizi dav-

ranışçı teknik kullanmıştır (Rickert ve Jay, 1995). Aynı zamanda ödül alabilmek için hastanın hangi davranışları sergileyebileceğini açıklığa kavuşturan (örn., daha uygun saatlerde muayene randevuları) hasta-doktor arası *izlerlik kontratları* (Bölüm 8'de tanımlanmıştır) düzenlemişlerdir. Bu gibi kontratlar hasta ile doktor arasında daha fazla işbirliğine dayalı bir ilişkiyi teşvik etmek sureti ile uyumu artırmada başarılı olmuşlardır (Swain ve Steckel, 1981).

Davranış değişikliği işlemleri, tıbbi işlemler ve tedavilerle ilişkili rahatsızlığın yarattığı uymama davranışını azaltmak amacı ile de kullanılmışlardır. Bu yöntemlere dair en çok bilinen örneklerden biri yukarıda daha önce de kanser kemoterapi hastalarında beklenti bulantısını kontrol etme yönelimli davranışçı tedavilerden bahsederken tarif edilmiştir. Diğer örnekler çocuklara rutin aşılama ile ilgili korkularının üstesinden gelebilmelerini sağlamaları için nefes egzersizleri ve dikkat uzaklaştırma tekniklerinin öğretilmesini (Blount ve diğ., 1992), ölü dokunun çıkarılması işlemlerine tabi tutulan yanık hastalarında ağrıyı azaltma amaçlı hipnoz uygulamalarını (Patterson, Everett, Burns ve Marvin, 1992) ve korktukları için ihtiyaç duydukları diş tedavisinden kaçınan hastalarda gevşeme, sistematik duyarsızlaştırma ve katılımcı model olmanın kullanımını (örn., Kleinknecht ve Bernstein, 1978) içerir.

Bu Kısmın Özeti: Sağlık psikologları müdahalelerin tasarlanmasına yardımcı olurken aynı zamanda danışanların tedavi planlarına uymalarını teşvik etmenin yollarını bulma konusunda da aktif bir rol üstlenirler. Bu özellikle bu bölümde bahsi geçen bazı hastalıklarda olduğu gibi tedavinin haftalar ya da aylara yayıldığı durumlarda bilhassa zordur. Uyumu artırmak için klinisyenler sağlık bakım hizmeti sunanlara tedavilerini değiştirmeleri ya da danışanları ile iletişim kurmaları konusunda destek verirler; danışanların uyma ya da uymama davranışlarını etkileyen faktörlere yönelik eğitim almalarına yardımcı olurlar; ayrıca bir dizi davranışçı teknik kullanırlar.

BÖLÜM ÖZETİ

Sağlık psikolojisi psikolojik faktörlerin sağlık, hastalık ve sağlık sorunları ile başa çıkma üzerindeki etkilerini incelemeye odaklanmış bir uzmanlık alanıdır. Daha geniş kapsamlı bir alan olan ve tıbbi hastalıkların anlaşılması ve tedavisinde birden fazla disiplinden gelen bilgileri bütünleştiren davranışsal tıp alanı ile de yakından ilişkilidir. Her iki alan da fiziksel hastalıkların biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri içerdiği görüşünü savunan biyopsikososyal modeli benimser. Sağlık psikologları (a) bu faktörlerin hastalık ve sağlığı etkileme konusunda ne şekilde etkileşime girdiklerini anlamayı, (b) hastalık açısından risk faktörlerini ve sağlığı koruyucu faktörleri belirlemeyi, (c) sağlıklı davranışları destekleyip sağlıklı olmayanları önlemeyi ve (d) hastalıkların tıbbi tedavilerine katkı sunacak müdahaleler geliştirmeyi amaç edinmiştir.

Stres, bireylerin stresör olarak adlandırılan ve günlük işlevselliği bozan ya da tehdit eden çevresel koşullar ile mücadele etmeye çalıştıkları sırada oluşan olumsuz

duygusal ve fizyolojik bir süreçtir. Stres tepkileri, fiziksel, psikolojik ve davranışsal olabilir. Fiziksel stres tepkileri alarm tepkisi ile başlayıp stresörler sürdüğü takdirde, direnç ve tükenme aşamaları ile devam eden genel uyum sendromunu içerir. Uzayan stres bağışıklığın baskılanmasına, yani vücudun hastalıkla savaşan bağışıklık sisteminin bozulmasına neden olabilir. Sosyal destek sistemleri daha iyi olan kişilerde stresin etkileri azalma gösterir. Sosyal destek eksikliği fiziksel hastalık riskini artırır.

Hastalık geliştirme olasılığını artıran her türlü etmene söz konusu hastalıkla ilgili risk faktörü denir. Koroner kalp hastalığı (KKH) ve kanser açısından risk ile ilişkili davranışlar sigara içme, aşırı yeme, egzersiz yokluğu, yüksek yağ oranlı diet tüketimini kapsar. Stresörler, düşmanlık ve depresyon da KKH için risk faktörleri olabilir. HIV/AIDS'e yol açan risk faktörleri arasında ise korunmasız cinsel aktivite ve damardan uyuşturucu kullananlarda iğne paylaşımı sayılabilir.

Sağlık psikolojisinde hastalığı önleme programları kardiyovasküler hastalıklar, kronik ağrı, kanser, AIDS ve diğer hastalıklara yönelik risk faktörlerini azaltmayı hedefler; bunun için de sağlık açısından riskli davranışları değiştirmek amacı ile bireyler, gruplar ve bütün toplumu kapsayacak çalışmalar yürütülür. Sağlık psikologları sıklıkla çoklu sağlık sorunları olan kişileri tedavi ederken bir taraftan da hangi durumların öncelikli olduğu konusunda kararlar vermek zorunda kalırlar. Her ne kadar pek çok müdahale başlangıç aşamasında başarılı olsa da, bazı alanlarda, özellikle de çok güçlü bir şekilde yerleşmiş alışkanlıkları içeren (örn., sigara içme, madde kötüye kullanımı, aşırı beslenme) ve davranış değişikliğinin gerçekleşmesinin uzun zaman alacağı durumlarda davranışlarda uzun vadeli-kalıcı değişimler sağlamak zordur.

Sağlık psikologlarının hastaların tedavi uyumlarını artırmaya yönelik çabaları uyumun önemi konusunda eğitim vermeyi, tedavi planlarını uyumu kolaylaştıracak şekilde değiştirmeyi ve hastaların uyum becerilerini artıracak davranışçı tekniklerden faydalanmayı içerir.

ÇALIŞMA SORULARI

1. Sağlık psikolojisi nedir?
2. Stres insan sinir sistemini nasıl etkiler?
3. Stres bağışıklık sistemini nasıl etkiler?
4. Sağlık psikologları stresi nasıl ölçer?
5. Sorun odaklı ve duygu odaklı başa çıkma nedir?
6. Hangi kişilik özellikleri insanların stresörlerle başa çıkmasını kolaylaştırır?
7. Sosyal destek stres yaşantısını nasıl etkiler?
8. Kronik kalp hastalıkları için risk faktörleri nelerdir?
9. HIV/AIDS için risk faktörleri nelerdir?

10. Kronik kalp hastalığını önlemek amacıyla hangi psikolojik müdahaleler kullanılmıştır?
11. Kronik ağrı, kanser ve HIV/AIDS'in önlenmesi ve tedavisinde sağlık psikologları ne gibi roller üstlenir?
12. Tıbbi tedavilere uymamanın nedenlerinden bazıları nelerdir?
13. Sağlık psikologları tıbbi tedavilere uyumu arırmak amacı ile ne tür müdahale girişimlerinde bulunmuştur?

WEB SİTELERİ

- APA'nın Sağlık Psikolojisi Birimi (Birim 38): http://www.apa.org/about/division/div38.html
- *Sağlık Psikolojisi-Health Psychology* dergisinin ana sayfası: http://www.apa.org/journals/hea/
- Sağlık Psikolojisi ve Rehabilitasyon ana sayfası: http://www.healthpsych.com

BÖLÜM 13

Çeviren:
Doç. Dr. Özlem Sertel Berk

Klinik Nöropsikoloji

Bölüme Bakış: Klinik nöropsikologlar beyin hasarı veya bir hastalık sebebiyle nörolojik bozukluk yaşayan kişilere yönelik değerlendirmeleri yürütür ve müdahaleler tasarlarlar. Aynı zamanda depresyon ve şizofreni gibi psikolojik bozuklukları aydınlatmaya yarayacak hem normal hem de anormal beyin işlevleri üzerinde araştırmalar yaparlar. Klinik nöropsikoloji oldukça yeni ve gelişmekte olan bir alan olup bu alanda uygulama yapanlar beyin-davranış ilişkisini anlamalı ve alana özgü çeşitli değerlendirme ve müdahale teknikleri konusunda eğitilmiş olmalıdırlar.

Muriel arabasını kullanırken başka bir araç kendisine çarpmıştı. Bu sırada başını da çarpmış, bilincini kaybetmiş ve yanında onunla seyahat eden arkadaşı ölmüştü. Bir süre sonra fiziksel olarak tamamen iyileşmiş olmasına rağmen bazı yeni problemler yaşamaya başlamıştı. Konuşmaları unutuyordu, randevularını kaçırıyordu, son teslim tarihlerine yetişemiyordu, eşyalarını kaybediyordu ve aynı soruları tekrar tekrar soruyordu. Muriel'ın bu yeni bellek problemini nasıl açıklardınız? Birkaç olasılığı gözden geçirebilirdiniz. Örneğin hâlâ kaza sebebiyle altüst olup olmadığını, kaybettiği arkadaşının yasını tutup tutmadığını veya belki de hayatta kaldığı için kendini suçlu hissedip hissetmediğini merak edebilirdiniz. Bu türden bir duygusal karmaşa konsantrasyonu bozup unutkanlığa neden olabilirdi. Ancak bellek kaybının asıl sebebinin bir beyin hasarı olduğunu nasıl bilebilirdiniz? Hasar gören beyin bölgelerinin tamamını gözleyebilmek için beyin yapısına ait manyetik rezonans görüntüleme tekniği ile elde edilen resimlere bakabilirdiniz. Ancak bu görüntüler beyin hasarının yeni mi yoksa eskiden beri mi var olduğunu göstermez. En önemlisi yine de hasarın Muriel'in şu anki problemleri ile ilişkili olup olmadığına karar vermek durumunda kalırdınız. Bir başka deyişle, hasar gören bölgelerin yaralanma sırasında bellek kaybına neden olabilecek bölgeler olup olmadığı konusunda karar vermek zorunda olurdunuz. Durumu daha da karmaşıklaştıran bir başka husus ise mikroskopik ya da hücresel düzeyde bir beyin hasarının psikolojik işlevselliği bozabileceği ancak görüntüleme taramasında fark edilemeyebileceğidir. Tüm bu olasılıkları ayırt edebilmek amacıyla Muriel'i psikolojik açıdan değerlendirmeye, yani zihinsel becerilerini dikkatlice test etmeye yarayacak bir

yola ihtiyaç duyarsınız. Böyle bir durumda bulgulardan elde edilen örüntülerin bir beyin hasarına işaret edip etmediğine ve eğer öyle ise bu hasarın hangi bölgede olduğuna karar verebilmek için psikoloji ve beyin işlevleri konusunda detaylı bir bilgiye başvurmak zorundasınızdır. İşte bunlar nöropsikologların yürüttüğü görevlerden bazılarıdır.

Nöropiskoloji beyin süreçlerinin insan davranışları ve psikolojik işlevleri nasıl etkilediğinin anlaşılmasını hedefleyen bir çalışma alanıdır (Heilman ve Valenstein, 2003). Nöropsikologlar bilişsel işleyişin (örn. dil, bellek, dikkat, matematiksel ve görsel-uzaysal beceriler), motor işleyişin (örn., öğrenilmiş vasıflı hareketler, kaba ve ince motor beceriler), duygusal işleyişin (örn., motivasyon, duyguların anlaşılması ve ifade edilmesi, kaygı, depresyon, öfori), sosyal işleyişin (örn., önyargı, sosyal yargı, sosyal bilginin yorumlanması) ve kişilik özelliklerinin (dışadönüklük, nörotiklik) farklı yönleri ile ilgilenirler. Beyin faaliyetlerinin bu süreçleri nasıl kontrol ettiğini ve bu kontrol mekanizmasının beyin bozuklukları (inme, enfeksiyon, nörolojik yıkım) ya da psikolojik bozukluklar (örn., travma sonrası stres bozukluğu, klinik depresyon, şizofreni) sonrası nasıl çöktüğünü araştırırlar.

Klinik nöropsikologlar bireyleri psikolojik ve davranışsal açıdan değerlendirme uğraşı içindedirler. Kişinin psikolojik işlevlerini titiz bir şekilde test ederek, beyin hasarını düşündüren bozulma örüntüleri gösterip göstermediğini ve eğer öyleyse bunun hangi beyin bölgelerinde olduğunu anlayabilirler. Klinik nöropsikologlar ayrıca kişinin performansını benzer eğitim ve sosyal ardalanlardan gelen pek çok kişinin test sonuçlarına dayanarak oluşturulmuş ortalama performans veya normlarla kıyaslarlar ve bu sayede o kişideki psikolojik noksanlıkların şiddetinin sayısallaştırılmasına katkı sunarlar. Nörolojik testlerle tespit edilen bozulma örüntüleri beyin hasarının nedenlerine dair ipuçları hakkında da fikir verebilir. Klinik nöropsikologlar aynı zamanda kişinin beyin hasarı sonrası ortaya çıkan sorunlarının sosyal, mesleki ve günlük hayatın diğer alanlarında işlev görme becerilerini ne şekilde etkileyebileceğinin netleştirilmesine de yardımcı olurlar. Son olarak klinik nöropsikologlar beyin hasarının sonuçlarının rehabilitasyonunda ve bu sonuçların iyileşmesine yönelik tedavi planlarının formülasyonunda rol oynarlar.

Klinik nöropsikologlar işlerini yürütürken birkaç türde bilgi ve beceriye başvurmak durumundadırlar. Öncelikle, tıpkı her klinik psikoloğun yaptığı gibi, "Klinik Değerlendirmenin Temel Özellikleri" başlıklı Bölüm 3'de, "Klinik Psikolojide Mülakat ve Gözlem" başlıklı Bölüm 4'te ve "Klinik Psikolojide Test Etme" başlıklı Bölüm 5'te tanımlanan değerlendirme becerilerini kullanırlar. Dolayısıyla, nöropsikolojik değerlendirme, sosyal ve ailevi ardalan, kişilik dinamikleri ve olası beyin bozukluklarına verilen duygusal tepkileri de dikkate alarak bireyi bir bütün olarak inceler. İkinci olarak, klinik nöropsikologlar nöropsikolojik değerlen-

dirmeye has özelleşmiş değerlendirme yöntemlerini kullanabiliyor olmalıdırlar. Üçüncü olarak, klinik nöropsikologlar, nöroanatomi (sinir sisteminin yapılarının ve bunlar arasındaki bağlantıların çalışıldığı alan), nörofizyoloji (sinir dokularının kimyası ve sinir sistemi ile hormon işlevleri arasındaki ilişkiler de dahil olmak üzere sinir sistemi yapılarını inceleyen alan) ve nörofarmakolojiyi de (ilaçların sinir sisteminin işleyişi üzerindeki etkilerini araştıran alan) içeren nörobilim hakkında bilgi sahibi olmalıdırlar. Dördüncü olarak, klinik nöropsikologlar dil ve algı gibi işlevleri kapsayan geniş yelpazedeki bilişsel becerileri ve bu becerilerin zaman içinde nasıl gelişip değiştiğini (örn., davranışsal genetik ve yaşam boyu psikolojisi) bilmelidirler. Beşinci olarak, nöropsikologlar beyindeki bozulmalardan kaynaklanan davranışsal ve psikolojik problemleri, bozulmamış beyin fonksiyonlarına rağmen psikopatoloji kaynaklı problemlerden de ayırt edebilmelidirler. Son olarak, klinik psikolojiye yönelik derinlemesine bir kavrayışa dayanan etkin rehabilite edici programlar tasarlayabilmelidirler.

NÖROPSİKOLOJİNİN KISA TARİHİ

Bu Kısma Bakış: Klinik nöropisikolojinin kökenleri 1800'lü yıllarda beynin örgütlenmesi ve işlevlerine dair tartışmalara dayanır. Vaka örnekleri ve yeni değerlendirme teknikleri bu tartışmaları çözüme kavuşturdukça, nörolojik işlevlere ve bozulmalara yönelik daha net bir kavrayış nöropsikolojinin klinik psikoloji altında bir uzmanlık alanı olarak gelişmesine yol açmıştır.

Her ne kadar nöropsikoloji psikojinin, deneysel nörobilimin ve klinik nörolojinin pek çok alanıyla örtüşen konu başlıkları içerse de, kendine özgü inceleme yöntemleri ve tedavi yaklaşımları ile ayrı bir alan halini almıştır. Çağdaş nöropsikolojiyi anlayabilmek için nasıl geliştiğini de anlamak gerekir.

İlk Etkiler

Nöropsikoloji 20. yüzyılın ortalarında ayrı bir çalışma alanı olarak ortaya çıkmıştır ancak kökenleri belirli davranışlar ile beynin belirli alanları arasındaki ilişkilere dair 19. yüzyılda hüküm süren iki farklı düşünce biçimine dayanmaktadır (Tyler ve Malessa, 2000). Bu görüşlerden ilkini *işlevlerin lokalizasyonu* kavramını savunan Franz Gall ve Johann Spurzheim isimli anatomistler ortaya atmıştır. O zamanlar tartışmalı olan bu görüşe göre, farklı psikolojik işlevler beynin farklı bölgeleri tarafından kontrol edilmekte idi. Bu görüş bugün büyük ölçüde kabul görmüştür. Gall ve Spurzheim da fikirlerini *frenoloji* yani kafatası ölçümü bilimi olarak adlandırılan daha geniş bir kurama dayandırmamış olsalardı işlevlerin lokalizasyonunu önerdikleri için daha büyük takdir görebilirlerdi. Frenologlar eğer belli işlevler beynin belli bölgelerinde lokalize olmuşsa ve bir kişi belirli işlevleri diğerlerinden daha fazla kullanıyorsa ilgili beyin bölgesinin daha büyük bir alanı kaplayacağını ve kafatasında da o alanın hemen üstünde bir çıkıntı

oluşturacağını öngörüyorlardı. Bölüm 1'de de bahsedildiği gibi, frenoloji kişilik ve zekâ açısından bireyler arası farklılıkların kafatası yüzeyindeki bu çıkıntı ve girintilerle değerlendirilebileceğini iddia etmekteydi. Halk arasında frenoloji çok popüler olsa da bu öngörüleri destekleyecek kanıtların olmayışı sebebi ile pek çok bilim insanı tarafından küçümsenmekte idi. Frenolojinin gözden düşmesi ile birlikte, frenoloji ile olan bağlantısı sebebiyle işlevlerin lokalizasyonu kavramı da gerçeği yansıtmadığı düşünülerek kötülenir hale gelmişti (Zola-Morgan, 1995).

Beyin ve davranışlara ilişkin alternatif bir düşünce akımı ise psikolojik işlevlerin kontrolünde hiçbir beyin bölgesinin bir diğerinden daha üstün olmadığını ileri sürmekteydi. Geniş çapta saygı duyulan bir bilim insanı olan Pierre Flourens, titizlikle yürüttüğü deneylere dayalı olarak bu görüşü tartışmaya açmıştı. Bu deneylerde örneğin ameliyatla hayvanların beyin bölgelerine hasar vererek bu hasarların davranışsal sonuçlarını gözlemliyordu. Bu gözlemler neticesinde Flourens, kortikal işlevlerle ilgili bir miktar lokalizasyon olsa da, serebral hemisferin özelleşmiş bölümlerin bir toplamı olmaktan ziyade tek bir birim olarak işlev gösterdiği sonucuna vardı. Bu görüş daha sonra kortekstеki bir alanın hasar gören alanın işlevlerini üstlenme kapasitesini vurgulayan ve bunu *eşpotansiyellik* olarak adlandıran Karl Lashley tarafından da desteklenmiştir.

Zamanla, davranışsal nöroloji alanındaki çalışmalar beynin farklı bölgelerinin, özellikle de serebral kortekstеki bölgelerin aslında farklı özelleşmiş psikolojik işlevlere sahip olduğunu göstermiştir. İfadesel dilin (örn., konuşmanın) beynin belli bir bölgesi tarafından kontrol edildiğini keşfeden Ünlü Fransız cerrah Paul Broca'nın (1861, 1865) çalışmalarına bağlı olarak, sarkaç yeniden işlevlerin lokalizasyonu yönüne doğru sallanmaya başlamıştır. Broca, normal zekâ seviyesine sahip olduğu halde belirgin bir konuşma problemi olan bir hastanın sol frontal lobdaki korteksinin küçük bir bölgesinde hasarı olduğunu otopsi sayesinde doğrulama fırsatı bulmuştur. 1863 yılı itibari ile 8 vakadan bir dizi veri toplamış ve işlevlerin lokalizasyonunu öyle ikna edici bir şekilde tartışmıştır ki bu görüşün aksini savunmak imkânsız hale gelmiştir. İşlevlerin lokalizasyonuna dair öte bir destek de iki İtalyan göz doktoru Antonio Quaglino ve Giambattista Borelli'den gelmiştir. Quaglino ve Borelli 1867 yılında, beynindeki kanamanın sağ hemisferinde hasara yol açması sonrasında aşina yüzleri tanıma becerisinin kaybı olarak tanımlanan *prosopagnozi* geliştirmiş olan bir erkek vakayı tarif eden bir makale yayınlamışlardır. Bu türden bulgular belirli psikolojik işlevlerin beynin belli bölgelerine bağlı olduğunu açıklığa kavuşturmuştur.

Nöropsikolojik Değerlendirme Tekniklerinin Gelişimi

Klinik nöropsikologlar bireyleri değerlendirirken psikolojik işlevlerin farklı yönlerini inceleyen standardize testler kullanırlar. Bölüm 2'de de tanımlandığı üzere, bu test etme geleneğinin bir bölümü 20. yüzyılın başlarına, Fransız Psikolog Al-

fred Binet'nin beyin hasarı olan çocukları değerlendirmeye başladığı zamana dayanır. Binet'inkine benzer testler zekânın çağdaş yöntemlerle test edilmeye başlaması ile ilişkili olup (bknz., Bölüm 5) aynı zamanda nöropsikolojik değerlendirmenin de temellerini oluşturmuşlardır. Bugün yaygın olarak nöropsikolojik tekniklerle değerlendirilen pek çok bozukluk Binet'nin zamanında tanımlanmıştır. Bunlar arasında *afazi* (konuşma bozukluğu), *apraksi* (istemli hareketleri gerçekleştirme becerilerinde bozulma), *agnozi* (algısal tanıma bozuklukları) ve *amnezi* (bellek bozuklukları) yer almaktadır. Rusya'da ise 1907 yılında beyin hasarının davranışsal etkilerini incelemek üzere Psikonöroloji Enstitüsü kurulmuştur. 1900'lerin ilk on yılı boyunca Birleşik Devletler'de de beyin hasarının davranışı nasıl etkilediğini incelemek amacı ile bazı kişiler psikolojik testleri kullanmışlardır.

Bu kişilerden biri de 1935 yılında Chicago Üniversitesi'nde nöropsikoloji laboratuarını kurmuş olan Ward Halstead'tir. Halstead'in alana en önemli katkısı beyin hasarı olanları doğal ortamlarında gözlemek olmuştur. Bu gözlemlere dayanarak nöropsikolojik testlere tabi tutulan her hastada değerlendirilmesi gereken temel özellikleri belirlemiştir. Halstead, pek çok hastanın tepkilerini kaydettikten sonra, bu vakaların performanslarını kontrol vakaları ile karşılaştırmış ve hastaları kontrollerden ayırt eden 10 ölçüm saptamıştır (Reitan ve Davison, 1974). Temel yaklaşımı psikolojik işlevlerin (örn., dil, bellek, görsel tanıma) temel kategorilerini değerlendirmek amacı ile birbirini tamamlayan birkaç farklı test dizisinden oluşan bir *test bataryası* kullanmak olmuştur. Halstead'in ilk mezun öğrencisi Ralph M. Reitan da 1951 yılında Indiana Üniversitesi Tıp Merkezi'nde nöropsikoloji laboratuvarını açmıştır. Reitan, Halstead'in test bataryasını revize ederek bataryaya Wechsler Zekâ Ölçeği'ni ve Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri'ni (MMPI) eklemiştir. Batarya bu hali ile günümüzde de yaygın olarak kullanılan *Halstead-Reitan Bataryası* (HRB) olarak bilinmektedir.

Nöropsikoloji alanında temel araştırmalar ve değerlendirme yöntemlerindeki ilerlemeler İkinci Dünya Savaşı'nı takiben, kısmen savaşa bağlı beyin hasarlı vakaların değerlendirilmesine duyulan ihtiyaç sebebi ile büyük oranda gelişme göstermiştir. Az sayıda seçkin nöropsikolog da bazılarının travmatik beyin hasarlı kişiler gibi özel hasta popülasyonlarında kullanılmak üzere tasarlandığı özgül testler ve test bataryaları geliştirmişler ve bunların geçerlik çalışmalarını yürütmüşlerdir (Jones ve Butters, 1983). Diğer ölçüm araçları ise dil işlevlerinin kaybı gibi belli türde hasarları değerlendirmeye yöneliktir.

Bölünmüş Beyin Araştırmaları

Nöropsikoloji tarihinin önemli dönemlerinden biri de California Teknoloji Enstitüsünden Roger Sperry ve çalışma arkadaşlarının çalışmaları ile ilişkilidir (Sperry, 1961, 1982). Bu ekip *korpus kallosum*'un, yani beynin iki hemisferinin birbiri ile doğrudan iletişim halinde olmasını sağlayan sinir bandının kesilmesinin ya-

rattığı psikolojik etkileri çalışmışlardır. Bu cerrahi işlem ilaç tedavisinin sonuç vermediği bazı vakalarda beynin bir yarısında oluşan epileptik nöbetlerin beynin öbür yarısına yayılmasını önleyebilmek umuduyla gerçekleştirilmiştir. Korpus kallosumun kesilmesi ile iki hemisfer arasındaki doğrudan yollar da ortadan kalkar, böylece bir serebral hemisferdeki aktivite diğer hemisferdeki aktiviteden büyük oranda yalıtılmış olur. Bu operasyonla birlikte karmaşık bilgiyi işlemeden sorumlu beyin bölgelerinin de birbirleri ile olan iletişimleri kopsa da, 1940'lı yıllardaki araştırma yöntemleri normal ve bölünmüş beyinli olarak adlandırılan kişiler arasında anlamlı farklılıklar saptayamamıştır. 1981 yılında çalışmaları sebebi ile Nobel Ödülü'ne layık görülen Sperry ve arkadaşları aslında bölünmüş beyinlerin, işlevleri korunmuş olan beyinlerden farklı olduğunu ve nasıl farklılaştığını ortaya koyabilen yeni deneysel prosedürler geliştirmişlerdir (örn., Sperry, 1968).

Normal Beyin Araştırmaları

Bölünmüş beyin araştırmaları ve bunlarla ilgili yenilikçi test etme teknikleri normal beyinlerin örgütlenmesine yönelik araştırmalarda artışı tetiklemiştir. Bu çalışmaların pek çoğunda görsel uyaranların çok kısa süre ile gösterilmesini sağlayan *taşistoskop* isimli bir alet kullanılmıştır. Gözler görsel alanın merkez noktası üzerinde sabitlendiğinde, sabitlenme noktasının sol tarafına çok kısa bir an için hızla yansıtılan uyaranlar görsel alanın yalnızca sol tarafında görülmektedir. Benzer şekilde sabitlenme noktasının sağ tarafına kısa bir an için yansıtılan uyaranlar ise görsel alanın yalnızca sağında ortaya çıkmaktadır. Gözlerin beyne olan bağlantı şekli sebebi ile, görsel alanın solundan gelen bilgi önce sağ serebral hemisfere, sağından gelen bilgi ise sol hemisfere gönderilir. Görsel alanın her iki tarafından iletilen bilgi ise normal koşullar altında korpus kallosum tarafından sağlanan yollarla gelen bağlantılar aracılığı ile hemisferler arasında paylaşılır.

Bu deneyleri yürütenler, taşistoskopik yöntemleri kullanarak görsel uyaranların hemisferlerden birine ya da diğerine girişini yönetmişler ve kişilerin performanslarının doğruluğunu ya da tepki sürelerini ölçebilmişlerdir. Her iki görsel alan ile ilişkili göreli tepki doğruluğunu ölçmek sureti ile araştırmacılar çok çeşitli bilişsel ve algısal görevlerde hemisferlere özgü üstünlükleri kaydetme ve doğrulama şansına sahip olmuşlardır (Hellige, 2001).

Bu Kısmın Özeti: Klinik nöropsikolojinin ayrı bir disiplin olarak ortaya çıkışı yalnızca birkaç on yıl öncesinde olsa da bu alanın kökenleri beynin örgütlenme biçiminin ve işlevlerinin anlaşılmasına yönelik ilk çabalara dayanır. Bu temel çabalar içinde (a) beynin belirli bölgelerinin belirli fonksiyonlar için özelleştiği bulgusu, (b) entellektüel işlevlerin ölçülmesi ve normal ve anormal beyin işlevleri ile ilgili özgül alanların tespiti amacıyla geliştirilen testler ve test bataryaları, (c) beynin hemisferleri arasındaki iletişimin bozulması ile ilişkili bozuklukların keşfi ve (d) normal beyinlerin işleyişi hakkında normatif bilgiler sağlayan taşistoskopik yöntemler gibi teknikler yer almaktadır.

NÖROPSİKOLOJİNİN TEMEL PRENSİPLERİ

Bu Kısma Bakış: Bu alt bölümde beynin nasıl işlediğine dair bazı temel prensipleri sunacağız. Her ne kadar çeşitli işlevlere dair farklı farklı bölümler olsa da, bu farklı bölümler ya da modüller çoklu yollarla birbirini etkiler. Her hemisferin kendine has özelleşmiş işlevleri olmakla beraber, her iki hemisfer de pek çok görevde beraber işlev görür.

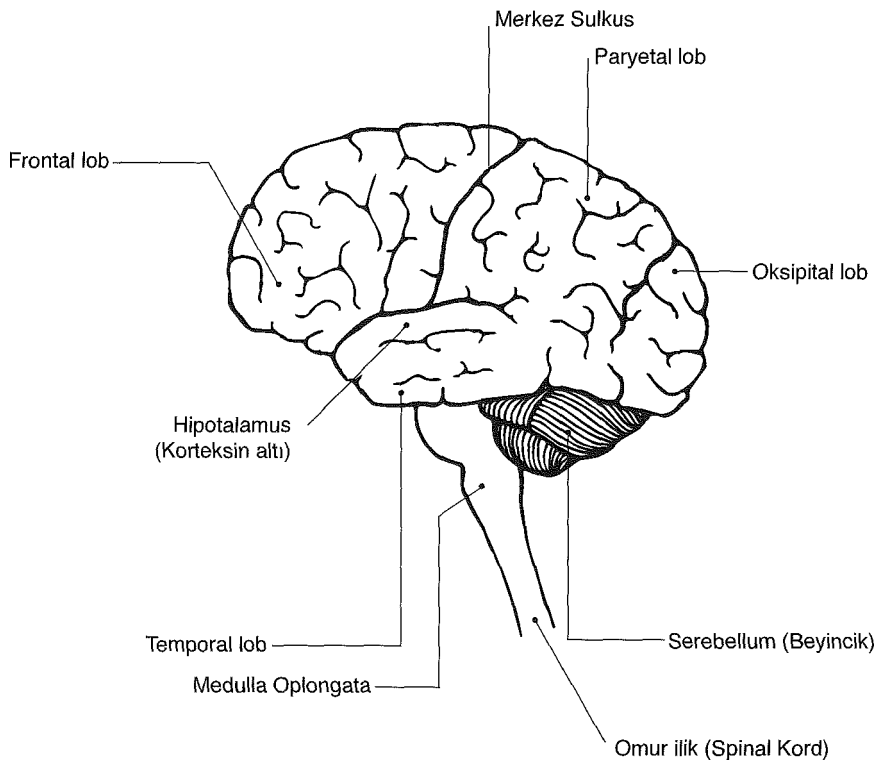
Beyin davranış ilişkisine dair belirli prensipler nöropsikolojinin temelini teşkil eder. Klinik psikologların hastalarda beynin işleyişini nasıl değerlendirdiklerini tanımlamadan evvel bu bölümde bu temel prensipleri gözden geçireceğiz. Bunu yaparken, beynin Şekil 13.1'de de gösterilen çeşitli bölgelerine atıfta bulunacağız.

İşlevlerin Lokalizasyonu

Daha önce de belirtildiği gibi, beynin belirli bölgelerinin belirli davranışlar ve psikolojik işlevlerde rol oynadığı fikri 19. yüzyıl sonunda pek çok bilim insanının benimsediği bir görüş olmuştur (Tyler ve Malessa, 2000). Bu *lokalizasyoncu* görüş günümüzde de yaygın olarak kabul görmektedir. Henüz tam olarak netleşmemiş olan husus ise söz konusu beyin bölgesinde neyin lokalize olduğu ve beynin farklı bölgelerinin ne şekilde etkileştiğidir.

Beynin farklı bölgelerinin birbiri ile ilişki içinde olduğunu vurgulayan ve beyin işlevselliğinin bütüncül bir niteliği olduğunu savunan kuramcılara kimi zaman *globalistler* denmektedir. John Hughlings Jackson, Karl Lashley ve Kurt Goldstein etkinliği daha fazla olan globalistlerden üçüdür, ancak diğer tüm bilim insanlarına kıyasla, beyin organizasyonunun özelleşmişliğini değil bütünleşikliğini daha yoğun olarak vurgulayan ve bununla ilgili bir kuram öne sürmüş olan asıl kişi Alexander Luria'dır (Glozman, 2007).

Luria'nın kuramına göre beyin üç işlevsel sistemden oluşacak şekilde örgütlenmiştir: (a) kişinin genel tonunu ya da uyanıklık halini düzenleyen beyin sapı sistemi, (b) dış dünyadan gelen bilginin elde edilmesi, işlenmesi ve saklanmasında rol oynayan korteksin posteriyor (arka) kısmında konumlanmış sistem ve (c) özellikle korteksin arteriyor yani ön bölgesinde konumlanmış olup zihinsel işlemlerin planlanması, düzenlenmesi ve doğrulanmasından sorumlu olan sistem. Bu sebeple, tıpkı diğer globalistler gibi, Luria da beynin bazı özelleşmiş "iş bölümü" aktivitesi içinde olduğuna inanmakla birlikte, bu farklı beyin bölgelerinin aynı zamanda bir arada nasıl çalıştıklarının anlaşılmasının da önemli olduğuna dikkat çekmiştir.



ŞEKİL 13.1 İnsan Serebral Korteksinin ve Diğer Beyin Bölgelerinin Lateral (Yandan) Görünüşü.

Modülerlik

Günümüzde nöropsikologlar beyni özgül işlevlerine göre haritalandırırken bunu hem lokalizasyoncuların hem de globalistlerin bakış açılarını yansıtacak şekilde gerçekleştirmeye çalışmaktadırlar (Goldberg, 1995; Lezak, Howieson ve Loring, 2004). Örneğin, hatırı sayılır bir kavram olan *modülerlik* (Fodor, 1983) beynin bilgiyi alma, alınan bilgiyi işleme ve işlenmiş bilgiyi beynin diğer modüllerine gönderme konusunda özelleşmiş bölgelere ayrıldığı anlamını taşımaktadır. Dolayısıyla, farklı beyin bölgeleri, tıpkı büyük ve karmaşık bilgisayarlarda bulunan pek çok farklı devre kartı gibi, farklı bilgi işleme modülleri olarak görülmektedir. Öyleyse, modüler bakış açısına göre, dikkat gibi karmaşık bir psikolojik işlev tek bir beyin bölgesi tarafından "kontrol" edilemez. Aksine, dikkatle ilgili işlevlerin, her biri yapbozun farklı bir bölümüne katkı sunan ve beynin farklı bölgelerine yaygın biçimde dağılmış olan bir ağ içinde birlikte çalışan pek çok farklı beyin modülüne bağlı olduğu kabul edilmektedir (Mesulam, 1990). Dikkatin farklı yönleri farklı beyin modüllerine farklı şekillerde bağlı olacağı için, tek bir modülde meydana gelen hasar dikkatin tüm yönlerini değil, şüphesiz yalnızca o modülle

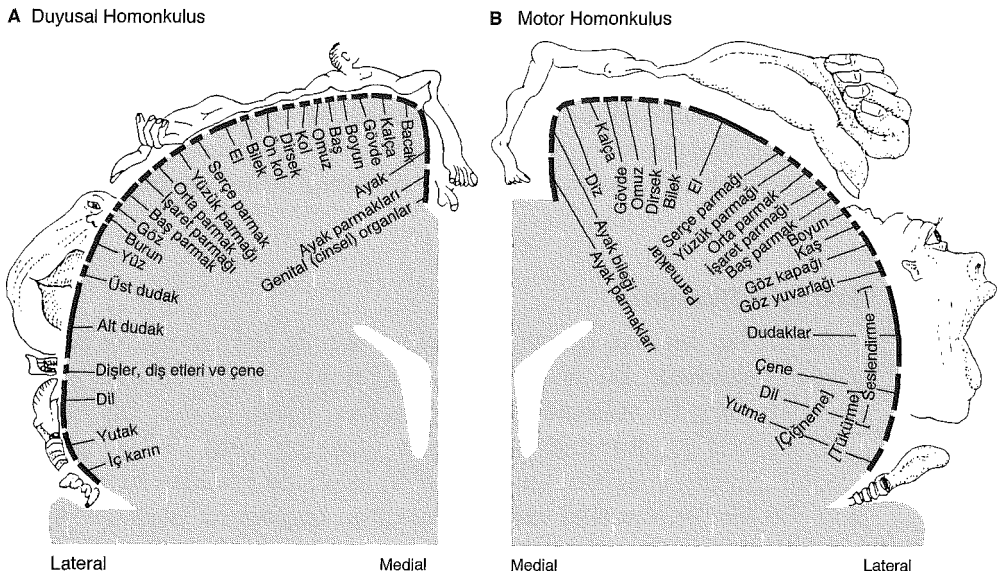
ilişkili yönünü etkileyecektir. Ayrıca, söz konusu modül yalnızca dikkatin o yönü ile ilgili değil başka psikolojik işlevlere ait bilgiyi işleme görevine sahip olabilir; bu sebeple o beyin modülünde oluşan bir hasar o bölge ile güçlü ilişki gösteren birkaç farklı psikolojik işlevi de etkileyecektir. Ek olarak, beyinde birçok farklı modül dikkat fonksiyonlarının bağlı olduğu beyin bölgeleri ağında rol oynadığından, pek çok farklı beyin bölgesinde meydana gelen hasarın dikkati bir şekilde etkileyeceği de öngörülebilir.

Etkileşim Düzeyleri

Kusursuz bir davranış dizisini üretmek amacı ile farklı modüller birbirleri ile etkileşim halindedir. Bu modüller beynin yapısını ve işlevlerini yansıtacak şekilde örgütlenmiştir. Bu sebeple beynin genelden lokale uzanan bir yelpazede farklı düzeylerde örgütlendiği söylenebilir. Örneğin, Şekil 13.2'de gösterilen farklı alanlar merkezi sulkusun (girinti) her iki tarafında yer alan bölgelerle bağlantılıdır. Bu işlevler, öncelikli olarak içeri giren bilginin mi (duyusal) işlendiği yoksa üretilen davranışın mı (motor) programladığına göre ayırt edilebilir. Benzer işlevler modaliteye göre de ayrıştırılabilir (örneğin, öncelikli olarak görsel bilgiyi mi yoksa işitsel bilgiyi mi işliyor olduklarına göre). Genel olarak, merkezi sulkusun arkasında kalan beyin bölgeleri duyusal bilginin (örn., dokunma, basınç, ısı ve beden pozisyonu) alınmasından sorumlu iken, merkezi sulkusun önünde kalan beyin bölgeleri ise motor çıktıların programlanmasında rol oynar.

İşlevlerin Lateralizasyonu

Daha önce de belirtildiği gibi, serebral korteks iki hemisferden oluşmaktadır. Her bir hemisferin aktivitesi birbirinden farklı işlevlerle ilişkilidir. Bir zamanlar bu farklılık "serebral dominans-baskınlık" terimleri ile ifade edilmekteydi, zira sol hemisfer "dominant" ya da "ana hemisfer" olarak, sağ hemisfer ise "baskın olmayan" ya da "ikincil" hemisfer olarak görülmüştü. Zamanla bu ayrımın yanıltıcı olduğu görüşü hâkim olmaya başlamıştır. Sperry ve diğerlerinin çalışmaları psikolojik yaşamın farklı yönlerinin beynin bir tarafına diğerine kıyasla daha fazla bağımlı olduğunu, ancak çoğu durumda pek çok psikolojik işlevde beynin her iki tarafının da işin içine girdiğini göstermiştir. Bu sebeple psikolojik işlevlerden bahsederken "dominant" terimini kullanmak yerine sağ ya da sol bölgede "lateralize olmuş" ifadesini kullanmak daha uygundur.



ŞEKİL 13.2 İnsan Beyninin Duyusal ve Motor Alanları. Bu harita insan korteksinde duyusal bilginin nerede alındığını (solda) ve motor işlevlerin nerede kontrol edildiğini (sağda) göstermektedir. Dilin ucu ya da parmak uçları gibi duyusal bilgiye daha duyarlı olan beden alanlarının başın arkası ya da üst bacak gibi daha az duyarlı alanlara kıyasla daha geniş kortikal alanlarla temsil edildiğine dikkat edin.

(Kaynak: Kandel, Schwartz, and Jessell, 1991. Reprinted with the permission of Macmillan Yayın Şirketi'nin izni ile The Cerebral Cortex of Man by Wilder Penfield ve Theodore Rasmussen'den alınarak yeniden basılmıştır. Copyright 1950 Macmillan Publishing Company. Copyright renewed © 1978 Theodore Rasmussen.)

Sol Hemisferin Özelleşmesi. Sağ elini kullanan pek çok kişide sol hemisfer konuşma ve başkalarının söylediğini anlama becerisi gibi diğer dil süreçlerinin kontrolünde özelleşmiştir. Sağ elini kullanan pek çok kişide konuşma becerisi sol hemisferde o kadar kuvvetli lateralize olmuştur ki sağ hemisferin konuşma mekanizmalarına ya hiç erişimi yoktur ya da bu erişim çok kısıtlıdır. Benzer bir beyin örüntüsü solaklarda da görülmekte ancak daha az tutarlılık göstermektedir (Strauss ve Wada, 1983). Sol hemisferin konuşma işlevlerinde özelleştiğine dair kanıtlar birkaç farklı kaynaktan elde edilmiştir. Sol hemisfer hasarı olan hastalarda dil kayıplarını kaydeden çalışmalara ek olarak (Rasmussen ve Milner, 1975), bir dizi nörocerrahi işlemden toplanan veriler de sol hemisferin özel dil becerilerine dair kapsamlı kanıtlar sunmaktadır. Örneğin, bir beyin ameliyatına başlamadan evvel beyin cerrahları genellikle dil açısından kritik olan beyin bölgelerini konumlandırır, sonrasında da bu bölgelere dokunmamaya çalışırlar. Bunu beynin genel bilgi işleme mekanizmalarını bozacak şekilde belirli bölgele-

rini elektriksel olarak uyararak gerçekleştirirler. Eğer bu işlem hastayı konuşması istendiğinde konuşamaz hale getiriyorsa, o zaman bu durum müdahale edilen söz konusu bölgenin dil açısından önemli olduğuna işaret etmektedir. Bu türden keşifler çoğunlukla sağ hemisferin değil sol hemisferin uyarılmasının konuşma üretimi ve dil süreçlerinde bozulmaya yol açtığını ortaya koymuştur. Ek olarak, daha önce de bahsedildiği gibi, bahsi geçen bozulmalar beynin belli bölgelerindeki genel işlev alanları ile tutarlılık göstermektedir. Dolayısıyla, sol temporal lobun uyarılması sözel bellek fonksiyonlarına zarar verirken, sol frontal lobun uyarılması ise konuşma üretimini bozmaktadır (karmaşık motor işlev dizileri ile ilgili olması sebebi ile).

Dil lateralizasyonunu incelemek amacıyla kullanılan bir diğer teknik şahdamarının içine sodyum amitalin zerk edilmesini içerir (Wada ve Rasmussen, 1960). Bu işlemde bir hemisfer geçici olarak "uykuda" bırakılırken bu süre zarfında nöropsikolog ya da nörolog hastayı test edebilir. Sol hemisfer uyumaya bırakıldığında, sağ elini kullananların hemen hepsi konuşma becerilerini kaybeder (Milner, 1974; Wellmer ve diğ., 2005). Bölünmüş beyin çalışmaları da dil işlevlerinin sol lateralizasyonuna yönelik güçlü kanıtlar sunmuştur. Örneğin, korpus kallosumu ayrılmış bir hastadan elinde tuttuğu nesneleri görmesini imkânsız hale getiren bir perdenin önüne oturması istenebilir. Bu durumda hastanın nesneyi tanımlayabilmesi için yalnızca ve yalnızca elden beyne uzanan duyusal sinirler tarafından taşınan dokunsal bilgiye başvurması gerekmektedir. Pek çok sinir yolu gibi, duyusal sinirler de korteksteki bilgi işleme alanlarına bağlanmadan önce beynin zıt tarafına çapraz geçiş yaparlar. Sonuç olarak başlangıçta sol elden gelen bilgi sağ paryetal kortekse, sağ elden gelen bilgi ise sol paryetal kortekse ulaşır. Normal bir beyinde, korpus kallosum bu bilgiyi zıt hemisfere bir salise içinde taşır. Bölünmüş beyinli hastalarda ise korpus kallosum ayrıldığı için zıt hemisferin dokunulan bir nesneden bilgi almasının tek yolu o nesneye bakmak olacaktır. Peki hastanın önüne oturtulduğu perde hastanın görüşünü engellerse ne olur? Roger Sperry ve arkadaşları (örn., Sperry, 1974) bu hastaların nesneleri sol hemisferlerine bağlantılı olan sağ ellerinde tuttukları zaman isimlendirmekte hiçbir zorluk çekmediklerini, ancak nesneleri sağ hemisfer ile bağlantısı olan sol ellerinde tuttuklarında ise genellikle isimlendiremediklerini bulmuşlardır. Öte yandan, hastalardan sol ellerinde tutmuş oldukları nesnenin resmini göstermeleri istendiğinde, hastalar bunu her seferinde başarabilmiştir. Bu bulgu sağ hemisferin nesnenin ne olduğunu "bildiğini" ancak sözel olarak isimlendiremediğini ortaya koymuştur. Buradan çıkarılabilecek en belirgin sonuç sağ hemisferin dilsiz olduğu, yani sol hemisfer tarafından kontrol edilen konuşma mekanizmalarına yeterli düzeyde erişiminin olmadığıdır.

Sağ Hemisferin Özelleşmesi. Sağ hemisfer işlevleri de, her ne kadar insanların konuşmasını sağlayan sistemlere doğrudan erişimi olmasa da dil ve iletişim ile ilgili önemli bir role sahiptir. Örneğin sağ hemisfer hasarı olan kişiler

bir paragraftaki ana temayı, bir hikâyedeki ana noktayı ya da bir şakanın en canı alıcı cümlesini anlamakta güçlük çekebilirler (Brownell, Potter, Bihrle ve Gardner, 1986; Lehman, 2003; Marini, Carlomagno, Caltagirone ve Nocentini, 2005). Sağ hemisfer hasarı olan kişiler aynı zamanda metaforlar gibi dil oyunlarını da anlama zorluğu yaşarlar. Bu sebeple "Ağlamaktan gözlerim kan çanağına döndü" gibi bir cümleyi kelimesi kelimesine gerçekmiş gibi yorumlayabilirler (Gardner, Brownell, Wapner ve Michelow, 1983).

Sağ hemisfer işlevleri "üst düzey" dil iletişimi ile ilgili kanıtlar sunmasının yanında sosyal iletişim açısından da önem taşır. Örneğin, dilin psosodisi, bir başka deyişle "ses tonu"nun büyük ölçüde sağ hemisfer işlevleri ile ilgili olduğu düşünülmektedir. *Aprosodi*, yani normal prosodi işlevlerindeki bozulmalar ise sol hemisfer hasarından ziyade sağ hemisfer hasarından sonra oluşmaktadır (Schirmer, Alter, Kotz ve Friederici, 2001). İfadesel aprosodisi olan bir kişi monoton bir şekilde konuşur ve niyet edilen duygusal mesajın dinleyici tarafından anlaşılmasını sağlamak için konuşmasına "kızgınım" gibi bir ifadeyi de eklemek durumunda kalır. Alıcı aprosodisi olanlar ise, aksine, karşıdakinin sesindeki alaycılığı ya da kızgınlığı yakalamakta güçlük çekebilir ki bu durum da sosyal iletişimde oldukça talihsiz yanlış anlamalara yol açabilir.

Sperry ve çalışma arkadaşlarının göstermiş olduğu gibi, sözel olmayan bir iletişim şekli söz konusu olduğunda sağ hemisfer sol hemisferin kavrayışına eşit düzeyde bir performans ortaya koyabilir. Aslında bölünmüş beyin çalışmalarının en önemli katkılarından biri de sağ hemisferin "ikincil" hemisfer etiketini ortadan kaldırması ve yüksek-düzey bilgi işleme kapasitesini kanıtlamış olmasıdır. Artık biliyoruz ki sağ hemisfer sosyal ve duygusal iletişimin doğasında olan yüksek derecede karmaşık sinyalleri de içeren pek çok uzaysal ve sözel olmayan bilginin analizinde hayati öneme sahiptir (Baird ve diğ., 2006; Shamay-Tsoory, Tomer, Berger, Goldsher ve Aharon-Peretz, 2005). Unutulmamalıdır ki konuşma sırasındaki en önemli bilgilerin yalnızca bir kısmı sözler aracılığı ile iletilmektedir; oysa bilginin büyük bir kısmı kelimelerin söyleniş şekli tarafından nakledilir. Sağ hemisfer özellikle el kol hareketleri, mimikler, ses tonu, yüz ifadesi, beden dili ve diğer sözel olmayan bilgilerin algılanması ve kodlanması, ardından bu bilgilerin uyumlu bir mesaj içinde bütünleştirilmesi konusunda yetkindir. Sonuç olarak, sağ hemisfer hasarı sosyal iletişimde dramatik bozulmalara yol açabilir (Blair ve Cipolotti, 2000).

Sağ beyin hasarı olan hastaların yaşadıkları duruma uygun yargıda bulunma, diğerleri ile ilişki kurma ve sosyal ipuçlarını doğru şekilde algılama gibi zorluklar, başka bir problem sebebi ile daha ciddi bir hâl almaktadır: hastalar çoğu zaman bu kayıpların farkında değildir. Nörolojik problemlerin farkında olma yetersizliğine *anosognozi* denmektedir (Adair, Schwartz ve Barrett, 2003; Babinski, 1914). Bu durumun ortaya çıkma nedeni kişinin kendi zihinsel işleyişini

kendi kendine izleme ve işlerin ne zaman yolunda gitmediğini bilme becerisinden sorumlu beyin bölgelerinde oluşan hasardır. Bu sebeple, sağ hemisferdeki inme sebebi ile ağır düzey felci olan bazı kişiler sol taraflarının tamamını ya da bir bölümünü hareket ettiremediklerinin farkında olmazlar (Heilman, Barrett ve Adair, 1998)! Hastalar problemleri olduğunu algılamadıkları zaman telafi stratejileri daha az etkili olacağından, anosognozi rehabilitasyon programları açısından büyük bir engel oluşturmaktadır (Andersson, Gundersen ve Finset, 1999).

Bu Kısmın Özeti: Beyin işlevleri farklı bölgelerde lokalize olmuştur ancak bu işlevler birbirinden tamamen ayrı değildir. Belli işlevlerde özelleşmiş beyin bölgeleri ya da modülleri bilgiyi farklı şekillerde işleyen başka modüllerle de etkileşim içindedir. Beynin modülleri aynı zamanda çoklu düzeylerde birbirine bağlanmıştır. Örgütlenmelere dair çoklu bağlantılar ve çoklu katmanlar olduğu için bir bölgede meydana gelen hasar belirli bir zihinsel işlevin (örn., dikkat, görsel algı) tüm bileşenlerinde değil, yalnızca bazı belli yönlerinde bozulmalara yol açabilir. İki hemisferden birinde ya da diğerinde meydana gelen bir hasar çoğunlukla özgül bir psikolojik ya da davranışsal bozulma örüntüsüne neden olur.

NÖROPSİKOLOJİK İŞLEV BOZUKLUĞU ÖRÜNTÜLERİ

Bu Kısma Bakış: Beynin özgül alanlarında meydana gelen bir hasar belirli türde psikolojik problemlerle ilişkilidir. Bu bölümde beyin işlev bozukluklarının hasarın meydana geldiği bölge ya da loblarla örgütlenmiş olan davranışsal göstergelerini tanımlayacağız.

Oksipital Lob İşlev Bozukluğu

Görsel bilgi gözün içindeki retinadan talamusa ve oradan da serebral korteksin okisipital lobuna gönderilir. Bu süreçteki her adımda, bu bilgi *topografik* olarak temsil edilir; bir başka deyişle, komşu sinir hücreleri görsel alanın komşu bölgelerine tepki verir. Diğer türde özgül duyusal ve motor bilgiler için de geçerli olan benzer bir düzenleme kelime anlamı "küçük adam" olan *homonkulus*'un oldukça tuhaf bir haritasının çıkarılmasına yol açmıştır. Homonkulus, bedenin zıt tarafındaki bölgelere giden ya da o bölgelerden gelen duyusal bilgi ve motor çıktıları temsil eden kortikal alanların göreli büyüklüğünü gözler önüne sermektedir (bknz., Şekil 13.2).

Oksipital lobda meydana gelen hasarın neden olduğu en önemli problem körlüktür. Her iki gözden de gelen retinal liflerin neredeyse yarısı beyne giriş yaparken zıt tarafa gittiğinden, bir okisipital lobdaki hasar zıt görsel alanda körlüğe yol açar. Örneğin, sağ oksipital lobdaki hasar sol görsel alanda görme kaybı ile sonuçlanır. Genellikle, oksipital lobdaki hasar sebebi ile görme kaybı olan kişiler etkilenen görsel alanda görsel duyumlarının olmadığını ifade ederler. Ancak

nöropsikologlar bu kişilerin bazılarının belli bir miktar görsel bilgiyi işlemeye devam ettiklerini tespit etmişlerdir. *Kör bakış* olarak isimlendirilen bu olgu görsel bilgi işlemenin bir kısmının görsel korteks dışındaki alanda, bilinçli bir farkındalık olmaksızın gerçekleşmesinden kaynaklanabilir (Stoerig, 2006). Sonuç olarak, kör bakışı olan kişiler bir nesne başlarına doğru hızla uçarken başlarını eğebilirler ancak neden öyle yaptıklarını bilmeyebilirler. Ya da önlerinde duran nesnenin rengini doğru tahmin edebildikleri halde o nesneyi görebildiklerini fark etmezler.

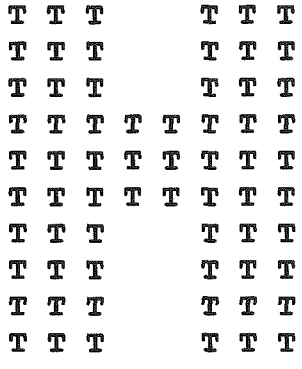
Paryetal Lob İşlev Bozukluğu

Kör bakış olgusunda da öne sürüldüğü gibi, görsel bilgi, alındıktan ve oksipital lobda işlendikten sonra komşu kortikal bölgedeki paryetal lobların posteryor (arka) ve süperyor (üst) bölümlerine iletilir. Bu alanlar duyusal bilgiyi doğrudan duyu organlarından almadıkları ve kaslara hareket komutunu doğrudan göndermedikleri, aksine çoklu kortikal modüllerden gelen bilgiyi birleştirmek ve bütünleştirmek amacıyla diğer kortikal bölgelerle etkileşim içinde oldukları için "assosiyasyon" korteksi olarak sınıflandırılmışlardır.

Paryetal assosiyasyon korteksi, görsel, işitsel ve duyusal girdilerin buluşma zemini olarak dünyaya dair birleşik bir algı oluşmasında hayati bir role sahiptir. Özellikle paryetal lob alanları çevremizin ve içinde yer alan nesnelerin bir haritasını oluşturmamıza yardımcı olur. Aynı zamanda duyusal dünyamızdaki nesnelerin nerede olduğunun ve nasıl hareket ettiğinin kesintisiz analizini yürütür. Bu özelliği sebebi ile kortikal paryetal bölgeler uzaysal lokasyona ait dikkat ve farkındalıkta benzersiz bir rol oynar (Ungerleider ve Mishkin, 1982). Beynin yalnızca bir tarafındaki paryetal lobda hasarı olan hastalar hasar gören hemisferin zıt tarafındaki beden bölgesini ve boşluğu görmezden gelmeleri ile belirgin olan ve *yarıihmâl* denen şaşırtıcı bir bozukluk gösterirler (Heilman, Watson ve Valenstein, 2003). Örneğin, sağ paryetal bölgede hasarı olan kişiler tabaklarının sol tarafında kalan yemekleri yemeyebilir, başlarının sol tarafındaki saçlarını taramayı unutabilir, sol elbise kolunun düğmesini iliklemeyi ihmâl edebilir. Aynı zamanda sayfanın sol tarafındaki kelimeleri görmezden gelebilirler, doktor ya da aile bireyleri sol taraftan geliyorsa fark edemeyebilirler. Zihinlerinde kurdukları hayâllerin sol tarafındaki sahneleri dahi görmeyebilirler (Bisiach, Luzzatti ve Perani, 1979). Bazı hastalarda yarıihmâl o kadar uç noktalarda olabilir ki beden bölümlerinin başka kişilere ait olduğuna inanabilirler. Oliver Sacks (1990) tarafından aktarılan bir anekdotta, bir hasta gecenin yarısında kalkmış ve bacağını yatağın dışına atmaya çalışmıştır. Çünkü o bacağın kendine değil saldırgan bir yabancıya ait olduğunu sanmıştır. Yarıihmâl sendromu özellikle sağ paryetal lobdaki bölgelerin hasarından sonra (belki de sağ hemisferin uzaysal bilgiyi işlemekle ilgili özelleşmesine bağlı olarak) daha sık görülür, ancak sol paryetal lob hasarından sonra da gerçekleşebilir.

Klinik nöropsikologların yanılmâli test etme yollarından biri de hastadan bir saat ya da çiçek çizmesini istemektir. Yanılmâli olan kişiler saatin yalnızca bir yarısında yer alan tüm rakamları ya da çiçeğin bir yarısındaki detayları çizebilir ancak kağıdın diğer yarısını boş bırakırlar. Yanılmâle yönelik diğer testler bir sayfada yer alan tüm harf ya da sembollerin kalemle birleştirilmesi veya ortadan bir çizgiyle bölünmesine dair görevleri içerir. Yanılmâli olan kişiler ihmâl ettikleri taraftaki maddeleri birleştiremez ya da sanki ihmâl ettikleri alan hiç yokmuşçasına yalnızca gördükleri alana göre ortadan bir çizgi çekerek sayfayı ikiye bölerler.

Özellikle beynin sağ tarafında görülen paryetal lob işlev bozukluğunun bir diğer sonucu da *eş zamanlı agnozi*'dir (Coslett ve Safran, 1991). Bu durumdaki hastalar görebilirler ancak görülen maddeleri bir arada bir alanda gruplama konusunda güçlük çekerler. Aslında, ağaçları görseler de ormanı göremezler. Klinik nöropsikologlar bu türden paryetal lob bozulmalarının varlığını genellikle görsel-uzaysal beceri testleri kullanarak değerlendirirler. Örneğin, hastalara Şekil 13.3'de görülene benzer "global-lokal" uyaranlar sunarlar (Navon,1983). Aşağıda eş zamanlı agnozisi olan bir hastanın Şekil 13.3'deki şekle bakınca verdiği tepkiyi görebilirsiniz (Shenker, 2005):



ŞEKİL 13.3 Eş zamanlı agnozisi olan hastaları test etmek amacı ile kullanılan "Global-Lokal" bir uyaran.

DEĞERLENDİRİCİ: Ne *görüyorsunuz*?

HASTA: T harfini görüyorum. T, T, T, T.... Devam edeyim mi?

DEĞERLENDİRİCİ: Başka?

HASTA: T,T,T,T . . . bir sürü T.

DEĞERLENDİRİCİ: Başka harfler de var mı?

HASTA: Hayır.

DEĞERLENDİRİCİ: H var mı?

HASTA: Hayır, sadece T.

DEĞERLENDİRİCİ: Büyük bir harf var mı?

HASTA: Hayır, öyle bir harf göremiyorum.

DEĞERLENDİRİCİ: Büyük H harfi var mı?

HASTA: Hayır.

DEĞERLENDİRİCİ: Küçük harflerin hepsi bir arada büyük H harfi şeklini oluşturuyor mu?

HASTA: Nasıl oluyor göremiyorum.

DEĞERLENDİRİCİ: (Parmağı ile H harfini çizerek) Bu şeklin nasıl büyük H harfi olduğunu görebiliyor musunuz?

HASTA: Bir H harfi göremiyorum.

Temporal Lob İşlev Bozukluğu

Beyne giriş yapan görsel bilgi paryetal loblarda birleştirilirken, aynı bilgi *temporal lobun* kortikal bölgelerinde de analiz edilmektedir (Ungerleider ve Mishkin, 1982). Posteryor ve inferyor (alt) temporal lobun kortikal modüllerinde gerçekleşen bu ek analiz kişinin gördüğü nesneleri tanımasını sağlar. Eğer bu bölgeler hasar görürse kişi nesneleri hâlâ görebilir ancak ne olduklarını tanıyamaz (Rubens ve Benson, 1971). Bu sebeple *agnozi* olarak adlandırılan bu probleme sahip olan kişiler bir elmaya baktıklarında, elmayı "yuvarlak, pürüzsüz, tepesinde ince bir çıkıntısı olan küresel bir nesne" olarak tarif edebilir ancak isimlendiremez, ne için kullanıldığını ve nerede bulunabileceğini vb. söylemez. Görsel agnozi yalnızca görsel yolları etkileyen problemlerden kaynaklandığı için hastalar, ilgili nesnelere dokunabilir ya da koklayabilirse, nesneleri anında tanımlayıp isimlendirebilir. Bir başka deyişle, posteryor inferyor temporal lob hasarı görsel duyulara dayalı olarak nesnelerin ne olduğunun anlaşılma becerisinde bozulmaya yol açarken nesnelerin ne olduğu ile ilgili daha genel bir kavrayışa engel olmadığı gibi diğer duyusal modalitelerden gelen girdiler aracılığı ile nesneleri tanıma becerisine de zarar vermez. Agnozisi olan bazı insanlar şaşırtıcı bir biçimde görsel dünyanın yalnızca belli boyutlarına özgü belirtiler gösterebilirler. Örneğin, bazı hastalar yalnızca canlı nesneleri (örn., ağaç ya da köpek, elma) tanıma becerisini kaybettikleri halde cansız nesneleri (örn., kahve fincanı, kitap, lamba) tanıma becerileri korunur. Bu türden ayrışmalar beynin oldukça özgül bilgi kategorilerini ayrıştırma konusunda da hassasiyeti olduğunu (Farah, McMullen ve Meyer,1991; Kurbat, 1997) düşündüren ve bilişsel bilim insanlarını öte çalışmalara teşvik eden klinik bir gözlemdir.

Temporal lobun belli alanları işitsel bilginin işlenmesi gibi diğer psikolojik işlevlerde de rol oynar. Aynı zamanda bellekle de ilgilidir; aslında temporal lob hasarının en göze çarpan etkisi belleğin bozulmasıdır. Örneğin, anteryor (ön) ve medyal (içe-ortaya doğru) temporal lob yapıları beynin genelinde, bilginin uzun-süreli bellek deposuna aktarılmasında kritik öneme sahiptir. Bu yüzden, tıbbi durumlar *hipokampusun* her iki medyal temporal lobdan da çıkarılması için cerra-

hi bir operasyonu gerektiriyorsa, hastalar yeni uzun süreli anılar oluşturamaz hale gelirler (Scoville ve Milner, 1957). Her olay, ne kadar sık tekrarlansa da, sanki ilk defa gerçekleşiyormuş gibi algılanır. Bu kişiler ne önceki konuşmaları ne de daha birkaç dakika önce karşılaşmış oldukları kişinin ismini hatırlayabilirler. İlginç bir şekilde, bu kişilerin bellek kayıpları en fazla bilinç düzeyinde belirgindir, çünkü bu hastalar her ne kadar belli bir nesneyi geçmişte de görmüş olduklarının açıkça farkında olmasalar da, nesneye verdikleri tepki bazı durumlarda o nesneyi daha önce görmüş olduklarına dair bir *örtük belleğe* işaret eder. Örtük belleğin varlığı bir yapboz göreviyle ilgili tekrarlı uygulamalar sonrasında gelişme gösteren performanstan (Verfaellie ve Keane, 1997) ya da aşina bir uyaran karşısında kalp atış hızı veya deri iletimindeki değişimlerden (Gazzaniga, Fendrich ve Wessinger, 1994; Jacoby ve Kelley, 1987; Milner ve Rugg, 1992) çıkarsanabilir.

Diğer temporal lob yapıları ise uyaran ya da olaylara duygusal ya da motivasyonel anlamlar yükleme açısından önemlidir (McGaugh, 2006). Örneğin, *temporal lob epilepsi*'si olan kişiler sıklıkla "temporal lob kişiliği" olarak da ifade edilen (Bear ve Fedio, 1977) belli türde duygusal özellikler gösterirler. Bu özelliklerden biri sıradan olayları kişisel duygusal önem taşır gibi görme eğilimidir ki bu eğilim büyüsel ya da paranoid düşünce tarzına yol açabilir. Temporal lob epilepsisi olan bu kişiler kimi zaman da çok fazla yazı yazma ya da not tutma eğilimi olarak da tarif edilen "hipergrafik" kişiler olarak da tanımlanmaktadır. Bu kişilerle yürütülen sohbetleri sonlandırmak güç olabildiği için, hipergrafik kişiler sosyal açıdan "yapışkan" olarak da değerlendirilebilirler.

Klinik nöropsikologlar temporal lob patolojisi ile ilişkili problemleri çoğunlukla *Benton Görsel Bellek Testi, Wechsler Bellek Ölçeği* ve *Kaliforniya Sözel Öğrenme Testi* gibi çeşitli bellek testlerini kullanarak değerlendirmektedirler. Aynı zamanda, hastanın sol temporal lob işlevlerini yansıtan sözel materyale ilişkin belleğini sağ temporal lob işlevlerini yansıtan görsel-uzaysal materyale ilişkin bellekleri ile de karşılaştırmaktadırlar.

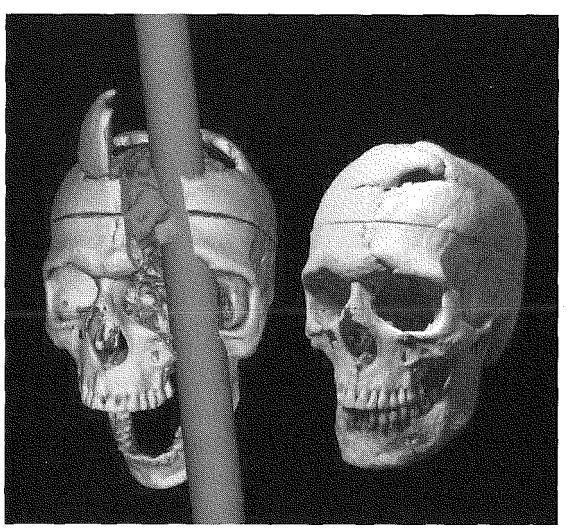
Frontal Lob İşlev Bozukluğu

Frontal loblardaki pek çok alan davranışın planlanması ile ilgilidir. Bu türden aktiviteler zaman zaman beynin *yönetici işlevi* olarak da adlandırılır. Çünkü, bu işlevler, tıpkı bir şirket yöneticisinin çalıştığı gibi, organize etme, denetleme, sıralama, stratejiler kurma, hazırlıklı olma, planlama, yargıda bulunma ve karar verme, kendini düzenleme, yeni bilgiyi özümseme, yeni durumlara uyum gösterme ve amaçlı davranışta bulunmayı gerektirir (Miller ve Cummings, 2006; Stuss ve Alexander, 2000). Frontal loblar, bu türden bir sorumluluğa yakışır şekilde, çok sayıda assosiyasyon korteksine sahiptir ve beynin neredeyse hemen her bölgesinden gelen girdileri alır. Bu girdiler gereklidir çünkü tepki ve eylemlere dair uygun kararlara varabilmek dış dünyadan ve bedenin geri kalan bölgelerinden olabildiğince fazla güncel bilginin dikkate alınmasını zorunlu kılar. Bu sayede

frontal loblar yeni bilgiyi önceki bilgilerle karşılaştırabilir, bu bilginin motivasyonel ve duygusal önemini değerlendirebilir ve uygun tepki dizileri oluşturabilir.

Şüphesiz, tüm bu sebeplerden ötürü, frontal loblarda meydana gelen bir hasar sosyal ve duygusal işlevselliği ciddi düzeyde etkileyebilir. Phineas Gage bu duruma örnek teşkil eden klasik bir vakadır (Neylan, 1999). Bir demiryolu işçisi olan Phineas Gage 1848 yılında bir patlama sonucu kafatasına isabet eden ve frontal loblarını delen çelik bir çubuk sebebi ile frontal lob hasarına uğramıştı (bknz. Şekil 13.4). Bu travmadan hem sağ olarak kurtulmuştu, hem de dil, hareket ve genel zekâ işlevleri de etkilenmemiş görünüyordu. Ancak kişiliği değişmişti. Bir zamanlar sorumluluk sahibi, sağduyulu ve sosyal açıdan uyumlu bir insan iken, şimdi ise kaba, küfürbaz ve aklına geleni uygun olmasa da söyleyen biri olmuştu. Sorumsuz bir kişi haline gelmişti, kötü kararlar alıyordu ve planlara uymuyordu, üstelik tüm değişimler karşısında kayıtsızdı (Harlow, 1848).

Frontal lob hasarı olan kişiler bilişsel bir görevin çeşitli bileşenlerine dair herhangi bir sorun yaşamasalar da bu bileşenleri planlama ve organize etmede kusurlar gösterebilirler. Eslinger ve Damasio (1985) çoklu nöropsikolojik testlerdeki performansı bozulmamış olan ancak günlük hayatında bir iş tutturamayan, ev işlerini yürütemeyen, bir sonraki adımda ne yapacağını dahi bilemeyen bir vakayı tarif etmişlerdir. Bu vaka bütünüyle korunmuş olan algısal ve zekâ becerilerine rağmen, sahip olduğu bilgileri bütünleştirmek ve günlük hayat aktivitelerine uyarlamak konusunda yetersizlik yaşamaktadır. Bu türden bireyler amaca yönelik davranışlarda da sorun yaşayabilir. Örneğin yemek yaparken görevi işlevsel adımlara bölemeyebilir, her adımın nasıl yürütüleceğini planlamada hatalar yapabilir, adımlarını yanlış zamanlayabilir ve örneğin ocakta bir şeyler yanmaya başladığında uygun düzenlemeleri yapamayabilir.



ŞEKİL 13.4 Phineas P. Gage'in kafatasına dayanarak (sağda) oluşturulmuş olan Dijital İmaj yaklaşık 1 metre uzunluğundaki ve 3 santimetre çapındaki çubuğun 13 Eylül 1848 tarihinde Vermont'taki bir demiryolunda Gage'in başına çarptığı sıradaki geçiş rotasına ve beyin hasarının boyutuna dair fikir vermektedir.

(Kaynak: P. Ratiu & I.-F. Talos, 2004,"The Tale of Phineas Gage, Digitally Remastered," New England Journal of Medicine, 351, 23.)

TABLO 13.1

Nörolojik işlev Bozukluğu Örnekleri

İşlev Bozukluğu	Göze Çarpan Belirti
Afazi	Bozulmuş dil becerileri
Apraksi	Öğrenilmiş amaçlı hareketleri gerçekleştirme becerilerinde bozulma
Agnozi	Algısal tanıma bozuklukları
Prosopagnozi	Yüzleri tanımada yetersizlik
Amnezi	Bellek bozuklukları
Aprosodi	Normal prosodi (ses tonu) işlevlerinde aksaklıklar
Anosognozi	Nörolojik problemlerin farkına varmada yetersizlik
Yarıhmâl	Hasar görmüş hemisferin zıt tarafındaki beden bölgeleri ve boşluğu görmezden gelme
Ekolâli	Birinin henüz söylemiş olduğu sözleri tekrar etme
Akinetik Konuşmama Bozukluğu	Hiçbir şekilde hareket etmeme ve konuşmama
Kör Bakış	Görmeye ilişkin bilinçli bir farkındalık olmamasına rağmen hareket eden uyaranları görüyormuş gibi tepki verme
Eş Zamanlı Agnozi	Görme becerisi korunmasına rağmen görülen maddeleri boşlukta bir arada gruplamada zorluk

Frontal lob hasarı sebebi ile oluşan planlama ve organize etmeye ilişkin sorunlar tuhaf şekiller alabilir. Bazı hastalar *tekrara düşerler (perseverasyon)*, yani tekrar tekrar aynı şeyleri söyler, düşünür ya da yaparlar. Bu kişilerle beraberken konuşmayı yeni bir konuya çekmek oldukça zordur. Diğerleri başkalarının sözlerini taklit eder *(ekolali)*, ya da başkalarının yaptığı davranışları taklit eder *(ekopraksi)*. Bazı kişiler de *abuli*, yani hareket etme, konuşma ya da etkileşimi başlatma isteksizliği gösterir (Marin ve Wilkosz, 2005). Abulik bireyler geri çekilmiş ve motivasyonsuz görünürler. Hafif düzey abuli vakalarında kişiler söyledikleri ya da yaptıklarında çok az çeşitlilik gösterirler. Daha şiddetli vakalarda ise *akinetik konuşmama bozukluğu* görülebilir; kelimenin tam anlamıyla hiçbir şekilde hareket etmez ve konuşmazlar. Bu bölümde tartıştığımız pek çok işlev bozukluğu türü Tablo 13.1'de özetlenmiştir.

Nöropsikolojik testlerle yönetici işlevlerdeki bozulmaları tespit etmek güç olabilir. Test etme süreci hasta için genellikle zamansal düzenlemelerin farkına varıp ve ona göre hareket etmeyi, stratejiler planlayıp sonradan revize etmeyi ya da beklenti ve kuralları zaman içinde değişen problemleri çözmeyi gerektiren görevleri kapsar (Goldberg ve Bougakov, 2005). Frontal lob hasarını değerlendirmek amacıyla yaygın olarak kullanılan iki testten biri *Wisconsin Kart Eşleme Testi*, diğeri ise HRB'nin bir parçası olan *Kategoriler Testi*'dir. Her iki testte de değerlendirmecinin hastalara her deneme sonunda doğru mu yoksa yanlış mı

yaptıklarını söylediği geribildirimler kullanılır. Bu geribildirimler bilgiyi eşleme ya da kategorize etme sırasında başarısız stratejilerin değiştirilme zamanının geldiğini sinyallemek amacıyla tasarlanmıştır. Frontal lob lezyonları olan hastalar kullandıkları strateji başarısız olsa dahi sıklıkla aynı stratejiyi kullanma tekrarına düşerler.

Bu Kısmın Özeti: Pek çok bozulmuş algı ve davranış çeşitli türde beyin hasarları ile bağlantılı olarak oluşabilir. Oksipital lobda meydana gelen bir hasar görmenin bazı yönlerini etkileyebilirken, paryetal lobdaki hasar dikkat ve uzaysal konum farkındalığını etkileyebilir; temporal lobdaki hasar tanıma, bellek veya kişi için önem taşıyan bilginin işlenmesine etki eder; frontal lobda oluşan bir hasar ise dürtü kontrolünü, duygusallığı ve diğer yönetici işlevleri etkiler.

NÖROPSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME

Bu Kısma Bakış: Klinik nöropsikologların beyin hasarının belirtilerini ve lokasyonunu belirleme ve rehabilitatif müdahaleler planlama çabaları daima değerlendirme ile başlar. Değerlendirmeler standardize edilmiş bataryalardan ya da tek bir hasta için özel olarak seçilmiş bireysel testlerden oluşabilir. Klinik nöropsikologlar çoğunlukla tıp uzmanları ile beraber çalıştığından, geniş bir yelpazedeki tıbbi ve nörolojik değerlendirme tekniklerine aşınâ olmalıdırlar.

Klinik nöropsikologların hastalarla ilgilenirken atmaları gereken ilk adımlardan biri de hastaların bilişsel, duygusal ve davranışsal işlevselliğini değerlendirmektir. Değerlendirme (a) hastanın kusurlarının doğasını ve ciddiyetini saptama, (b) bu kusurların beyin hasarından kaynaklanma olasılığını tespit etme, (c) hasarın nerede konumlanmış olabileceğine dair eğitime dayalı bir tahmin sunma ve (d) gözlenen kusurların özel örüntüsünden sorumlu olan belirli bir hastalığı ya da hasar türünü belirleme amacıyla tasarlanmaktadır. Kusur sağlıklı, ortalama insanlara göre, ya da eğer mümkünse hastanın daha önceki kendi performansına göre oluşturulmuş normlarla kıyaslandığında, beklenmedik düzeyde zayıf görev performansı olarak tanımlanmaktadır.

Nöropsikolojik testlerin kullanımının yanı sıra, klinik psikolog kapsamlı bir görüşme yürütür ve hastanın önceki değerlendirme notlarını da içeren tıbbi kayıtlarını inceler. *Premorbid*, yani bozukluğun başlangıcından önceki işlevsellik, demografik, ailevi, dilsel ve eğitim öyküsü hakkındaki bilgi klinisyenin şu anki işlevsellik düzeyini tarihsel bağlamda ele almasını sağlar. Aynı kişinin tekrarlı olarak test edilmesi de herhangi bir zorluğun ne kadar hızlı ilerleme gösterdiğine ya da ne denli genel veya özgül olduğuna dair bilgi verebilir.

Klinik psikologlar genel olarak iki değerlendirme yaklaşımından birini kullanırlar. İlk yaklaşım tüm hastalarda normları önceden belirlenmiş, standardize test bataryalarının kullanımıdır. Daha önce de tarif edildiği gibi, bu test bataryaları

oldukça kapsamlıdır ve standardizasyonu araştırma açısından yararlıdır. Ayrıca, hangi testlerin kullanılacağına dair uzman görüşü gerektirmediği için, bu bataryalar meslekten olmayan çalışanlar tarafından da uygulanabilir. Yine de test bataryaları bozulmamış olan pek çok işlevi de değerlendirdiği için elverişsiz olabilir. Aynı zamanda bataryaların yeni ve imkânlar dahilinde iyileştirilmiş testlerle birleştirilecek şekilde yenilenmeleri çok da kolay olmadığından, bu bataryalar kullanılamaz hale gelebilir.

Nöropsikolojik değerlendirmede ikinci yaklaşım ise başlangıç aşamasında tüm hastalara rutin olarak aynı testlerin verildiği ancak diğer testlerin seçiminin ilk aşamada verilen testlerin sonuçlarına dayandığı ve en fazla merak edilen özgül tanısal soruları cevaplayacak şekilde uyarlandığı *bireyselleştirilmiş yöntem*'dir.

Bireyselleştirilmiş yaklaşımlar belirli problemlerin derinlemesine değerlendirilmesini sağlar, geliştirilen yeni testlerin kullanımını mümkün kılar, ilgili hasta için en fazla önem taşıyan özgül zorluklara daha yoğun odaklanabilir. Bununla birlikte bireyselleştirilmiş yaklaşımın dezavantajlarından biri hangi tanısal hipotezlerin test edileceğini ve hangi testlerin bu hipotezleri doğrulayacak ya da yalanlayacak bilgiler sağlayacağını bilmek için şart olan nöropsikoloji alanında ileri düzeyde eğitimli testörleri gerektirmesidir. Aynı zamanda, farklı kişilerde farklı test kombinasyonları kullanıldığından, bireyselleştirilmiş test verileri hastalar arasında karşılaştırmalar yapmak isteyen araştırmacılar açısından çok da kullanışlı değildir.

Nöropsikolojik Test Bataryaları

Birleşik Devletler'de nöropsikolojik değerlendirmede en yaygın olarak kullanılan batarya yaklaşımı Halstead-Reitan Bataryası ya da HRB'dir (HRB'nin özünü oluşturan testlerin tanımları için bknz. Tablo 13.2). HRB 15 yaş ve üstü kişiler için uygundur, ancak 9-14 yaş ve 5-8 yaş arası çocuklar için iki farklı versiyonu bulunur. HRB'yi kullanan değerlendiriciler aynı zamanda Wechsler Zeka Ölçeği'ni, bellek testlerini ve MMPI gibi kişilik testlerini de uygularlar (örn., Reitan ve Wolfson, 1993). (Wechsler testleri ve MMPI'dan Bölüm 5'de bahsedilmiştir.)

HRB hastaların performanslarının dört farklı yönünü değerlendirir. Öncelikle, hastanın performansının normatif gruplarla karşılaştırılması sureti ile *performans düzeyi* değerlendirilir; hastanın performansının klinik açıdan kusurlu aralığa düştüğü testlerin sayısına dayanarak bir bozulma endeksi hesaplanır. İkinci olarak, *performans örüntüleri* analiz edilir. Örüntü analizi bir testin farklı bileşenlerindeki performans değişimlerini inceler; en yaygın örneği Wechsler Zekâ Ölçeği'ndeki sözel ve performans puanlarının karşılaştırılmasıdır. Üçüncü olarak, *sağ-taraf performansının sol taraf performansı ile karşılaştırılmasına* ve büyük farklar gözlendiği takdirde hemisferik işlevsellik hakkında çıkarımlarda bulunma-

ya önem verilir. Dördüncü olarak da, *patonomik işaretler,* yani hastalığa özgü belirtiler belirlenir. Bunlar varlıkları neredeyse her zaman bir tanıyı oluşturacak düzeyde güçlü ve özellikle bir bozukluğun göstergesi olan kusurlardır.

HRB'nin beyin hasarı olan hastaları beyin hasarı olmayan sağlıklı kişilerden ayırt etmede iyi düzeyde geçerliğe sahip olduğu gösterilmiştir (Loring ve Larrabee, 2006). Beyin hasarının lateralizasyonu ve lokalizasyonu (Reitan, 1964) açısından geçerliğinin de iyi olduğu bulunmuştur. Ancak beyin hasarını şizofreni gibi ağır psikolojik bozukluklardan ayırt etme konusunda çok da yeterli değildir (Jones ve Butters, 1983).

Bir başka test kümesi olan Luria-Nebraska bataryasının, beyin hasarı olan hastaları şizofrenisi olan hastalardan ayırt edebildiğine dair güçlü iddialarda bulunulmuştur, ancak bu batarya, oluşturulma sürecindeki hatalar, uygunsuz veri analizleri, yetersiz standardizasyon ve Luria'nın orijinal yöntemlerinin bir bataryada yer alan maddelere basitçe indirgenmiş ve çarpıtılmış olması sebebi ile ağır eleştiriler almıştır.

TABLO 13.2

Halstead-Reitan Nörolojik Test Bataryası

Testin Adı	Testin Ölçtüğü Özellik
Kategori Testi	zihinsel etkinlik, deneyimden kural çıkarma becerisi ve soyut kavramlar oluşturma becerisi
Dokunsal Performans Testi	motor hız, dokunma ve hareket algısı ve rastlantısal bellek gibi beceriler
Seashore Ritim Testi	sözel olmayan işitsel algı, dikkat ve konsantrasyon
Konuşma-Sesleri Algı Testi	dil işleme, sözel işitsel algı, dikkat ve konsantrasyon
Parmak Salınım ya da Parmakla Dokunma Testi	motor hız
İz Sürme Testi	hız, görsel tarama, farklı kümeleri kullanma becerisi, yönetici olmayan işlevler
Dinamometre (Kuvvet Ölçer)	fiziksel güce dair sağ ile sol-taraf karşılaştırması
ya da Kavrama Gücü Testi	
Duyusal Algısal Sınav	hastanın duyusal bilgiyi ayrı ayrı ve kullanılan uyarımların lokasyonunda yapılan standart değişimlerle beraber algılayıp algılayamadığı
Dokunsal Algı Testi	dokunsal algı
Afazi Tarama Testi	dil kullanımı ve dili tanımanın çeşitli yönleri

Nöropsikolojik Test Etmede Bireyselleştirilmiş Yaklaşımlar

En kapsamlı ve en iyi tanımlanmış bireyselleştirilmiş yaklaşımlardan biri de Oregan Sağlık Bilimleri Universitesi ile Portland-Oregon'daki Gazi Bakım Evi Hastanesi'nde psikolog olarak görev yapmış olan Muriel D. Lezak'ınkidir. Lezak'ın yaklaşımı (Lezak, Howieson ve Loring, 2004) tüm hastalara işitsel ve görsel reseptif modalitelerin yanı sıra sözlü, yazılı, şekilsel ve kurgulama tepki modalitelerindeki temel işlevleri değerlendiren birkaç standart test vermeyi içerir. Tamamlanması 2 ila 3 saat süren bu başlangıç bataryasının ardından Lezak hangi becerilerin daha fazla zarar gördüğünü gösteren verilere dayanarak, değerlendirmenin odağını bir işlev kümesinden diğerine kaydırmak sureti ile "hipotez testi" aşamasına geçer.

Her bir hastanın ihtiyacına özgü uyarlandığı ve geniş kapsamlı karşılaştırmalara olanak tanıyacak yeterli sayıda vakaya tam olarak aynı şekilde verilmediği için bireyselleştirilmiş yaklaşımların geçerliğini sınamak oldukça güçtür. Ayrıca bu yaklaşımlar bataryalardan ziyade bataryayı uygulayanların becerilerine bağlı olduğundan, testin geçerliğini değerlendiricinin klinik sezgisinden ayrıştırmak zorlaşmaktadır. Belki de bu sebeplerden, kişinin nöropsikolojik durumu hakkında tanıklık gerektiren davalarda yargısal ön koşullardan biri de yalnızca test batarya yaklaşımının kullanılmasıdır (Bigler, 2007).

Tüm kısıtlılıklarına rağmen, bireyselleştirilmiş yaklaşımlar iyi düzeyde yapı geçerliği sunmakta ve hasta birey için olabilecek en özel değerlendirme yollarından biri gibi görünmektedir. Aynı zamanda bireyselleştirilmiş yaklaşımlar tipik bir nöropsikolojik bataryaya kıyasla belli bir testin kullanımında genellikle daha iyi bir kuramsal gerekçelendirmeyi yansıtmaktadır. Bu farklılık Bölüm 5'te de belirtmiş olduğumuz görgül ve analitik yaklaşımlar arasındaki ayrıma yönelik başka bir örnektir.

Bu Kısmın Özeti: Klinik nöropsikologlar danışanların işlevselliğini kapsamlı biçimde değerlendirebilmek amacı ile batarya adı verilen test kombinasyonlarını kullanırlar. En iyi bilinen bataryalardan biri de 10 temel testten oluşan Halstead-Reitan Bataryasıdır. Batarya yaklaşımına alternatif olan bireyselleştirilmiş yaklaşımlar ise başlangıç aşamasında klinisyenin daha küçük bir grup testi uygulamasını ve ardından değerlendirmeye ekleyeceği testleri hastanın performansına göre seçmesini içerir.

PSİKOPATOLOJİDE NÖROPSİKOLOJİK YAKLAŞIMLAR

Bu Kısma Bakış: Nöropsikologlar depresyon, şizofreni, öğrenme bozuklukları ve diğer psikolojik bozukluk tanısı almış olan kişilerin beyin işlevlerini araştırırlar.

Nöropsikoloji alanındaki araştırmalar depresyon ve şizofreniyi de kapsayan psikolojik bozuklukların anlaşılmasına katkı sunmuştur. Bu alandaki çalışmalar aynı

zamanda bazı çocukluk çağı problemlerine, özellikle de öğrenme bozukluklarına dair bilgi dağarcığını genişletmiştir.

Depresyon

Guido Gainotti'nin (1972) lokalize beyin hasarının duygusal etkiler oluşturabileceğini sistematik bir tarzda belgelendirmesinden bu yana nöropsikologlar depresyonla ilgilenmişlerdir. Örneğin, sağ beyinde hasarı olan bireyler bozukluklarına ve hastane yatışlarına sıklıkla neşeli, uygunsuz ve ilgisiz tepkiler verirler. Bu "öforik" ya da "kayıtsız" tepkilere çoğunlukla anosognozi (kusurların farkında olmama) eşlik eder. Sol beyin hasarı olanlar ise, aksine, çoğu zaman ağlamaklı hâl, ümitsizlik ve diğer depresyon belirtileri ile karakterize bir "felaketleştirme" tepkisi gösterirler. İzleyen çalışmalar beynin sol bölümünde hasar yaşayan hastaların üçte bir ila üçte ikisinin hasar sonrası depresyon geliştirdiklerini doğrulamaktadır (Starkstein ve Robinson, 1988). Bu çalışmalar aynı zamanda lezyon beynin ön bölümüne yaklaştıkça depresyon olasılığının da arttığını ortaya koymaktadır. Lezyon sol hemisferin frontal kutbuna ne kadar yakınsa, depresyon da o denli şiddetlidir.

Bu tepkiler kısmen de olsa beyin işlevlerine ait belli bölgelerin kaybının doğrudan etkilerinden kaynaklanmaktadır. Ancak hasar sebebi ile kişilerin altüst olmalarından kaynaklanabileceğini de düşünenler bulunmaktadır. Bu şekilde bir düşüncenin nedenlerinden biri depresyon düzeyinin hasar sonucu oluşan engelliliğin şiddeti ile ilişki göstermemesidir (örn., Folstein, Maiberger ve McHugh, 1977). Oysa, sol ve sağ hemisferdeki beyin aktivitelerinin EEG, PET ve fMRI ölçümleri asimetri bulgularını doğrulamıştır (örn., Herrington ve diğ., 2005). Klinik depresyonu olan kişilerin sol hemisferi sağdan daha az aktiftir; benzer şekilde klinik depresyonu olmayan kişiler kendilerini üzgün hissediyorlarsa, sol hemisfer aktiviteleri sağ hemisferden daha düşüktür. Beyin aktivitesindeki bu farklılıkların beynin frontal bölgesinde belirginleşmesi bu bölgelerin bu türden duygusal etkilerdeki önemini onaylamaktadır.

Taşistoskopik çalışmalarda, görsel uyaranlar iki hemisfere de yansıtıldığında, her iki hemisfer de tıpatıp aynı imgeleri gördüğü halde, sol hemisferin gösterilen resimleri çoğunlukla sağ hemisferden daha olumlu değerlendirdiğini ortaya koymaktadır (Heller, 1990). Bu bulgular sağlıklı beyinlerde nesneler karşısında olumlu bir bakış açısının sürdürülmesinde sol hemisferdeki bölgelerin rolü olduğunu düşündürmektedir. Öyle görünmektedir ki sol taraftaki alanların aktivitesini sağ hemisferdeki alanlara nazaran azaltan lezyon ya da diğer durumlar olumsuz duygu durumları ile sonuçlanmaktadır.

Diğer çalışmalar ise depresyonun sağ posteryor aktivite düzeyinde düşmelerle ilişkili olduğunu bulmuştur (Heller ve Nitschke,1997). Depresyonu olan kişiler beynin paryetal-temporal bölgelerinde hasarı olan hastalardakine ben-

zer bilişsel bozulmalar gösterir. Bu kişiler görsel-uzaysal bilginin işlenmesinde zorluk çekerler ve sağ beyin hasarı olan hastalardakine benzer bir dizi dikkat problemi yaşarlar. Bu etkiler beynin frontal ve posteryor bölgelerinin karşılıklı ilişkilerinden kaynaklanabilir. Frontal bölgeler posteryor bölgelerdeki aktivasyonu ketlediği için, sola kıyasla sağ frontal bölgedeki görece daha yüksek düzeyde bir aktivasyon sağ posteryor bölgelerde aşırı ketlenme yaratabilir.

Bu nöropsikolojik bulguların yalnızca depresyona yönelik anlayışımız üzerinde değil, aynı zamanda beyin hasarı sonrası depresyonun tanılanması ve tedavisinde de önemli etkileri vardır (Mukherjee, Levin ve Heller, 2006). Örneğin, beyin hasarı olan bir hastanın, dili kavrama ya da ifade etmede bozulmalar ile ilgili problemlerinin yanı sıra depresyonda olabileceği olasılığını da dikkate almak önemlidir. Buna bağlı olarak, nöropsikologlar bireylere ve aile üyelerine çoğunlukla ilgili kişinin iyi uyuyup uyumadığını, düzenli beslenip beslenmediğini ve beklendiği şekilde iyileşme gösterip göstermediğini sorarlar. Eğer bu alanlarda sorunlar varsa, altta yatan bir depresyonun varlığı düşünülebilir ve bu depresyon antidepresan ilaç ve/veya psikoterapi ile tedaviyi gerektirebilir. Depresyonu olup da görünür bir beyin hasarı bulunmayan bazı kişiler de nöropsikolojik değerlendirme ölçümlerinde bozulmalar gösterebilirler. Başarılı bir depresyon tedavisinin ardından bu bozulmalar genellikle azalır.

Şizofreni

Nöropsikologlar şizofrenisi olan kişilerin beyin işlevlerini inceleme konusu ile yoğun olarak ilgilenmişlerdir. Çoğunda taşistoskopik yöntemlerin kullanıldığı ilk çalışmalar şizofreninin beynin sol hemisferinin aşırı aktivasyonu ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür (Gur, 1978). Günümüz çalışmaları da sol hemisferi işaret etmekle birlikte, şu an durum çok daha karmaşıktır.

Şizofrenlerin prefrontal korteksinde hem yapısal (Sapara ve diğ., 2007) hem de işlevsel (Harrison ve diğ., 2006) anomaliler olduğu gösterilmiştir. Bölgesel serebral kan akışını ve glükoz metabolizmasını ölçen çalışmalar, şizofrenisi olanların sol prefrontal bölgelerinin Wisconsin Kart Eşleme Testi gibi değerlendirmelerdeki performans sırasında aktive edilmediği için anormallik gösterdiğini iddia etmektedir. Bu kişilerin aynı hemisferlerinin subkortikal (korteks altı) bölgeleri ise, aksine, kontrollere kıyasla aşırı hareketlilik göstermiştir (Rubin ve diğ., 1991). Pek çok araştırmacı nöropsikolojik ve beyin görüntüleme çalışmalarının bulgularının şizofrenideki beyin işlevlerinin temel özelliği olarak prefrontal bölgelerde, özellikle de sol hemisferde işlev bozukluklarına işaret ettiğine inanmaktadırlar (Andreasen ve diğ., 1986; Antonova, Sharma, Morris ve Kumari, 2004; Buschbaum ve diğ., 1992; Carter ve diğ., 1998; Rubin ve diğ., 1991).

Bu sonuçlar şizofreninin belirtilerini dikkate alan bazı gözlemlerle de uyumludur. Şizofrenisi olan bireylerin çoğu normal işlevsellikte azalma, "düz" duygu-

lanım, inisiyatif eksikliği, enerjisizlik, sosyal ilişki yoksunluğu ve spontanite kaybı ile belirgin *negatif belirtiler* ortaya koyar. Bu kayıpların aynısı prefrontal bölgelerinde yapısal lezyonları olan bazı hastalarda da görülmektedir. Şizofreni vakaları aynı zamanda doğrusal olmayan muhakeme, sanrılar, varsanılar, çalışma belleğinde engellenme, neolojizmler (anlamı olmayan yeni kelimeler), kafiyeli konuşma ve diğer tuhaf dilsel ifadeleri de kapsayan ve ruhsal hayatlarında öte problemlere yol açan *pozitif belirtiler* gösterir. Bu problemler ilginç bir şekilde sol hemisferin özelleşmiş bölgelerinde meydana gelen herhangi bir hasar sonrasında da gözlenmektedir.

Sağ hemisfer, şizofrenlerde de bozulmuş olan duygusal ve sosyal işlevler ile ilişkili olduğu için, bazı araştırmalar sağ hemisferdeki bozulmaların da işin içinde olabileceğini akla getirmektedir (Mitchell ve Crow, 2005). Diğer araştırmalar ise frontal ve temporal ve belki de diğer beyin bölgeleri arasındaki bağlantı bozukluklarının şizofreni hastalarında görülen patoloji ile ilişkili olma olasılığını düşündürmektedir (Brambilla ve diğ., 2005; Meyer-Lindenberg ve diğ., 2001). Ancak maalesef şizofreniye dair tam ve bütüncül bir nöropsikolojik açıklama hâlâ mevcut değildir.

Öğrenme Güçlükleri

Nöropsikologların bilişsel becerilere olan ilgileri düşünüldüğünde, pek çoğunun araştırma, değerlendirme ve müdahale çabalarını öğrenme güçlüklerine yoğunlaştırmaları hiç de şaşırtıcı değildir. Çalışmaların çoğu davranışsal, çevresel ve sosyal faktörlerin bu bozukluklar üzerindeki etkilerine odaklanmış olsa da, bu sırada dikkat çekici biyolojik bağların da varlığını keşfetmişlerdir. Örneğin, birkaç nöropsikolojik çalışmada gelişimsel disleksinin (okuma becerisinde bozulmalar) genellikle sol hemisferdeki işlev bozukluğu ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Shaywitz ve Shaywitz, 2005). Beyin görüntüleme çalışmaları da çocuklarda okuma becerilerindeki normal-dislektik aralığındaki değişimlerin sol hemisfer sinir hücre yollarındaki değişimlerle ilişkili olduğunu göstermektedir (Niogi ve McCandliss, 2006).

Disleksisi olduğu bilinen kişilerin ölüm sonrası incelemelerinden elde edilen bulgular da bu kişilerin sol hemisferlerinin disleksisi olmayanlardan farklılık gösterdiğini ortaya çıkarmıştır. Araştırmacılar aynı zamanda beyin hücrelerinin yer değiştirmesi anlamına gelen *ektopi* kanıtlarına sol hemisferde rastlamışlardır. Bu hücreler, beynin erken gelişim evrelerinde bulunmaları gereken yerlere göç edecekleri yerde "kaybolmuş" gibidirler. Bazı araştırmacılar ise bu durumun gelişimsel gecikmelere ve sol hemisfer işlevselliğinde bozulmalara neden olabileceğini öne sürmektedirler.

Pediyatrik klinik nöropsikologlar tarafından yürütülen değerlendirmeler sıklıkla sol hemisfer işlevselliğindeki özgül zorlukların aydınlatılmasına yardım-

cı olur ve telafi stratejilerinin tasarlanmasına katkı sunar. Gerçekten de okul ile ilişkili dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu da dahil dikkat zorlukları, bellek ve dil sorunları ve sosyal ve duygusal (depresyon ve kaygı gibi) problemleri olan çocuklar çoğunlukla pediyatrik klinik nöropsikologlara yönlendirilmektedir. Klinisyen genellikle kapsamlı bir değerlendirme yaptıktan sonra çocuğa en iyi nasıl yardımcı olunabileceği konusunda öğretmen ve ebeveynlerle iletişime geçer.

Sözel Olmayan Öğrenme Güçlükleri

Farklı türde bir öğrenme güçlüğü ise görsel-uzaysal ve görsel motor becerilerle birlikte sağ hemisfere bağlı diğer becerilerde de bozulmaları içerir. *Sözel olmayan öğrenme güçlüğü* olarak isimlendirilen bu sendrom ilk defa 1970'lerin ortalarında tanımlanmış olmasına rağmen (Myklebust, 1975), nöropsikolojik çalışmalar ancak yakın zamanda bu bozukluğun aydınlatılmasına yardımcı olmuş ve bozukluğun önemi öğretmenlere ve sağlık profesyonellerine aktarılmaya başlanmıştır (McDonald, 2002). Sözel olmayan öğrenme güçlüğüne sahip olan çocuklar sıklıkla konuşkan oldukları ve yüksek düzeyde sözel zekâ gösterdikleri için uzun zaman profesyonellerin dikkatinden kaçmıştır. Bu sebeple, sözel olmayan alanda olduklarından daha yüksek becerileri varmış izlenimi birakmaktadırlar. Sözel olmayan öğrenme güçlüğü olan çocuklar sözel olmayan görevlerde diğer çocuklara ayak uydurmakta zorluk çekerler. Ayakkabı bağcığını bağlama, giyinme, yemek yeme ve zamanlarını ve çevrelerini düzenleme gibi becerileri öğrenmede yavaştırlar. Bu güçlükler aynı zamanda ince beceriler de olduğundan bu çocuklar öğrenme güçlüğünden ziyade duygusal ya da davranışsal problemleri olduğu şeklinde etiketlenebilirler. Eğer söz konusu çocuklara "kötü", "işbirliğine kapalı" ya da "problemli" muamelesi yapılırsa ne yazık ki buna göre davranmaya başlayabilirler. Bu sebeple, sözel olmayan öğrenme güçlüklerinin erken tanılanması hayati önem taşımaktadır.

Sözel olmayan öğrenme güçlükleri, erken çocukluk döneminde normal gelişimi ciddi düzeyde engelleyen sağ hemisfer kusurlarından kaynaklanabilir (Rourke, 1989). Bu zorluklar çocuğu çevreyi keşfetmekten, eylemlerinin sonuçlarını öğrenmekten, güdümlü görsel-motor beceriler için önemli olan deneyimi kazanmaktan alıkoyabilir. Aynı zamanda bebek ve bakımvereni arasındaki sözel olmayan becerilere dayanan bağlanma sürecine de zarar verebilir. Anne-bebek ilişkisi yürüme aşamasındaki bağlanmanın niteliğini yordadığı ve bağlanma niteliği de erken ve orta çocukluk dönemindeki sosyal uyumu yordadığı için, sağ beyin işlevselliğindeki problemler yalnızca erken dönem motor ve bilişsel zorluklara yol açmakla kalmaz, aynı zamanda sosyal ilişkilerde çocukları yaşamlarının ilerleyen aşamalarında duygusal güçlükler yaşama riski altında bırakabilecek düzeyde anormalliklere neden olabilir.

Bu çocuklarda görülen sosyal gelişim bozukluklarının bir kısmı, bu çocukların sosyal ortamlarda sözel olmayan bilgi işlemeye dair yoğun talepleri karşılama becerilerindeki yetersizlikle ilişkili olabilir. Diğer çocukların yüz ifadelerinden, ses tonlarından, fiziksel aktivitelerinden gelen bilgileri bütünleştirme gibi görevler sebebi ile bunaldıklarından en basit görevleri bile takip etmede başarısız olurlar. Zamanla deneyim ve diğer çocuklarla etkileşim eksikliği sebebi ile dışlanmış, yalnız ve depresif hissedebilirler. Sözel olmayan öğrenme güçlüğünün şizofreni gelişimi açısından bir risk faktörü olabileceği dahi iddia edilmiştir.

Sözel olmayan öğrenme güçlüklerinin olası varlığını değerlendirebilmek için pediyatrik klinik nöropsikologlar ilk olarak Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği'nden elde edilen Sözel ve Performans ZB'leri arasında farklılıklar olup olmadığını araştırırlar. Çoğunlukla Sözel ZB ortalama düzeyde ya da ortalamanın biraz üstünde çıkar. Performans ZB'ü ise Sözel ZB'den anlamlı derecede daha düşük seyreder. Görsel-uzaysal/görsel-motor beceriler ile sözel becerileri karşılaştıran testlerde de aynı örüntü gözlenirse, büyük olasılıkla sözel olmayan öğrenme güçlüğü tanısı konur. Her zaman olmasa da çoğunlukla sağ hemisfer görevlerindeki zayıf performans örüntüsüne Halstead-Reitan Bataryası tarafından öngörülen bozulmuş sağ hemisfer performans sinyalleri de eşlik eder.

Diğer öğrenme güçlüklerinde de olduğu gibi, pediyatrik klinik nöropsikologlar sözel öğrenme güçlüğü olan çocuklara yönelik telafi programları düzenlemek üzere çalışırlar. Ebeveynleri ve öğretmenleri bu çocukların sözel becerilerinden, sözel olmayan alanlardaki anlayış eksikliklerini telafi etmeye yardımcı olacak şekilde faydalanmaları için cesaretlendirirler. Ayrıca bu çocuklarla öğrenme bozukluğu uzmanı ya da bir özel öğretmen eşliğinde bireysel olarak ilgilenilmesini tavsiye ederler; bu destek olmaksızın, okulun talepleri zamanla artacağı için, tıpkı sözel öğrenme problemi yaşayan çocuklarda olduğu gibi, akademik başarı açısından sınıf arkadaşlarının gerisine düşebilirler. Bu çocuklardaki bozulmuş sosyal beceriler çoğunlukla sosyal beceri çalışma gruplarında, bireysel terapide ya da yapılandırılmış arkadaş etkileşimlerini başlatmakla veya okul sonrası programlara katılmakla ele alınabilir.

Bu Kısmın Özeti: Depresyon sol frontal ve sağ posteryor beyin bölgelerindeki anormal aktivite düzeyleri ile ilişkili görünmektedir. Şizofreni ise prefrontal korteks ve sağ hemisfer bölgelerindeki yapısal ve işlevsel anormalliklerle bağlantılı gözükmektedir. Sağ hemisfer yapı ve işlevi bazı öğrenme bozukluklarında rol oynar görünümdedir. Bu türden bulgular yalnızca bu bozukluklarla tanılandırılan kişileri daha iyi anlamamıza yardımcı olmaları açısından değil, aynı zamanda klinik nöropsikologları bu bölgelerde hasarı olan kişilerin başka bozukluk geliştirme risklerinin de yüksek olduğu konusunda uyarmak açısından önemlidir.

KLİNİK NÖROPSİKOLOJİNİN BUGÜNKÜ DURUMU

Klinik nöropsikoloji alanı 20. Yüzyılın ortalarından itibaren inanılmaz derecede gelişmiştir. 1960'ların sonlarında *Uluslararası Nöropsikoloji Topluluğu* kurulmuştur; 1970'lerde klinik nöropsikoloji ayrı bir mesleki uzmanlık alanı olarak ortaya çıkmaya başlamıştır ve 1980'lerde Amerikan Psikologlar Derneği (APA) bünyesinde *Klinik Nöropsikoloji Birimi* (Birim 40) oluşturulmuştur. Birim 40 halihazırda APA'da yer alan en geniş birimlerdendir. 1996'da ise APA klinik nöropsikolojiyi tıpkı klinik, danışmanlık ya da sağlık psikolojisi gibi ayrı bir uzmanlık olarak kabul etmiştir.

Eylül 1997'de bir grup uzman ve eğitimci Texas-Houston'da toplanarak klinik nöropsikologların eğitimlerine dair bir kılavuz geliştirmişlerdir. Bu kılavuzda temel bilgi zemini ve beceriler belirtilmiştir. Temel bilgi zemininde (a) genel psikoloji (istatistik ve yöntem, öğrenme, biliş ve algı, sosyal psikoloji, davranışın biyolojik temelleri, yaşam boyu gelişim, tarih ve bireylerarası farklılıkları içerir), (b) genel klinik psikoloji (psikopatoloji, psikometrik kuram, mülakat yapma, değerlendirme, müdahale ve etik), (c) beyin-davranış ilişkisine dair araştırmaların temelleri (nöroanatomi, nörolojik ve ilişkili bozukluklar ve etiyolojileri, patoloji, seyir ve tedavi, merkezi sinir sistemi işlevlerini etkileyen nörolojik olmayan durumlar, nörogörüntüleme ve diğer nörotanılama sistemleri, davranışın nörokimyası, davranışın nöropsikolojisi) ve (d) klinik nöropsikoloji uygulamalarının temelleri (özelleşmiş değerlendirme, müdahale, araştırma desenleri ve analizleri, nöropsikolojik durumların etik ve uygulamadaki doğurguları) yer alır. Temel beceriler arasında ise (a) değerlendirme, (b) tedavi ve müdahale, (c) konsültasyon, (d) araştırma ve (e) öğretim ve süpervizyon bulunmaktadır. Bireyler bu beceri ve yetkinlikleri lisansüstü derece veren okullarda, staj sırasında ve doktora sonrası ihtisasta kazanırlar. Uygun eğitimi alan ve klinik nöropsikoloji uygulamalarında yeterli deneyimi bulunan bireyler klinik nöropsikoloji alanında yetki belgesi almak üzere uzmanlık statüsü sınavına başvurabilirler.

Houston Konferans Kılavuzu klinik nöropsikoloji alanı içinde uzmanlaşmaların da ileride daha yaygın hale geleceğini düşündürmektedir. Örneğin, nöropsikolojik araştırma ve uygulamalardaki en belirgin eğilimlerden biri işlevsel manyetik rezonans görüntüleme tekniğinin (functional magnetic resonance imaging-fMRI) ve diğer ileri teknoloji beyin tarama tekniklerinin kullanımında gözlenen ani artıştır. Bu türden teknikler büyük olasılıkla geliştirilmeye ve iyileştirilmeye devam edecek ve bu sayede araştırmacı ve klinisyenlerin bunlara erişimi daha kolay olacaktır. fMRI ve diğer beyin işlev ölçüm araçlarına duyulan ilgideki bu artışa iyi nöropsikologlara duyulan ihtiyaçta da artma eşlik etmektedir (Matarazzo, 1992). Unutulmamalıdır ki, ilgi duyulan beyin bölgesinin aktivasyonu izlenmek isteniyorsa, ilgili beyin bölgesindeki bilgi işlemeyi uyaran görevleri test etmeye yarayan araçların da geliştirilmesi zorunludur (Miller ve diğ., 2007).

Nöropsikologlar, nörobilimcilerin görsel yöntemler aracılığı ile beyin işlevlerine dair keşiflerini zenginleştirme ihtiyaçlarını karşılayacak testleri geliştirme ve kullanma açısından mükemmel bir pozisyona sahiptirler.

Değerlendirme ve tanısal faaliyetleri sürdürmenin yanı sıra, nöropsikologlar hasta bireylere yardım amaçlı etkin müdahaleler tasarlama sürecinin giderek daha fazla içinde yer almaya başlamaktadırlar (Ponds ve Hendriks, 2006; Winocur ve diğ., 2007). Bu nöropsikologların pek çoğu rehabilitasyon ortamlarında çalışmaktadır. Bu tür ortamlarda hastalar ve hasta ailelerine yönelik uygun hizmetleri tasarlama ve uygulama çabaları sırasında hem beyin hasarının bilişsel, sosyal ve duygusal sonuçlarını hem de bu hasarla yaşayan kişilerin uzun vadeli ihtiyaçlarını dikkate alırlar. Özetle, nörpsikologların hastalara bütüncül ve kapsamlı tanısal, değerlendirme ve müdahale planları sağlama konusundaki katkıları devam edecektir.

BÖLÜM ÖZETİ

Nöropsikoloji alanı beyin süreçleri ve insan davranışı ve bilişsel ve motor beceriler, duygusal karakteristikler, kişilik özellikleri ve ruhsal bozuklukları da içeren psikolojik işlevsellik arasındaki ilişkileri tanımlamayı hedefler. Klinik nöropsikologlar nöropsikolojik araştırmaların sonuçlarını beyin travması ya da beyin hasarı olan ya da beyinde bozulmalarla ilişkili başka problemler yaşayan çocuk ya da yetişkinlerle yürüttükleri çalışmalarda uygular. Nöropsikoloji 1940'ların sonuna kadar bilimsel bir alan olarak tanımlanmamış ve klinik nöropsikoloji de 1970'lere kadar ayrı bir mesleki uzmanlık alanı olarak ortaya çıkmamıştır.

Beyin-davranış ilişkisinin altında yatan en önemli örgütsel ilkelerden biri beynin farklı bölümlerinin farklı beceri ve duyularla ilgili olduğuna işaret eden işlevlerin lokalizasyonudur. Davranış üzerinde önemli doğurguları olan işlevlerin lateralizasyonu ise beynin organizasyonunun hayati özelliklerinden bir diğeridir. Sağ elini kullanan pek çok kişide sol hemisfer özellikle konuşma dilinin anlaşılması ve üretilmesi ile ilgili becerileri de kapsayan konuşma ve diğer dil işleme süreçlerinde özelleşmiştir. Sağ hemisfer ise sosyal iletişimde rol oynayan karmaşık sinyallerin de dahil olduğu uzaysal ve diğer sözel olmayan bilginin analizi konusunda özelleşmiştir.

Klinik nöropsikologlar hastaların bilişsel, duygusal ve davranışsal kusurlarını değerlendirebilmek ve bu kusurları beyin işlevselliğindeki özgül bozulmalarla ilişkilendirebilmek için çok çeşitli araçlar ve iki temel yaklaşımdan birini kullanırlar. Batarya yaklaşımında tüm hastalara standardize bir test kümesi verilirken, bireyselleştirilmiş yaklaşımda ise test kümeleri her bir hastanın karakteristiklerine dayanarak seçilir. En yaygın kullanılan değerlendirme bataryası Halstead-Reitan Nöropsikolojik Test Bataryasıdır. Bu batarya 10 özgül testten oluşur ve bataryaya genellikle MMPI ve bir ZB testi de eklenir. Seçkin bireyselleştirilmiş yaklaşımlardan biri ise Muriel D. Lezak tarafından geliştirilmiştir.

Günümüzde nöropsikoloji araştırmaları depresyon, şizofreni ve sözel ve sözel olmayan öğrenme güçlüklerini de kapsayan psikolojik bozuklukları klinisyenlerin daha iyi anlamalarına yardımcı olmaktadır.

APA'nın Klinik Nöropsikoloji Birimi bir klinik nöropsikolog olabilmek için gerekli olan eğitim ve öğretim deneyimlerini tanımlamış ve bu uzmanlık alanında yetkinliği göstermek amacı ile kriterler oluşturmuştur.

ÇALIŞMA SORULARI

1. 1800'lü yıllarda süregiden işlevlerin lokalizasyonuna karşılık eş potansiyellik tartışmalarının karara bağlanmasına ne tür kanıtlar yardımcı olmuştur?
2. Klinik nöropsikolojinin ilk değerlendirme teknikleri nelerdir?
3. Bölünmüş beyin hastaları ve araştırmaları beyindeki işlevlerin lateralizasyonu hakkında ne tür bulgular ortaya koymuştur?
4. Beyindeki modüllerin işleyişleri hem lokalizasyon hem de globalizmi nasıl kanıtlar?
5. Hangi işlevler beynin daha çok sağ tarafına, hangileri de sol tarafına bağlı görünmektedir?
6. Klinik nöropsikologların gördüğü bazı nörolojik işlev bozukluklarının isimleri ve belirtileri nelerdir?
7. Hangi nörolojik işlev bozuklukları korteksin her iki lobunda da meydana gelen hasar ile ilişkili olabilir?
8. Halstead-Reitan Bataryası nedir?
9. Nöropsikolojik değerlendirmede bireyselleştirilmiş yaklaşım nedir?
10. Depresyonda hangi nörolojik bölgeler rol oynuyor görünmektedir?
11. Şizofrenide hangi nörolojik bölgeler rol oynuyor görünmektedir?
12. Klinik nöropsikolojiyi hangi mesleki örgütler desteklemektedir?
13. Klinik nöropsikoloji ne şekilde gelişme göstermeye devam edebilir?

WEB SİTELERİ

- Uluslararası Nöroloji Topluluğu: http://www.the-ins.org
- APA Klinik Nöropsikoloji Birimi-Birim 40: http://www.apa.org/about/division/div40.html
- Amerikan Klinik Nöropsikoloji Akademisi -AACN: http://www.theaacn.org
- Amerikan Klinik Nöropsikoloji Kurulu: http://www.theabcn.org

BÖLÜM 14

Çeviren:
Çev. Doç. Dr.
Emre Şenol-Durak

Adli Psikoloji

Bölüme Bakış: Bu bölümde hukuk sistemi ve yasal karar verme süreci ve yasal sürece klinik psikologların yaptığı sayısız katkıdan bahsedilecektir. Adli psikologlar bir sanığın bir suç işlediği ya da kişileri belirli şekilde tehdit ettiği zaman akıl hastası olup olmadığı ve sanığın yargılanmak için cezai ehliyetinin olup olmadığı hakkında kararlara katkıda bulunur. Klinisyenler de bu tür stresin rolü veya psikolojik zararın boyutları hakkında tespitler yaptığı durumlarda hukuk davalarına dahil olur. Bu tür suç profili ve psikolojik otopsi gibi etkinlikler nadir olmakla birlikte, çocukların velayeti ve boşanma davalarında değerlendirme gibi diğer faaliyetler adli klinik psikologlar için çok yaygındır.

1994 yılında yayınlanan bu kitabın dördüncü baskısı, hukuki sorunlar ve süreçlerdeki bilgiyi ve psikolojideki ilkeleri ve bilgiyi uygulayan adli psikolojinin klinik psikologlar için bir "büyüme alanı" olacağını öngörmüştü. Bizim öngörümüz doğruydu. Hukuk sistemine çeşitli şekillerde katkıda bulunmaları için psikologların talep edilmesi adli psikolojiyi klinik psikologlar için temel bir profesyonel uğraş ve bir odak noktası haline getirmiştir. Bu büyümenin sayısız işareti vardır. Örneğin, Amerikan Psikoloji-Hukuk Topluluğu'nun (Amerikan Psikoloji Birliği 41. Bölümü) hemen hemen 2.000 üyelik bir listesi vardır ve kendi dergilerini yayınlar. Bunlardan bazıları; "Hukuk ve İnsan Davranışı", bir bülten olan "Amerikan Psikoloji-Hukuk Bülteni" ve bir kitap serisi içinde "Hukuk ve Psikoloji'de Yaklaşımlar"dır. 1995 yılında, APA'nın kendisi, psikoloji ve hukuka adanmış başka bir dergi olan "Kamu Politikası ve Hukuk ve Psikoloji" yayınını yaptı. Yasal sorunlara ayrılmış diğer birkaç dergi vardır: "Davranış Bilimleri ve Kanun", "Kanun ve Psikolojik İnceleme", "Adli Nöropsikoloji Dergisi", "Adli Psikoloji Uygulama Dergisi" ve "Psikiyatri, Psikoloji ve Hukuk Dergisi". Alanın popülerliğinin kanıtı yüksek lisans hatta lisans mezunu sayısının giderek artması ve genel programlar içinde adli psikolojiye yoğunlaşmalardır. Belki alanın genişlemesinin en önemli göstergesi, 2001 yılında Amerikan Psikoloji Derneği'nin adli psikolojinin, klinik, danışmanlık, okul, çocuk, sağlık, nöropsikoloji'yi ve diğer uygulama alanlarını içeren uygulamalı psikolojide yer almasını onaylaması oldu.

ADLİ PSİKOLOJİNİN KAPSAMI

Bu Kısma Bakış: Adli psikologlar psikoloji bilgisini yasal bağlamda ve hukuki kararlarda çeşitli şekilde uygularlar. Bu kararların etkilerini araştırırlar.

Adli psikoloji (ve adli psikiyatri), ruh sağlığı uygulamalarını içerir bir şekilde, yasal süreç veya hukuk sistemine dahil olan bireylerin değerlendirilmesinde ve tedavisinde işlev gören bir uzmanlık alanıdır (Weiner ve Hess, 2006). Adli terimi Latincedeki 'forensis' olarak nitelendirilen Antik Roma mahkemelerinin yapıldığı "forum" kelimesinden gelir.

Adli alanda çalışan klinik psikologlar yasal konulara geniş bir yelpazede dahil olabilir. Bunlar şöyle sıralanabilir: a) bir bireyin yeterince akıl hastası olup olmadığının ve hastaneye gönülsüz olarak yatışını haklı çıkaracak kadar tehlikeli olup olmadığının değerlendirilmesinde; (b) bir suç ile itham edilen bir kişinin yargılandırılmasında zihinsel yeterliliğinin değerlendirilmesinde; (c) yasadışı eylemin failinin suçu işlediği sırada aklının başında olup olmadığı değerlendirildiğinde; (d) bir yaralanma veya travma sonucu olarak bireyin psikolojik zarar görüp görmediği ve bu zararın ne kadar ciddi olduğu değerlendirildiğinde. Adli psikologlar ayrıca velayet, vesayet ve irade kullanma kararlarıyla ilgili sorulara muhatap olabilir. Klinik psikologlar, hukuk ve ceza davalarında veya diğer yasal işlemlerde tanıklık sırasında görgül araştırmalar ve mesleki beceri ve tekniklerini kullanmak suretiyle görüşlerini sunarak belli durumlarda ortaya çıkan birçok soruya cevap verirler.

Bu bölümde, adli psikoloji uygulamalarının çeşitli alanlarını göstereceğiz: (a) yargılanma yeterliği ve cezai sorumluluk alma; (b) sanıkların tehlikelilik tahmini; (c) hukuk davalarında psikolojik hasarlar; (d) suçla ilgili olmayan alanlarda yeterlikler; (e) psikolojik otopsiler ve suç profili ve (f) çocukların velayeti ve ebeveyn uygunluğu.

Bizim tartışmamız, yukarıda sıralanan bu alanlardaki temel psikolojik sorulara uzman yanıt aramayı içerir ve bu alanlarda psikologların faaliyetleri ile ilgili görgül kanıtları ve yasal durumu özetler. Bu beş alanda bizim özetlediğimizin, sadece psikoloji ve hukuk arasındaki ilişkide süregidenlere ilişkin bir giriş olduğunu unutmayın. Klinik psikologların hukuk sisteminde çeşitli rolleri bulunmaktadır. Detaylı olarak kapsamak için çok alan olmamasına rağmen, kısaca bunları düşünelim.

Kolluk (Law Enforcement=Emniyet) psikolojisi, hukuk uygulayıcı kurumların faaliyetleri hakkında araştırmaları içerir ve bu kurumlara doğrudan klinik hizmet desteği vermektir (Super, 1999). Bu alanda çalışan bir klinisyen, psikolojik olarak uygun olmayan polis aday memurlarını dışarıda bırakmak için test eder (örneğin, Gaines ve Falkenberg, 1998), şiddetle karşılaştıklarında polis memurlarına krize müdahale önerir, detektiflere bazı tarz suçları işleyen insanların nasıl

insanlar oldukları hakkında ve suça tanık olanların suçla ilgili anıları hatırlamalarına danışmanlık verir (örneğin, Cassel, 2000; Adalet Ulusal Enstitüsü, 1999).

Dava (litigation) psikolojisi, hukuk veya ceza davalarında kullanılan çeşitli yasal prosedürlerin etkileriyle ilgilidir. Bu alanda çalışan klinisyenler, jüri seçimi konusunda avukatlara tavsiyelerde bulunabilir, jüri müzakeresi ve bu şahitlerin ifadelerini etkileyen faktörleri çalışır (Loftus, 2003) ve açılış cümleleri, tanıkların değerlendirilmesi ya da kapanış ifadelerinde davaları etkileyen belirli durumları analiz eder (Marcus, Lyons ve Guyton, 2000).

Islah edici (correctional) psikolojik hizmetler öncelikle mahkum edilmiş olan ve hapis cezalarını çeken suçlu bireylere psikolojik hizmetleri verir (Schwartz, 2003). Bu kapsamda çalışan klinik psikologlar cezaevleri, tutukevleri ya da çocuk ıslahevlerinde istihdam edilmektedir, ama aynı zamanda bir denetimli serbestlik ofisinde dışarıda da hizmet verir veya özel bir toplum-temelli ıslah programının bir parçası olabilir.

Psikoloji ve hukuk kesişiminde yeni araştırmalar sürekli olarak yayınlanır ve profesyonel psikolojik hizmetler yasal alanda sürekli genişler. Hukuk ve psikoloji ders kitaplarının yanı sıra daha önce bahsedilen dergilerde bu gelişmeleri gözden geçirebilirsiniz (örn., Cassel ve Bernstein, 2007; Monahan ve Walker, 2006; Weiner ve Hess, 2006; Wrightsman ve Fulero, 2005).

Bu Kısmın Özeti: Adli psikologlar araştırma ve pratikte geniş bir yelpazedeki çalışmalarda yer alırlar. Sanıkların iddiasına veya ruhsal problemlerin göründüğü durumlarda katkı yapar. Kolluk (emniyet), iyileştirme ve özellikle mahkemeler için değerlendirme ve tedavi hizmetleri sunar ve bu müdahalelerin etkilerinin yanı sıra yasal karar verme süreçlerinin diğer yönlerini inceler.

CEZAİ YETERLİLİK VE SORUMLULUK

Bu Kısma Bakış: *Yasalar davalılara kendi savunmalarını yapmakta yetkin olmasını koşulunu getirir. Ayrıca bir suçtan suçlu bulunmak için sanığın kendi davranışının yanlış olduğunu anlayabilmesi gerekir.* Bu koşullar psikolojik yargılar olduğundan, adli psikologlar tipik olarak cezai sorumlulukla ilgili kararlara katılır.

Hukuğun hiçbir alanında, bir suç işlenirken sanığın akıl sağlığından yoksun olup olmadığı sorusuna uzman tanıklığını içeren dramatik tartışmalar kadar önemli tartışmalar gösterilmemiştir. Akıl hastalığının kanıtlanması, akıl hastalığı nedeniyle suçlu bulunamayacağına ilişkin kanıtlar olması (NGRI, not guilty by reason of insanity) nedeniyle, bir sanığın beraatına neden olabilir. Alternatif olarak, davalının suçlu olduğu ama akıl hastalığına da sahip olduğu tespit edilebilir (GBMI; guity by mentally ill). Eğer davalı suçlu ama akıl hastasıysa, sanık başka tutuklular gibi mahkum edilir ama ruh sağlığı tedavisi hizmeti veren iyileştirme özellikli cezaevlerinde bu cezayı çekerek tedavi olması uygun görülür.

Toplumumuz bir ruhsal bozukluk sonucu, davranışlarının doğu ya da yanlışlığını bilemeyen ya da bunları kontrol edemeyen kişilerin cezalandırılmasının ahlâk dışı olduğuna inandığı için, mahkeme de sanığın akıl durumunun gözden geçirilmesine izin verir. Bu kapsamda, karar kesinleşmeden mahkemelerin sanıkların mahkemede savunma yapmaya yeterli olup olmadığını belirlemeleri gerekir.

Cezai Yeterlilik

1996 yılında, du Pont kimyasal servetinin 58 yaşındaki varisi John du Pont'un engin zenginliği Pennsylvania'daki mülkü olan bir eve kadar sürdü. Dünya çapında bir güreşçi olan David Schultz'a bu evde yaşaması için izin vermişti ve Du Pont ABD Olimpiyat güreş takımına ismini vermişti. Du Pont evin önünde bir arabada oturan Schultz'a yaklaştı ve bir 44 magnum tabancayla onu üç kurşunla öldürdü. Du Pont mahkemeye çıktığında birinci derece cinayetle suçlandı, avukatları da yargılanmak üzere zihinsel olarak yetkin olmadığını iddia etti. Bu görüş du Pont'u ve çok sayıdaki arkadaşları ile tanıdıklarını değerlendiren psikologlar tarafından desteklendi. Bu arkadaşlar, du Pont'un yakın zamandaki garip davranışlarını hatırladılar; tanıdıklarına bilardo toplarını kontrol etmesini istediğini çünkü onların içine dinleme cihazlarının gömülü olduğunu belirttiğini söylediler. Bu duruşma öncesi tanıklık du Pont'un bir ruhsal rahatsızlık (paranoid şizofreni) yaşadığını ve onun tedavi için devlet hastanesine gönderilmesi gerektiği konusunda yargıcı iknâ etti.

Amerika Birleşik Devletleri'nde, bu davanın doğasını ve amacını anlaması mümkün olmayan bir sanık aleyhinde cezai takibata devam etmek uygun değildir. Adli psikologlar bir davalının *yargılanmak için yeterliliğinin* belirlenmesine yardımcı olur. ABD Yüksek Mahkemesinin 1960 yılındaki ilanından beri, yargılanmak için yeterlilikte yasal standartlar değişmedi: "Test [sanığın] avukata danışmak için yeterli yeteneğe sahip olup olmadığını, rasyonel makul bir derecede anlatılanları anlayıp anlayamadığını, ona karşı yürüyen sürecin somut bir anlayışına sahip olarak rasyonel ve gerçekçi bir şekilde anlayıp anlamadığını içerir" (Dusky v. Unites States, 362 U.S. 402). Kısacası, sanıkların yer alan işlemleri anlaması ve savunmalarını hazırlamak için avukata yardımcı olabilmesi gerekir.

Yetkinlik hüküm kararında ilerlemek için davalının "bugünkü yeteneği" üzerinde durur ve sanığın suçun işlendiği zamanki zihinsel durumuna odaklanan cezai sorumluluğun (örneğin ruh sağlığının bozulduğunu savunma gibi) geriye dönük olarak incelenmesinden ayırt edilmelidir. Aksi yargıç tarafından belirtilmediği sürece bir sanık yeterli olarak kabul edilir. Davalılar, yalnızca yargılama sırasında değil, aynı zamanda tutuklandıklarında ve bir ölüm cezası aldıysa ve bu karar uygulanacak olduğunda da ceza yetkinliğinde olmalıdır. Mahkemelerce, klinik psikologlar dahil ruh sağlığı uzmanlarından, bir suçu itiraf etmede

yetkinlik, avukat hakkından feragat için yetkinlik, cinnet geçirdiği savunmasından vazgeçmede yetkinlik ve tutuklanma ve ceza almada yetkinlik konularında değerlendirme yapması istenir.

Davalının yeterliliği sorusu ceza sürecinin herhangi bir noktasında savcı, savunma avukatı ya da yargıç tarafından sorulabilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde sanıkların üzerinde yılda 25.000 ile 39.000 cezai yeterlilik değerlendirmesinin yapıldığı belirtilir (Poythress, Monahan, Bonnie, Otto ve Hoge, 2002). Cezai yeterlik bulunmama oranı sanıkların %2 ila %8'i arasında bulunur. Gençlerin artan sayıda şiddet suçları için yetişkinler gibi yargılanıyor olması, adli psikologların gençlerin bilişsel gelişmemişliklerinin yasal yeterliliklerini nasıl etkilediği konusunda dikkatlerini çekmeye başlamaktadır (Cassel ve Bernstein, 2007;. Grisso ve diğ., 2003).

Cezai Yeterlilik Değerlendirmesi

Cezai yeterlilik sorusu belirli bir durumda sorulursa, yargıç psikolojik değerlendirme yapılmasını ister. Çoğu değerlendirme, yerel toplum ruh sağlığı merkezlerinde gerçekleşir, ama davalının majör depresyon veya şizofreni gibi ciddi bir rahatsızlığı varsa, değerlendirme, bir devlet ruh sağlığı hastanesinde ya da diğer bazı yataklı kurumlarda yapılabilir. Çoğu eyalette, psikiyatristler, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanları yetkinlik değerlendirmelerini gerçekleştirmek için yetkilidir ve genellikle özel yapılandırılmış görüşmeler kullanır (Tablo 14.1).

TABLO 14.1

Cezai Yeterlilik Değerlendirmesi

Genellikle zihinsel işlevlerin değerlendirmesi, danışanın belleği, duygu durumu, oryantasyonu, düşünmesi ve konsantrasyonunu ele alan kısa odaklı görüşme ile başlar. Değerlendirici daha sonra Yeterlilik Değerlendirme Testi, Yeterlilik Değerlendirme Aracı, MacArthur Yeterlilik Aracı- Suç Tamamlama (Hoge, Bonnie, Poythress ve Monahan, 1997) gibi bir ya da birden fazla değerlendirme aracı kullanır.

Sanığın Mahkemede yeterliliğini değerlendirmek için geliştirilen testler

1. Verilecek cezayı anlaması
2. Hüküm giyerse olası cezanın uzunluğu ve doğasını anlama
3. Yasal süreçlerin karşıt rollerini anlama (kovuşturma ya da zıtlı savunma);
4. Var olan gerçekleri ve suçla ilgili diğer bilgileri avukatına savunması için açıklama
5. Savunma avukatıyla iletişim ve ilişki kurma
6. Savunmayı hazırlarken avukatına yardım etme
7. Bilirkişi araştırmasının doğası ile gerçekçi yüzleşme
8. Mahkemede uygun davranma;
9. Mahhemede uygun tanıklık verme
10. Süreç boyunca kendine karşıt davranışlarla değil kendine faydalı olan davranışlarla meşgul olma (Heilbrun ve Collins, 1995).

Cezai yetersizliği savunabilmek sadece "delil üstünlüğü" ile birlikte olur (bazen en az %51 olarak ölçülür), bu konuda değerlendirmeye yönlendirilmiş sanıkların %70 ile %90'ının cezai yeterliliği olduğu bulunmuştur. Değerlendirme daha titiz yapıldığında, daha büyük olasılıkla o sanığın cezai yeterli bulunacağı olasıdır (Heilbrun ve Collins, 1995), ancak çoğu Eyalette cezai yeterlilik için çok düşük bir eşik vardır. Yargılanmak üzere yeterlilik sorusunun bir örneğini burada bulabilirsiniz (Wrightsman ve diğ., 2002 s. 297):

Jamie Sullivan, Kentucky'de küçük bir bakkal dükkânını kundaklama, hırsızlık ve cinayet ile suçlanan 24 yaşındaki bir tezgahtardı. Bu durumda kanıt şuydu, kapanış saatinden sonra, Sullivan çalıştığı mağazaya döndü ve çalıştığı yerde kapıyı açmayı güvenli bulan gece müdürü, Ricky Ford'u zorlayarak mağazaya girdi ve 800 $ aldı. Sullivan, sonra küçük bir odaya Ford'u kilitledi ve mağazayı benzin dökerek ateşe verdi. Ford yangında öldü. Polis Sullivan'ı olay yerinden kaçarken gören bir motorsiklet sürücüsünün tanıklığına dayanarak, birkaç saat içinde büyükannesinin evinde bularak tutukladı.

Tüm suçlamalardan mahkum olması halinde Jamie Sullivan idam cezasıyla karşı karşıya olabilirdi, ama onun zihinsel engeli vardı. Sekizinci sınıfta okulu bırakmıştı ve o zaman bir psikolog tarafından ZB (IQ) değerlendirilmesinin 68 olduğu bildirilmişti. Sadece kendi adını ve bir kaç basit cümleyi okuyup yazabiliyordu. Uyuşturucu bağımlılığı öyküsü vardı ve 15 yaşında komşusu olan beş evi tahrip ettikten sonra bir çocuk ıslah kampında birkaç ay geçirmişti. Orduda asker olmaya çalıştı, ama onun sınırlı zekâsı ve uyuşturucu alışkanlığı bu çabayı sonuçsuz bıraktı. Jamie'nin avukatı Sullivan'ın ruhsal sorunları nedeniyle yargılanma yeterliliği olmadığını ve bu nedenle bir değerlendirme yapmak için bir psikolog tarafından değerlendirilmesi gerektiğini talep etti. Psikolog Jamie'ye yaklaşan duruşması öncesinde bir dizi soru sordu ve bu sorulara cevabı şöyleydi:

SORU: Ne ile suçlanıyorsun?,

CEVAP: Bu mağazanın yakılması ve Ricky'den çalmak.

S: Başka bir şey?

C: Onlar Ricky'i de öldürdüğümü söylüyorlar.

S: Bir jüri sizi suçlu bulursa sana ne olabilir?

C: Elektrikli sandalye ama Tanrı beni gözetecek.

S: Hâkim duruşmada ne yapar?

C: O, herkese ne olduğunu söyler.

S: Biri mahkemede sizin hakkınızda yalan söyleseydi, ne yapardınız?

C: Ona deli olurum.

S: Başka bir şey?

C: Benim avukatım gerçeği söyler.

S: Eğer bir duruşman varsa avukat ne yapar?

C: Benim masum olduğumu jüriye gösterir.

S: O bunu nasıl en iyi şekilde yapabilirdi?

C: Sorular sorar ve bana Ricky'i incitmek istemediğimi onlara anlatmamı sağlar. Ben Ricky'i sevdim.

S: Savcı mahkemenizde ne yapar?

C: Benim suçlu bulunmama çalışır.

S: Suçlu olup olmadığına kim karar verir?

A: Bu jüri.

Mülakat ve Sullivan test edildikten sonra, psikolog onun ZB'nün 65 olduğunu, bu puanla zihinsel engelli aralığına düştüğünü, herhangi bir halüsinasyon veya sanrı yaşamadığını ancak "Tanrı'nın çocuklarını gözettiğini ve onlara hiçbirşeyin olmasına izin vermeyeceğini" içeren güçlü dini inançlara sahip olduğu raporda yer aldı. Jamie'nin yargılanmak üzere yeterli olup olmadığını belirlemek için yapılan bir duruşmada, psikolog sanığın zihinsel engelli olduğunu ve dolayısıyla yargılamanın başka türlü durumlarda olabileceği gibi doğru ya da tam olamayacağını ifade etti. Ancak, psikolog mahkemede aynı zamanda Sullivan'ın genel amacı ve niteliğinin yanı sıra kendisine karşı suçlamaları anladığına ilişkin ifade verdi.

Hakim Jamie Sullivan'ın yargılanmak üzere cezai yeterliliğinin olduğuna karar verdi. Jüri, onu tüm suçlamalardan mahkum etti ve ömür boyu hapis cezasına çarptırdı.

Genellikle ne tür kişilerin yetersiz olduğu değerlendirilmektedir? Geniş çaplı çalışma sonucunda şizofreni gibi ciddi bir ruhsal bozukluktan mustarip çoğu insan yetersiz bulundu (Poythress ve diğ., 2002) ama şizofreni tanısı alan herkesin cezai yeterliliğinin olmadığını söylemek doğru değil. Aksine, uzun bir geçmişi olan şizofrenlerin ya da tedavi edilmeyen insanların savunmada cezai yeterliliğinin bulunmaması daha muhtemeldir.

Bir cezai yeterliliğin değerlendirilmesinde, sanık yeterli bulunursa, yasal süreç devam eder ve davalı ile davacı mahkemede karşı karşıya gelir. Davalı / sanık cezai olarak yetersiz bulunursa, resim daha karmaşık hale gelir. Ciddi olmayan suçlar için genellikle davalının psikotrop ilaç alması karşılığında tedavi edilmesi koşuluyla dava düşebilir. Suçlamalar ciddi ise, davalı bir kuruma cezai yeterliliğini tamamlaması için gönderilir ve eğer tedavi başarılı olursa genellikle sonuçta yargılanır. Bu sıralama John du Pont dosyasında da denendi ve sonuçta cinayetten suçlu bulundu. Çoğu eyalette, bu zorunlu tedavi 6 ay kadar sürebilir (davalı federal yasa kapsamında yargılanıyor ise 4 ay), sonrasında kişinin hâlâ cezai olarak yetersiz olduğuna karar verilirse, davalı kendine ya da başkalarına bir tehlike oluşturacağından savcı hukuki taahhüt isteyebilir. Küçük ve şiddet

içermeyen suç durumunda, bu kişi serbest kalabilir. Cezai olarak en yetersiz sanıklar bu süre sonunda psikotrop ilaçlar ile yeterliliklerini geri kazanır ve duruşmayı beklemek üzere tutukevine iade edilir.

Bir ruhsal problemi olan sanık sadece yargılanma yeterliliğini elde etmek için ilaç almak zorunda mıdır? En az bir federal mahkeme ve birkaç eyalet mahkemesi bu sorunun cevabına evet der. 24 Temmuz 1998 tarihinde, 38 kalibrelik bir tabanca ile US Capitol binasını basan, Russell Weston Jr'ın davasını dikkate alalım. O bir ölümcül hastalığın yayılmasını iddia eden "Ruby Kırmızı Uydu Sistemini (Ruby Red Satellite System)" arıyordu. Saldırı sırasında, Weston iki polis memurunu vurdu ve öldürdü. Şizofreni geçmişi olduğundan ve yakalandığı zaman paranoid sanrılar gösteriği için Butner Kuzey Carolina'da federal hapishane sağlık tesisine gönderildi ve yetkinlik için değerlendirildi. Psikiyatristlerle görüşmesinde, paranoid şizofreni hastası olarak teşhis aldı, Weston davasının amacını "yamyamlık" tehdidine maruz kalmak şeklinde ifade ederek sanrılarını açıkladı. Ona karşı istenebilecek ölüm cezasının doğasını anlayıp anlamadığı sorulduğunda, heyecansız bir şekilde istediği zaman "uyanabileceğini" söyledi. Gerçekten de, isteğiyle kurbanları "Geri getirebilirim" dedi. Bu ifadeler ve diğerleri, onun ne açıkça yargılamanın doğasını anladığını, ne de savunmasını yapan avukata yardım edebileceğini belirtiyordu.

Hâkim denemek için Weston'un psikotrop ilaçlar almasını emretti. Savcılık ölüm cezası talep edebileceği için, Onun avukatları ilaç almasına itiraz etti. Bu konu üzerinde yasal çekişmeler 2001 yılının Aralık ayına kadar çözülmedi, ABD Yüksek Mahkemesi mahkemenin vakanın ilaç alması kararına itiraz etti (Tucker, 2001). Bu yazıda olduğu gibi, Weston hastanede kaldı ve ilaç almaya devam etti. Onun şimdiye kadar özellikle yıllar boyunca tedavi edilmiş ve hiçbir gelişme göstermemiş olduğu düşünüldüğünde, yargılanmasının mümkün olması son derece olasılık dışıdır. Cezai yetkinliğin geri kazanılması çabalarındaki hastanedeki zaman sınırı Weston için geçerli değildir çünkü yeterliliğini kazanmak için çabalara karşı savaşmaktadır.

Russell Weston yargılanmak üzere yeterli bulunursa, hiç şüphesiz akıl hastalığı nedeniyle mahkeme tarafından suçsuz bulunacaktır. Akıl hastalığı yasal kavramını anlamak için, ceza hukukunu ve suçların nasıl cezalandırıldığını daha fazla anlamak gereklidir.

Bir suç, bir savunma veya mazereti olmaksızın işlendiğinde ceza hukukunun çiğnenmesini içeren kasıtlı bir harekettir (ya da başarısız hareket). Ancak, yasaların engellediği hareketler bile, bunları yapan kişi "suçlu bir zihne" (ya da yanlış yapma niyetine) sahip olmadıkça suç davranışı düzeyine erişmez.

Davalıda suçlu bir zihin var ise ve yasal olarak suçundan sorumlu olduğunda bu suçtan dolayı cezalandırılır. Sanıklar akıl hastalığına sahip olmayı içeren (NGRI) savunma yaparsa, onların bir suç için sorumlu tutulacak gerekli zihin

durumunun yoksunluğuna ilişkin kanıt sunması gerekir. Akıl hastalığı hukuki bir terim değildir, psikolojik bir kavram olduğu için, zamanla gelişen hukuki standartlarına göre tanımlanır.

Bu standartlar Daniel McNaughton adında bir İngiliz, İngiliz başbakanı Robert Peel'i öldürmeye çalıştığı 1843 yılında resmiyet kazanmaya başladı. McNaughton Pee'in kendisine karşı olduğunu içeren paranoid sanrılar yaşadı, bu yüzden Downing Sokağı'ndaki 10 numaralı başbakanlık evinin önünde bekledi ve başbakan zannettiği Peel'in sekreterini vurarak öldürdü. McNaughton cinayetle suçlandı, ancak akıl hastalığına sahip olması nedeniyle suçlu olmadığını belirtti. Onun doğru ve yanlış arasındaki farkı bilmediği iddia edildi. Dokuz tıp uzmanı McNaughton'un akıl sağlığının yerinde olmadığına dair ifade verdi ve jüri bile McNaughton'un delilik nedeniyle suçlu olmadığını belirtti. Yargıç juriden gelen talimatları dinledikten sonra, mahkeme karar vermeden önce juri mahkeme salonunu terk etmedi. Bu karar İngiliz halkını çileden çıkardı ve kendi de birkaç suikast girişiminin hedefi olan Kraliçe Victoria özellikle üzgündü. O İngiltere'de akıl hastalığı tanımını sınırlandırmak istedi.

Lordlar Kamarası ve ülkenin en yüksek hâkimleri arasında uzun bir tartışmanın ardından, McNaughton kuralı olarak bilinen akıl hastalığı tanımı kabul edilmiştir: ". . . akıl hastalığı gerekçesiyle bir savunma yapmak için, açıkça kanıtlanmış olmalıdır ki suçun yapıldığı anda, sanık, akıl hastalığı veya böyle bir kusur altında olduğunu göstermelidir, yaptığının doğası ya da niteliğini bilmemelidir, eğer biliyorsa yaptığının yanlış olduğunu bilmiyor olmalıdır (Post, 1963, s 113).

ABD'de bugün, akıl hastalığı için kriterler eyaletler arasında biraz değişir. Federal sistemin de kendi kuralları vardır, ama genelde tüm akıl hastalığı yasaları sanığın ciddi bir ruhsal bozukluk ya da kusura sahipken suçu işlediğini kanıtlamasını içerir: (a) suç ya da davranışın yanlışlığını takdir etme kapasitesinden yoksunluk veya (b) hukukun gereklerine uygun davranışları sağlayamama koşulları aranır. Diğer bir deyişle, davalının/sanığın akıl sağlığı yoksunluğunu ispat etmesi gerekir.

Ruh Sağlığının Savunulmasında Yanlış Algılamalar. Başkan Ronald Reagan'ın basın sekreteri James Brady'e 1982 yılında suikast girişiminde bulunan John Hinckley'in akıl hastalığı savunmasını yargılanırken yapması sırasında, Hinckley'i de kapsayan yasalar avukatlarının onun akıl hastası olduğunu kanıtlamasına rağmen, bu kural işletilmiyordu. Bunun yerine, soruşturmacı aklı başında olduğunu kanıtlamak için çabalıyordu ve bu zor bir görevdi çünkü Hinckley'in hasta davranışlarla ilgili net bir geçmişi vardı (Bonnie, Jeffries ve Low, 2000). Hinckley akıl hastalığı nedeniyle suçlu bulunmadıktan (NGRI) sonra, kamuoyu baskısı çoğu eyalet yasalarında sanıkların akıl hastalığını kanıtlamak için federal yasalarda bir revizyon yapılmasına yol açtı.



Daniel McNaughton akıl hastası olması nedeniyle suçlu olmayan ve 19. yüzyıl İngiliz cinayeti davasında yıllardır çoğu eyalette kabul edilen akıl hastalığı yasal tanımına yol açan adamla aynı durumdaydı. McNaughton'un davası da suçlularda ruhsal rahatsızlıkların olması konusunda yapılmış davalardaki tartışmalara bir set çekti. (*Kaynak:* The Bethlem Royal Hospital.)

Hinckley kararı üzerine çıkan arbede akıl hastalığı mazeretiyle bu mazaretin kullanım sıklığıyla ve sonuçlarıyla ilgili çoğunlukla memnuniyetsizlik ve yanlış algılamaları göstermektedir. Birçok kişi suçluların rutin ceza almaktan kaçmasında akıl hastalığını iddia ettiğine inanıyordu. Aslında akıl hastalığı mazereti her 200 ceza davasında 1 kez yapılıyor ve meydana gelen 1000 olgunun sadece 2'sinin başarılı olduğu gerçeği mevcuttu (Cassel ve Bernstein, 2007). Her başarılı akıl hastalığı mazereti için onlarcası başarısız oldu: Jack Ruby (Kennedy suikastçisi Lee Harvey Oswald'ın katili) dahil olmak üzere, Sirhan Sirhan (Robert Kennedy'nin katili); ve seri katiller John Wayne Gacey, Jeffrey Dahmer, David Berkowitz (" Sam'in Oğlu") ve Kenneth Bianchi ("Hillside Boğazlayıcısı").

Akıl hastalığı nedeniyle suçlu bulunmayan sanık yargılanmak için yetersiz bulunan sanığa tipik bir şekilde benzer. Akıl hastalığı mazeretini en başarılı sergileyenlerin bir noktada yargılanmak üzere cezai yeterliliği bulunmayan sanıklar olması şaşırtıcı değildir. Akıl hastalığı olduğu için suçlu bulunmayanlar (NGRI) genellikle ciddi olarak ruhsal problem yaşayanlardır, 20'li ve 30'lu yaşlarda, işsiz beyaz erkeklerdir, tutuklanma öyküsü ya da bir hastane geçmişleri vardır. Az sayıda kişinin lise eğitimleri vardır. Çoğu, şizofreni gibi ciddi rahatsızlığı olan kişilerdir ve şiddet içermeyen suçlar ile suçlanıyordur. Ancak, şizofreni veya diğer sanrısal bozukluk tanısı ile gelen sanıkların suç sırasında yasal olarak akıl sağlığının yerinde olmadığı kararı juri tarafından reddedilebilir. Teksas'ta küvette beş çocuğunu boğan anne Andrea Yates'in durumuna göz atın. Houston, Teksas,

2001 yılında bir ev. Yates'in ciddi bir ruhsal hastalıkla ilgili uzun bir geçmişi vardı.

Tanıları şizofreni ve major depresyondu, ama suçlu bulundu. Jüri Teksas yasalarına göre, onun cinayet işlediği zaman ne yaptığını bildiğini savundu. Hapishanede hayatına devam etmesi cezasına çarptırıldı, ama itiraz üzerine 2006 yılında onun akıl hastalığı nedeniyle suçlu olmadığı (NGRI) bulundu ve bir devlete ait akıl hastanesine kapatıldı.

Akıl hastalığı nedeniyle suçlu bulunmama katilin dışarı çıkmasını sağlar mı? Birçok kişi akıl hastalığı nedeniyle kişilerin mahkeme salonundan serbestce yürüyüp çıkabileceğine inanır. Yates'in durumu göstermektedir ki, bu durumdaki kişilerden sadece %1'i herhangi bir kısıtlama olmadan serbest bırakılır, sadece%4'ü şartlı serbest bırakılır ve %95 'i hastaneye yatırılmaktadır (Steadman, 1993). Çoğu eyalette, davalının/sanığın ruhsal durumu periyodik olarak gözden geçirilir[1] Louisiana v. Foucha davasında, ABD Yüksek Mahkemesi kararı artık ruhsal problemleri bulunmayan ve tehlikeli olmadığına karar verilen sanıkların o andan itibaren hapsedilmeyeceğini belirtir. Aslında, akıl hastalığı nedeniyle suçlu bulunmayan vakalar tutuklanıp cezaevinde geçireceklerinden en az iki katı daha uzun bir zamanı devlete bağlı ruh sağlığı hastanelerinde geçiriler (Rein, 2001; Steadman, 1993). John Hinckley 1982 yılından beri Washington, DC 'deki Aziz Elizabeth hastanesinde kalmaktadır. Tahliye edilecek olduğu zaman onun ailesi ile zaman zaman denetimli ziyaretlerinin fazla olmasının olası olmaması sürpriz değildir (Leonnig, 2006). Akıl hastalığı savunmasını veren McNaughton, bir ruh sağlığı hastanesinde 20 yıl sonra ölmüştür.

Akıl Hastalığında Bilirkişinin Rolü. Federal mahkemelerde ve çoğu eyalette, bilirkişiye sanığın suçu işlediği anda "aklı başında olduğu" ya da olmadığı konusunda bir fikir vermesi için izin verilmez. Akıl hastalığı hâkimin ya da jurinin sorguladığı yasal bir sorundur. DSM-IV 'te böyle bir tanı yoktur. Bilirkişi sadece sanığın belirtileri, davranışları ve tanılarına tanıklık edebilir. Bu kısıtlama, ceza muhakemesi eyalet ve federal kurallarını sistemleştirmeden önce bile, Amerikan Psikiyatri Birliği bir ceza davasında bir sanığın ruhsal durumu ya da sanığın koşulları ile ilgili tanıklığı hiçbir uzmanın yapamayacağını belirtmiştir. Uzman; sanığın yaptığı, zihinsel durumu, bunlara ilişkin cezalandırılıp cezalandırılmayacağına ya da durumunda bir savunma unsuru oluşturan bir olasılığın olup olmadığı konusunda görüş ya da çıkarımda bulunmaya ilişkin bir görev alabilir". Bu sorunlar yalnız nihai gerçeği açıklamaya yetmez (APA, 1994).

Ake v. Oklahoma davasında 1985 yılında ABD Yüksek Mahkemesi kararına göre,[2] yoksul (fakir) sanığın akıl hastalığı savunmalarına yardımcı uzmanlara sahip olmasının hakları olduğu belirtilir ama bu sanıklar uzmanları kendileri

[1] 112 S. Ct. 1780 (1992).

[2] 105 S. Ct. 977 (1985).

seçemezler. Bazı özel durumlar ya da olağandışı hastalık veya kusur gösterme yoksunluğu bulunan yoksullar eyalet veya federal hükümette çalışan ruh sağlığı uzmanları tarafından değerlendirilir ve bunların çoğu oldukça nitelikli ve yetkin bilirkişidir. Tabii ki, birden fazla uzman ya da en pahalı uzmanın gelmesini isteyen bir kişi, daha az varlıklı sanıktan daha etkileyici akıl hastalığı savunması yapabilir ama bu ekonomik gerçeklik her türlü savunmada geçerlidir. Ancak, daha fazla uzmanın olması bir akıl hastalığı kararını garanti etmez; hatta ruh sağlığı tanıklığının uyumsuzluğu jürileri etkilemez. Genellikle jüri sanığın suçlu ya da masum olduğuna ilişkin karar vermekte psikoloji ya da psikiyatriyi "soft bilimler" olarak algılarlar ve kişisel öznel yorumlarına çok bağımlı şekilde bu kararları verirler.

Adli nörobilim mahkeme salonunda kendi yolunu kullandığında bu görünüm değişebilir. Beyin uzmanlarının, yeni bir cins beyin yapısı ve fonksiyonu incelemesinin insan davranışlarının temelini nasıl açıklayabildiğine değinmekle kalmayıp, gerçek zamanlı, tam-renkli görüntüleme teknikleri ile beynin hangi alanlarının sorumlu olduğunu açıklayabiliyor olmaları, onların uzman olarak kabul edilmeye başlanmasına yol açmaktadır (Rosen, 2007; ayrıca Bölüm 13, "Klinik Nöropsikoloji" ye bakın). Elbette, jüri üyelerinin hâlâ beynin arızalı alanlarının sanığın cezai sorumluluğunu ortadan kaldırdığını belirlemesi gerekir, bu nedenle akıl sağlığının yerinde olmaması konusunun özü değişmedi.

Akıl Hastalığı Savunmasında Reform

Son 20 yılda yapılan iki büyük değişiklik ruhsal problemi olan sanıkların akıl hastalığı savunmasından fayda elde etmesini güçleştirmiştir. Bazı eyaletler (Idaho, Utah ve Montana) tamamen akıl hastalığı savunmasını kaldırıldı, bu kararla ilgili diğer eklenenlerden ise daha önce bahsetmiştik.

Suçlu Ama Akıl Sağlığından Yoksun ve Azalmış Kapasite Savunmaları. Uzun yıllardır akıl hastalığı savunma davalarında jüri, hastalık nedeniyle sadece suçlu suçsuz, ya da akıl hastalığı nedeniyle suçsuz kararlarını alabilir. Ancak, 1976 yılından bu yana 20 eyalette jürinin sanıklarda akıl hastası ama suçlu (Guilty but mentally ill; GBMI) bulmak için izin verdiği yasa geçmiştir. Bu karar seçeneği yalnızca akıl hastalığı nedeniyle suçsuz bulunan sanıkları savunmak için kullanılabilir. Böyle bir sanık aynı suçtan mahkum başka sanıklar kadar mahkum edilir. Tutuklanma kararı akıl hastası davalının iyileştirme kurumunda tedavi edilmesini sağlar. Tümü sağlandığında, böyle bir tedavi nadiren yeterlidir çünkü bu tutuklunun diğer hükümlüler için yasa gereği tanınan tıbbi bakımın asgari düzeyinin ötesinde hiçbirşeyi garanti etmemektedir (Slobogin, 1985; Steadman, 1993).

Akıl hastası ama suçlu bulmakla ilgili yasaların amacı akıl hastası ama suçlu bulunan sanık sayısını azaltacak bir uzlaşma kararı sunmaktır. Nitekim, eyaletler hem akıl hastası ama suçlu (GBMI) ve akıl hastası ama suçsuz (NGRI) koşullarına

izin veriyorsa, juri üyeleri genellikle akıl hastası ama suçsuz kararını vermek için güçlü kanıt gerektiğini belirtir (Roberts, Sargent ve Chan, 1993). Akıl hastası ama suçlu kararını açıklarken kendi eylemleri için yasal olarak sorumlu tutulabilir olan ve yeterince aklı başında ama cezayı gerektirecek kadar kusurlu olduğu tespit edilenleri suçlu bulabilir (Sales ve Shuman, 1996).

Bazı eyaletlerde bir sanığın suç sırasında doğruyu yanlışı bilmediği veya davranışını kontrol etmek için bir "azalmış kapasitesi" olduğunu göstermesi için kanıt aradığı bir savunma vardır. Bu savunma sanığın sorumluluğunu aklamak için tasarlanmamıştır ama anlamlı kasıt oluşturmada sanığın yetersizliği olduğu için mahkumiyet kararının daha az verilmesine olanak sağlar. San Francisco Eski İlçe Şefi Dan White, 1978'de şehrin belediye başkanını vurdu, yaraladı ve seçilmiş başka bir resmi yetkiliyi öldürdü ve şimdi "Twinkie savunması" olarak ünlenen savunmada cinayet için "azalmış" kapasiteye sahip olduğu tespit edilmiştir. White'ın olayda çok fazla abur cubur yediğini gerekçe göstermesi olayı gölgeledi. Jüri onu kasten adam öldürme yerine kasıtsız adam öldürmeden suçlu buldu ve cezaevinde 6 yıl hapis cezasına çarptırıldı. 1982 yılında, Kaliforniya'da kapasite azlığı savunması kaldırıldı.

Akıl Hastalığının Değerlendirilmesi

Bir sanığın yeterliliğini değerlendirmek, sanığın mevcut ruhsal durumunun belirlenmesini gerektirdiğinden dolayı göreceli olarak kolaydır.

Ama sanığın ruhsal durumunun suç anındaki değerlendirilmesi haftalar, aylar, veya hatta yıllar alır ve ruh sağlığı profesyonelleri için çok daha zor bir sorundur. Bu görevi başarmak için, eğitim, istihdam ve tıbbi geçmişi de dahil olmak üzere bir sanığın ailesini inceleme gibi çeşitli yöntemler kullanılır. Aslını öğrenmek için davalının önceki suçluluk veya zihinsel bozukluk ve tedavi öyküsü varsa, davalının suçu uygulama şeklini dinleme ve çeşitli psikolojik değerlendirme araçlarının verilmesi gerekebilir.

Genellikle kullanılan değerlendirmelerde, yapılandırılmış görüşmelerin yanı sıra zekâ testleri (genellikle Wechsler Yetişkinler İçin Zeka Ölçeği ya da Stanford-Binet Zeka Ölçeği) ve Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI-2), Psikopati Kontrol Listesi-Revize edilmiş form (PCL-R), Rorschach Mürekkep Lekesi Testi ve Tematik Algı Testi (TAT) gibi çeşitli kişilik değerlendirmeleri yer alıyor. Sanığın geçmişi, gözlenen davranışları veya ZB test sonuçları, beyin işlev bozukluklarının olasılığını akla getirirse sanıklara Halstead-Reitan veya Luria-Nebraska bataryaları gibi nörolojik testler verilebilir. Kafa travması, beyin hasarı ya da kişilik ya da yakın zamanda davranış değişim öyküsü varsa, beyin görüntüleme yöntemleri (MRI ve CT tarama gibi) beyin işlev veya yapısının hastalık veya yaralanmayla birleşmesini belirlemeye yardımcı olabilir (bknz., Bölüm 4, 5, 13).

Bu sanıkların %20 ila %25'inin hasta numarası yapma girişimi ya da "sahte" ruhsal hastalık belirttiğinin bildirilmesine rağmen, değerlendirme araçları ve zeki klinisyenler bu gibi yanıltmaları yakalamada oldukça başarılıdır (Schretlen, Wilkins, Van Gorp ve Bobholz, 1992). 1970'lerde Kaliforniya ve Washington'da "Hillside Strangler" olarak bilinen davada yargılanan bir ünlü hasta rolü yapan Kenneth Bianchi, bir düzineden fazla genç kadını öldürmekten yargılanıyordu. Dört uzmanın çoklu kişilik bozukluğu olarak (şimdi dissosiyatif kimlik bozukluğu olarak bilinir) teşhiste bulunmasına rağmen, anlayışlı bir savcılık uzmanı Bianchi'nin numara yaptığını algıladı. Bianchi ölüm cezasından kaçmak fırsatını elde etmek için yaptığı akıl hastalığı savunmasını terk ederek cinayetten suçlu bulundu (Cassel ve Bernstein, 2007).

Bu Kısmın Özeti: Adli psikologlar sanıkların kendilerine yöneltilen suçlamaları anlamak ve onların hukuki savunmalarına yardımcı olmak için cezai yeterliliğinin olup olmadığını belirlemede yargıçlara yardımcı olur. Hâkimlere ve jüriye akıl hastalığı savunmasının uygulanıp uygulanamayacağını, bir suç anında akıl hastalığının sanıkların davranışlarının yanlış doğasını anlamaktan ve eylemlerini kontrol etmekten engelleyip engellemeyeceğini belirlemeye yardımcı olur. Klinisyenler yargılara varmak için psikolojik testler ve değerlendirmede diğer çeşitli veriyi kullanır ve daha sonra nihai kararına varacak hâkimlere ve jüriye bilgi sunar. Yaygın olan düşünceden çok azı kullanılsa da, akıl hastalığı savunması tartışmalı kalmıştır. Bazı eyaletler bu kuralı kaldırmıştır, diğerleri suçlu ama akıl sağlığından yoksun ya da azalmış kapasite iddialarına izin verir.

TEHLİKELİLİĞİN ÖNGÖRÜLEBİLİRLİĞİ

Russell Weston Jr Amerika Birleşik Devletleri Capitol binasına yaptığı saldırıdan önce paranoid şizofreni hastası olmuştu. İki yıl önce, Weston Montana akıl hastanesindeki tedavisine isteksiz olmuştur çünkü onun paranoid sanrıları ve garip davranışları Başkan Clinton'un onun yakın arkadaşı olmasını içeriyordu ve televizyon uydu antenleri ve kablo kutularına konulan aygıtlar tarafından casusluk yapıldığına dair iddiaları vardı. Hastane yetkilileri onun *ilaçları aldığı sürece* şiddet davranışı için riski olmadığını düşündüğü için Weston mahkeme kararıyla hapis cezası öncesinde serbest bırakıldı. Emin olmak için büyük bir "eğer (ilaçları aldığı sürece)" koşulu vardı. Ancak psikologlar Weston'un 1998 yılında insanları öldüreceğini 1996 yılında bilebilir miydi?

3. Bölüm'de "Klinik Değerlendirilmenin Temel Özellikleri"nde de tartışıldığı gibi, klinik psikologlar ve diğer ruh sağlığı uzmanları genellikle tehlikeli davranış için bir kişinin potansiyelini tahmin etmede mahkemeler tarafından davet edilir. Örneğin, dava ya da temyiz bekleyen cinayetle suçlanan bir kişinin güvenli olup olmadığını ya da akıl hastası ama suçsuz (NGRI) birinin kendi ya da toplum için bir tehlike oluşturmadan velayetle serbest olmasının güvenli olup olmadığını belirlemek için psikologlardan değerlendirme istenebilir. Hukuk davalarında

psikologlardan, birisinin intihar olasılığı olup olmadığını belirlemeleri istenebilir ve bu nedenle kendi güvenlikleri için bir akıl hastanesine konulması gerekliliği sorulabilir.

HUKUK DAVALARINDA PSİKOLOJİK DURUM DEĞERLENDİRMESİ

Bu Kısma Bakış: İşçi tazminat davalarında olduğu gibi bir kişinin psikolojik zarara uğradığı ile ilgili iddialar varken adli psikologlar hukuk davalarında taraf olur. Klinisyenler de böyle bir kişinin bir irade sunma ya da mal satma gibi önemli kararlar almasında yeterli zihinsel kapasitesi olup olmadığını belirlemede mahkemelere yardımcı olur.

Haksızlık (tort) hukuku bireylerin başka bir tarafın yanlış eylemlerine maruz kaldığı zararlar için tazminat talep etmede bir mekanizma sağlar. Bu nedenle, adaleti toplumda genel anlamda korumak amacıyla yanlış davranış sergileyenleri cezalandırmak için sanıklara dava açan ve toplum adına hareket eden ceza hukukundan farklıdır. Hukuk davalarında davacı kendilerine ve / veya onların mallarına zarar için dava açtığında, davalar haksız eylemler olarak bilinir.

Haksızlık Durumlarında Psikolojik Hasarın Değerlendirilmesi

Birçok türde davranış haksız bir fiil teşkil edebilir. Tıbbi yanlış uygulamalar, bir yaralanma ile sonuçlanan kusurlu ürünlerin imalatı ve başka bir kişide zarara yol açan kasıtlı veya kusurlu hareketler örneklerinde olduğu gibi iftira ve hakaret, haksız fiil ya da haksız muameledir. Klinik psikologlar hukuki davacının değerlendirmelerini yaparken, bunlar genelde, çoğu klinik değerlendirmelerdeki gibi, sosyal geçmiş, klinik görüşme, psikolojik test uygulama, başkalarıyla görüşmeler ve mevcut kayıtların incelemesini içerir (bknz., Bölüm 3, 4 ve 5). Bu verilere dayanarak, klinisyen, varsa, kişinin yaşadığı psikolojik problemlerin neler olduğu hakkında bir karara varacaktır. Adli değerlendirmelerin bu yönü klinisyenin bir danışana uyguladığından çok farklı değildir ve danışanın bir davalı olup olmaması durumu farklılaştırmaz.

Klinisyenin cevaplaması gereken çok daha zor soru ise psikolojik sorunların haksız fiil nedeniyle belirlenip belirlenmediği, haksız fiil nedeniyle yoğunlaşıp yoğunlaşmadığı veya haksız fiil öncesinde var olup olmadığıdır. Bu soruyu sormanın bir belirlenmiş şekli yoktur, o nedenle, birçok klinisyen tüm verileri ve diğer kaynakları bu sorulara yanıt aramak için kullanır.

Herhangi bir teşhisin ilk ortaya çıktığı zamanı belirlemek bu soruların cevaplanmasına yardımcı olabilir. Davacılar taciz ya da diğer bazı kasıtlı haksız fiil için hedef alındığını, kişinin psikolojik sorununun onu özellikle savunmasız kıldığını bildiğini iddia ederse, klinisyen haksız fiil etkileri hakkında sonuca varmak için vakanın önceki durumunu dikkate almalıdır. Bazen insanlar zihinsel zararın belirli bir şekilde davalının ihmâli sonucu olduğunu iddia etmektedir.

İşçi Tazminatı Vakaları

Bir işçi işte yaralandığında, hukuk telafi mekanizmasını işçi için sağlar, ancak bunu haksız fiilin ispat gereğini ortadan kaldıran elverişli bir sistem yoluyla yapar. İşçi tazminat yasası olarak bilinen bu sistem, 50 eyalette ve federal hükümette yer alıyor. İşçinin tazminatı sistemlerinde, işveren işçiye tazminatı sigorta sağlayan bir fona katkıda bulunarak; yaralanma için işçiye veya bazı diğer bireysel suçlamalarda bulunma hakkından feragat ederek yapar. İşçiler işverenlere karşı haksız bir fiilin takip hakkından kendi adına vazgeçebilir; aldıkları ödül yaralanma sırasında aldıkları maaşlarının miktarına, yaralanma türüne ve süresine göre belirlenir. İşçiler (a) işteyken uğradıkları fiziksel ve psikolojik yaralanmaların, (b) yaralanmalar için aldıkları tedavi maliyetinin, (c) kaybettikleri ücretin, (d) gelecekteki kazanç kapasitesi kaybının tazminatını talep edebilir.

Psikolojik yaralanmalar veya istihdamdan kaynaklanan ruhsal bozukluklar telafi edilebilir olmadığı için klinik psikologdan genellikle yaralı işçiyi değerlendirmek ve herhangi bir ruhsal bozukluğun varlığı hakkında görüş, neden ve belirli bir durumda görünebilir etkileri işlemek için değerlendirme yapması istenir. Zihinsel engel talepleri genellikle üç yolun birini takiben ortaya çıkar.

İlk olarak, fiziksel bir yaralanma ya da işle ilgili tehdit edici bir olay, bir ruhsal bozukluk ve psikolojik engele neden olabilir. Bu fiziksel-ruhsal durumlarda görülen bir ortak model bir işçi kronik ağrı ile sonuçlanan fiziksel kaza yaşarsa -örneğin kırık veya şiddetli yanıklar- bu ciddi fiziksel yaralanma kronik ağrıyla sonuçlanır. Ağrı devam ederken, işçi psikolojik sorunlar yaşayabilir, genellikle depresyon ve kaygı başlar. Bu sorunları işleyişinde daha fazla zayıflamasına neden olacak tam teşekküllü ruhsal bozukluklar haline gelinceye kadar kötüleşebilir.

Ruhsal engel için ikinci işle ilgili yol bireyin bir iş yerinde bir travmatik olayı yaşaması veya psikolojik zorluklara yol açacak sürekli uzun süre stres altında çalışmasıdır. Bir markette gece tezgahtarı silahlı soygun kurbanı olduktan hemen sonra travma sonrası stres bozukluğu geliştirir. Bu örnek bir tür ruhsal olgu örneğidir aşırı iş yükü ve işin baskısı altında yıllar sonra bu tezgahtar bir kaygı bozukluğu, hatta belki de travma sonrası stres bozukluğu yaşar mı?

Zihinsel-fiziksel durum olarak bilinen üçüncü tür vakada ise işle ilgili stres, yüksek tansiyon gibi fiziksel bir hastalığın başlangıcı için sorumlu tutulmaktadır. Birçok eyalet bu tür iddialar üzerinde özel kısıtlamalara yer verir ve psikologlara nadiren bu vakaları değerlendirmeleri istenir.

Son yıllarda, işçi tazminat davalarında psikolojik kaynaklı iddiaların sayısı önemli ölçüde artmıştır. 1980'li yıllarda, stresle ilişkili ruhsal bozukluklar Birleşik Devletlerde en hızlı büyüyen meslek hastalığı kategorisi oldu (Hersch ve Alexander, 1990). 1985-1990 yıllarında iki misli daha fazla iddia bulunmaktadır.

Stres ile ilgili işçi tazminat talepleri hem de kamu ve özel sektör meslek gruplarında yükselmeye devam etmektedir (Macklin, Smith ve Dollard, 2006).

Hukuki Yeterlilikler

Bir ceza davasında yargılanmak üzere yeterlilikte sanıkların dava sırasında gereken görevleri üzerinde durduk. Ancak, zihinsel yeterlilik sorusu, bunun yanı sıra ceza ile ilgili olmayan çok sayıda durumda da ortaya çıkar. Biz hukuki yeterlilikleri içeren diğer durumları kastediyoruz.

Hukuki yeterlilik için sorular bireyin karar vermesi için ilgili bilgiyi anlama kapasitesi olup olmadığına ve daha sonra ne yapacağı ile ilgili bilinçli bir seçim yapmasına odaklanır. Örneğin, hukuki yeterlilik soruları bir kişinin kişisel mali işlerini yönetebilme, tıbbi veya psikiyatrik tedaviyi kabul veya reddetme hakkında karar verme ya da mülkiyeti mirasçılarına nasıl dağıtılacağını yönlendirecek bir yürütme becerisi olup olmadığı en sık sorulan sorulardır.

Yetkinlik tanımlamak için kullanılan yasal standartlar uzun yıllar boyunca gelişmiştir, ancak bu konuda çalışmış bilim insanları dört yeteneğin karar verme yeterliliğinde gerekli olduğunu kabul eder (Appelbaum ve Grisso, 1995). Yeterli bir kişinin şunları yapması beklenir: (a) karar verme ile ilgili temel bilgileri anlamak, (b) seçeneklerin sonuçlarını tahmin etmek için belirli bir durumda bu bilgileri uygulamak, (c) mantıksal ve rasyonel düşünceyi çeşitli stratejilerin ve kararların artılarını ve eksilerini değerlendirmek için kullanmak ve (d) ele alınan bir konuda kişisel bir kararı ya da seçimi iletmek.

Bu genel kriterlerin her biri ile ilişkili özel yetenekler kişinin kararına bağlı olarak değişir. Riskli ameliyat için karar verirken bir hayır kurumuna kişinin çocukları için ayırdığı malvarlığını terk edip etmemeye karar vermesi farklı türde bilgi ve düşünme süreçleri gerektirir.

Ciddi ruhsal bozukluğu olan kişilerin tedavi kararlarında yeterli olmasını sağlayabilir miyiz? Onların karar verme yetenekleri ruhsal bozuklukları olmayan kişilerden farklı mı? Bu sorular MacArthur Tedavi Yeterlilik Çalışmasında odak noktası olmuştur ve tartışılan dört temel yeteneği değerlendirmek için bir dizi yapılandırılmış görüşme ölçeklerinin gelişmesine yol açmıştır (Poythress ve diğ., 2002). Standardize görüşmeler üç grup hastada uygulanmıştır. Bunlar şizofreni, majör depresyon ya da kalp hastalığı ve demografik olarak hasta gruplarıyla örtüşen bir grup sağlıklı kişidir (Grisso ve Appelbaum, 1995). Tüm gruplarda sadece küçük bir azınlık çeşitli tedavi seçenekleri hakkında karar vermede önemli derecede bozulma gösterdi, ancak, tedavi bilgileri yavaş yavaş, bir defada bir unsur sunulduğunda bu hastaların önemli ölçüde bu bilgileri daha iyi anlaması mümkün oldu. Buna karşın, şizofreni ve major depresyon hastaları, tedavi bilgisini anlama azlığı ve tedavinin sonuçları hakkında düşünmede kalp hastaları ya da toplum örnekleminden daha az yeterli muhakeme etme gösterme eğilimindeydi.

1990 yılında, Missouri Sağlık Bakanlığı Cruzan davası kararında Yargıtay[3] eyaletlerin hastaların arzularını resmileştirmek; onlara aciz veya ölümcül hasta olarak tıbbi tedavi altında yaşamlarını sürdürmemeye izin verebileceğini belirtir.

Buna göre, klinik psikologlar ve diğer ruh sağlığı uzmanlarına ileri düzey tıbbi yönlendirmeler olarak bilinen kişinin yeterliliğini belirlemek için çağrıda bulunuluyor. Hastaların yeterliliğinin belirlenmesi ile ilgili etik ve pratik konular gelecekte yaşama son verme kararlarını da içerir; ama eğilim hastanın değişik tedavi ve sağlık hükümlerini kabul veya reddetmesinde yüksek derece bağımsızlığa sahip olduğunu kabul etmektir (Cantor, 1998; Rich, 1998). Amerika Birleşik Devletleri'nde tek hekim destekli intihar yasası olan eyalet Oregon'dur, bu eyalette, hayatlarını sona erdirmek için hastaların kararlarına katkıda bulunan bir faktör olarak depresyonu ekarte etmesinde psikolojik değerlendirme yapmak kuralı bulunmaktadır.

Bu Kısmın Özeti: Kişiler psikolojik zarar için yasal tazminat talep ettiklerinde, haksız fiil/muamele kararı alabilir. Stres veya travmatik bir deneyime dayalı TSSB iddialarına dayanan işçi tazminat talebinde bulunan örnekler vardır. Klinisyenler Bölüm 3, 4 ve 5'te açıklanan aynı değerlendirme prosedürlerinin birçoğunu kullanarak psikolojik zararın niteliği ve kapsamı hakkında kanıt toplar. Bir kişinin kendileri için bazı önemli kararlar almasında zihinsel olarak yeterli olup olmadığını belirlemede mahkemelerin yargılamasına yardımcı olur.

PSİKOLOJİK OTOPSİLER VE SUÇLU PROFİLİ

Bu Kısma Bakış: Psikolojik otopsiler genellikle, örneğin bir kişinin intihar, kaza ya da cinayet sonucu ölümünü belirlemeye yardım etmek için yapılır. Bir suç işlendiği zaman ama suçu kimin işlediği bilinmediğinde suçlu profili ortaya çıkar. Profilleri çıkaran klinisyenler şüpheli kategorileri arasında en yüksek olasılık olanları tanımlamada psikoloji bilimini kullanır.

Yukarıda belirtildiği gibi, çoğu adli değerlendirmede, klinik değerlendirmede olduğu gibi görüşme, gözlem ve yaşayan danışanlara test uygulama bulunmaktadır. Bazen de, klinisyenler ölümden önce ölen kişinin ölüm öncesi düşünceleri hakkında fikir vermek için çağrılabilir. Bu gibi durumlarda, açıkcası, klinisyenin o kişinin katılımı olmadan değerlendirme yapması gerekir. Bu ölüm sonrası (postmortem) psikolojik değerlendirmeler, psikolojik otopsiler veya şüpheli ölüm analizleri olarak bilinir (Ogloff ve Otto, 1993).

---

[3] 497 U.S. 261 (1990).

Psikolojik Otopsiler

Los Angeles'da bir grup sosyal bilim insanının intihar, cinayet ya da kaza gibi bazı şüpheli durumlarda ölümde en olası nedeni belirlemede İlçe Coroner Ofisi'ne yardımcı olmaya başladığı ilk psikolojik otopsilerin 1950'lerde yapılmış olduğuna inanılıyor. O zamandan beri, psikolojik otopsiler, sigorta şirketleri hayat sigortası poliçeleri sahipleri intihara kalkıştığı ve ölüm nedeniyle ödenecek tazminatın verilip verilmeyeceğini bilmek istediğinden beri özellikle de olağan hale gelmiştir. Psikolojik otopsiler şu konularda kullanılır: (a) işçi tazminat davalarında bir çalışanın ailesi stresli çalışma koşullarının veya işle ilgili travmanın çalışanın intiharına veya kaza sonucu ölümüne katkıda bulunduğunu iddia ettiği durumlar, (b) ölen bir bireyin isteneni yerine getirme ya da değiştirmede zihinsel karar verme kapasitesi olup olmadığını belirleme durumu ve (c) suçlanan kişinin, ölen kişinin cinayetle değil intihar ederek öldüğü iddialarına destek olma durumları.

Psikolojik otopsi yapılması için standart bir format yoktur, ama çoğu klinisyen ağırlıklı olarak bir kişinin geride bıraktığı dokümanlara ve diğer yaşam kayıtlarına ve cesedi bulanlar ile görüşmelere dayanırlar. Bazı klinisyenler sadece kişinin ölümünden önceki zamandaki kanıtlara konsantre olur. Kişinin ruh hali neydi? Kişi işini nasıl yapıyordu? Kişinin herhangi bir davranışında belirgin değişiklikler var mıydı? Psikodinamik yaklaşımı benimsemiş klinisyen aile dinamikleri ve kişinin hayatında görünen ilk kişilik özellikleri hakkında kanıt arar. Çocukken, kişi anne ya da diğer bakıcılar ile nasıl bir etkileşimdeydi? Bireyin okula yaklaşımı neydi? Akranları ile rekabet ediyor muydu?

Psikolojik otopsiler ne kadar geçerli -yani ölüm zamanında kişinin aklının başında olduğu durumunu ne kadar doğru tasvir ediyor? Bulguların geçerliğinden şüphe etmenin nedenleri elbette vardır. Yapılacak çıkarımlar kişinin görüşülmesi veya test edilmesi için geçerli olmadığından değerlendirme bilgilerinin çoğu "ikinci elden" geliyor. 4. Bölüm'de belirtildiği gibi, ayrıca, üçüncü taraf görüşmeler yoluyla elde edilen bilgiler hafıza sorunları veya özellikle iyi ya da kötü ışıkta bir kişiyi tanımlamak çabalarıyla bozulabilir. Kısmen, ölümden önce merhumun zihinsel "gerçek" durumu bilinmiyor ve bu nedenle klinisyenin daha sonra varacağı sonuçlarla karşılaştırılamaz olduğu için, psikolojik otopsilerin geçerliliğine ait çok az görgül araştırma vardır (Dattilio, 2006). Gelecekteki çalışmalarda, araştırmacılar ölüm nedeni belirsiz görünen ama aslında bilinmekte olunan davalarla ilgili psikolojik otopsi hakkında bilgi verdiğinde, tanınmış uzmanların ne kadar iyi değerlendirmeleri olduğu görüldüğünde bu sorun kısmen çözülebilir. Bu uzmanların vardığı sonuçlardaki hassaslıkların ve arkalarındaki nedenlerin incelenmesi, psikolojik otopsilerde geçerliğin kurulması yönünde uzun bir yol katedilebilir.

Daha iyi bir araştırma kanıtı yokluğunda, hâkimlerin psikolojik otopsi kanıtlarına çeşitli tepkileri vardır. İşçi tazminatı ve sigorta yardımları ödenmesi gereken durumlarda sorulmuş olan soruları içeren durumlarda, mahkemeler genel-

likle psikolojik otopsi ifadelerini kabul ettiler. Hâkimler ceza davalarında kişide irade belirten zihinsel kapasite olup olmadığı sorularını içeren vakalarda bunu yapmakta isteksiz olurlar (Otopsi sonuçlarına güvenmede isteksiz olurlar.) (Ogloff ve Otto, 1993) çünkü bu vakalarda nihai konuda psikolog tanıklığı ile karar verilmesi gerekir. Daha önce belirtildiği ve daha sonra tartışılacağı gibi, bu tür tanıklığa genellikle izin verilmez.

Suçlu Profili

Bazı açılardan, psikolojik otopsiler suçlu profili olarak bilinen tekniklere benzer. Her iki durumda da, klinisyenler bireyin motivasyonları ve zihinsel durumları hakkında kişinin geride bıraktığı yaşam kayıtları veya diğer verilerin temelinde çıkarımlarda bulunur. Psikolojik otopsilerde ise, değerlendirilen kişinin kimliği bilinir ve ne yaptığı ve neden yaptığı soruları vardır. Suçlu profili olarak, kişinin davranışı bilinir ve soru "Bunu kim yaptı?" dır.

Başarılı suçlu profillemenin ilk örneklerinden biri New York'ta sözde "Deli Bombacı" George Matesky'nin, tutuklanması ile 1957 yılına aittir. 30'dan fazla bombalanmadan sorumlu kişiyi belirlemek için bir on yıl denedikten sonra, New York bölgesinde polis Dr James Brussel adlı yerel bir psikiyatriste danışmıştır. Brussel, bomba sahnelerinin fotoğraflarını ve bombacı tarafından polise gönderilen mektupları analiz etmiştir. Bu verilere dayanarak, Brussel tek başına ve bir kardeş ya da bir teyze ile yaşayan bir ağır, orta yaşlı, özellikle Doğu Avrupa'lı, Katolik bir adamı araması için polise tavsiyede bulunmuştur. Brussel ayrıca bu adamın annesine ve zarifliğe değer verdiği sonucuna varır. Hatta bu adamın bulunduğu zaman, onun bir düğmeli kruvaze takım elbise giymiş olacağını öngörmüştür. Polis sonunda Matesky'i tutukladığında, bu profilin aşağı yukarı takım elbise de dahil esrarengiz bir şekilde doğru olduğu ortaya çıktı (Brussel, 1968).

Bugün, suç profili konusunda araştırma ve geliştirmede önemli bir kaynak FBI Davranış Analiz Birimi'dir. Bu birimde davranışsal bilim eğitimi almış profil çıkaranlar ve çok az sayıda psikolog ve diğer ruh sağlığı uzmanları bulunur. Bu birimin bir yılda analiz ettiği vaka sayısı yaklaşık 1.000'dir (Homant ve Kennedy, 1998).

Ceza almış suçluların geçmişi, aile özellikleri, mevcut davranışları ve türleri, psikolojik özellikleri üzerinde büyük miktarda veri toplamıştır (Douglas ve Olshaker, 1995). Bu birim, şiddet suçlusu, tecavüz, kundaklama, cinsel cinayet ve kitle ve seri cinayetler dahil olmak üzere özellikle tuhaf veya tekrarlanan suç işleyenlerin özellikleri üzerinde yoğunlaşmıştır. Birimin araştırmasındaki kilit nokta faili bilinen suçlularla çeşitli görüşmeler yapıyor olmasıdır. Bu görüşmeler her türün nasıl seçim yaptığını ve onların kurbanlara yaklaşımlarının nasıl olduğunu, paylaştıkları ne gibi demografik ya da aile özellikleri ve hangi kişisel özelliklerinin baskın olduğunu keşfetmektir. Örneğin, FBI, kitleleri öldürenleri ve seri katilleri

çalışmanın bir parçası olarak, Charles Manson, Richard Speck ve David Berkowitz gibi birçok azılı katille detaylı görüşmeler yapmıştır.

Suç profili ile ilgili bir gözden geçirmede (Homant ve Kennedy, 1998) çeşitli suç sahnelerinin aslında makul bir güvenirlilikle sınıflandırılabileceği ve çeşitli suçların çeşitli suçlu özellikleriyle ilişkili olduğu sonucuna vardı. Aynı zamanda, profil üzerinde araştırmaların değeri hakkında uyarılar için birçok neden ileri sürülüyor. Bir noktada, "deli bombacı" durumunun aksine, yanlış profiller de oldukça yaygındır. İkincisi, değerlendirme çalışmalarının birçoğu FBI profilleri yapanların kendileri tarafından yapılmıştır ve oldukça az sayıda vakaya odaklanmıştır. Son olarak, aslında profil çıkaranlar tarafından kullanılan kavramlar ve yaklaşımlar çoğu zaman objektif olmamıştır ve sistematik tanımlanmamıştır (Bartol ve Bartol, 2008). Aslında, 152 polis psikoloğunun bir alan araştırmasında, bunların %70'inin aslında suç yeri profilinin geçerliliği konusunda ciddi sorular olduğunu bulmuştur (Bartol, 1996). Hatırlayın, 1996 Olimpiyatları'nda bomba patladıktan sonra, Atlanta polisi hemen ve yanlış bir şekilde bir Olimpiyat Parkı güvenlik görevlisi Richard Jewell üzerine şüphelerini yöneltti. Çünkü Jewell'in profili bombalama için FBI profiline uygundu; "Beyazdı, Bekârdı ve Orta yaşlı bir erkekti, Spotları üzerine çevirmek isteyen polis özentisinde biri"idi. Bu durumda, profil yanlıştı.

Bu Kısmın Özeti: Psikolojik otopsiler nedenleri muğlak bir ölümünün arkasındaki psikolojik nedenleri belirlemek için tasarlanmış değerlendirmelerdir. Suçlu profili suçların belirli türlerini gösteren insanlar ile ilişkili psikolojik ve demografik özelliklerini belirlemek için yapılan girişimleri içerir. Profilleme polis soruşturmalarına odaklanmak ve suçlu bir taraf bulmak için tasarlanmıştır. Uygulamanın bazıları için önemli olarak kabul edilmesine rağmen, destekleyecek güçlü görgül kanıt eksikliği vardır.

ÇOCUK VELAYETİ VE EBEVEYN UYUMU

Bu Kısma Bakış: Çocuk velayeti davalarına klinik psikologlar herhangi bir başka alanda adli konularda çalışanlardan daha fazla dahil olurlar. Klinisyenler mahkemelerin çocukların yararına olan hareketin ne olacağına karar vermede boşanan ebeveyn ve onların çocuklarını değerlendirir. Adli psikolojide klinisyenler için en hızlı büyüyen alanlardan biri kriz yaşayan ailelerin değerlendirilmesidir.

Ebeveyn Uyumu

Bazen klinisyenlerin *ebeveyn uygunluğu*nu değerlendirmesi istenir. Bir çocuk ile ebeveynin ilişkisinin yasal olarak sonlandırılıp sonlandırılmayacağına ve çocuğun kurumda bakımı veya evlatlık verilmesi gibi kararları vermede değerlendirme gerekir. Ebeveyn uyumsuzluğu yasal tanımı eyaletler arası değişir (Azar ve Benjet, 1994), ama genel olarak, çocuk refahı için yerel veya devlet çocuk bölümü görevlisi (savunucusu) ebeveyn ve çocuk arasında gelecekte temasın

zararlı olduğunu kanıtlamak zorundadır. Örneğin, Virginya'da evebeyn uyumsuzluğunu kanıtlamak için şu kriterler temel alınır: (a) çocuğu 6 aydan fazla terk etmek, (b) bir cinayet ya da başka bir çocuğa aşırı fiziksel zarardan mahkum olmak, (c) çocuğu ebeveyniyle tutmak için çocuk esirgeme yetkililerinin gösterdiği tüm çabalara rağmen, fiziksel ya da zihinsel olarak çocuğun bakımını yapmada uygun olmamak, (d) çocuk bakımı için çocuğun esirgeme kurumu çalışanları ile temas kurmasına neden olduğu durumlar (Bu son durum genellikle fiziksel veya cinsel çocuk istismarı, çocuğun fiziksel ya da tıbbi iyiliğinin ihmâli ve ebeveyn uyuşturucu ya da alkol bağımlılığını içerir). Çoğu diğer eyaletlerde olduğu gibi, kanıt %75 oranında "açık ve inandırıcı"olmalıdır.

Çocuk Velayeti Anlaşmazlıkları

Ebeveyn ayrıldığında veya boşandığında, aile krizlerinin yasal yönlerinde daha yaygın olarak klinik psikologların katılımı gerekir. Burada, klinisyenin genellikle çocuğun velayetini değerlendirme yapması ve bir mahkemede çocuğun hangi ebeveyn ile kalması durumunda çocukların ihtiyaçlarının en iyi şekilde karşılanacağı üzerinde öneriler sunması istenir. Böylece klinisyen velayet anlaşmazlıklarının çözümüne yardımcı olur. Değerlendirme faaliyetlerindeki artış şunlara atfedilebilir: İlk olarak, ABD'deki tüm evliliklerin yarısının şimdi boşanma ile bitiyor olma gerçeği göz önünde bulundurulduğunda, velayet konularının milyonlarca aileyi ilgilendirdiği söylenebilir. Bugün hayatta olan ABD'li çocukların üçte biri bir zaman bir üyev aile ile yaşayarak hayatlarını geçirir ve yarısından fazlası tek ebeveynli aile ile yaşar (Arnold, 1998). İkinci olarak, 20. yüzyılda belirgin olarak annenin velayet için tercih edilmesi eğilimi 1980'lerde bitmiştir ve artık yasalar en azından cinsiyetsiz nötr kurallar içermektedir. Mahkemeler artık velayet hakkında bir karar vermeden önce her ebeveynin ebeveynlik yetenekleri hakkında rutin bilgi istiyor (Liss ve McKinley-Pace, 1999).

Çoğu eyalet iki çeşit velayete izin veriyor: ortak veya tek velayet. Yasalar, ruh sağlığı uzmanlarının çocukların ihtiyaçlarının en iyi karşılandığı ortamın her iki ebeveyni tarafından sağlandığı gerçeği hakkında görüş bildirdikleri için büyük ölçüde ortak velayet tercih edilir. Ama ortak velayetin iki kategorisi vardır: yasal ve fiziksel.

Ebeveynin ortak velayeti olabilir, bu, çocuklarının refahı ile ilgili kararları (örn., eğitim ve sağlık bakımı gibi konularla ilgili olan) ortak almaları, biri fiziksel velayetini alırken diğerinin ziyaret haklarına sahip olması anlamını taşır. Tek yasal velayetle karşılaştırıldığında, ortak yasal velayet iki ebeveyn arasında daha sık çocuk temasını, çocukları ile ilgili işbirliği için ayrılan eşlerin daha fazla iletişim içinde olması (Çocuklarını düşünerek daha fazla işbirliği kurmayı gerektirir) anlamını taşır ve bakımla ilgili düzenlemelerde daha fazla çeşitlilik yaratır (Clingempeel ve Repuccci, 1982).

Klinisyenler üç koşul altında velayet değerlendirmeleri yapar. Bazı durumlarda, bir yargıç tüm taraflara faydanın mümkün olmasında velayet değerlendirmesi yapmak için bir klinisyeni atar. Diğerlerinde ise, her taraf bağımsız değerlendirmeler yapmak için farklı uzmanlar tutar ve bazı diğerleri de iki tarafın tek bir değerlendirme yapmasında uzmanın maliyetini paylaşmayı kabul eder (Weissman, 1991). Avukatlar da dahil çoğu bilgilendirilmiş gözlemciler birinci ya da üçüncü seçeneği kabul eder, çünkü bu her iki tarafca tutulan uzmanların ayrı işe alınması durumunda genellikle ortaya çıkabilen düşmanlıkları ve düşmanca baskıyı en aza indirir (Keilin ve Bloom, 1986).

Velayet değerlendirmelerinde kullanılan yöntemler her durumda belirli konulara bağlı olarak büyük ölçüde değişmekle birlikte, Amerikan Psikoloji Derneği ve Aile ve Uzlaştırma Mahkemeleri Birliği velayet değerlendirmesi yapılması için kurallar yayınlamıştır. Çoğu değerlendirme klinik ve sosyal tarihçeyi, ebeveynin ve çocukların standardize test edilmesini, ebeveyn-çocuk etkileşimlerinin gözlemini ve eğer fırsat varsa aile üyelerini gözlemlemeyi ve onlarla bireysel görüşmeler yapmayı, ayrıca davayla ilgili olabilecek çocukların ve ebeveynin tıbbi kayıtları da dahil olmak üzere dokümanların gözden geçirilmesini içerir.

Velayet değerlendirmeleri yapan ruh sağlığı uzmanlarına uygulanan bir ulusal anket bu uzmanların her velayet davasında ortalama 30 saatini velayet değerlendirmesine adadığını buldu (Ackerman ve Ackerman, 1997). Bu sürenin önemli bir miktarı çeşitli kombinasyonlarda taraflarla görüşme ve gözleme harcanmaktadır. Yanıt verenlerin üçte ikisinden fazlası, her ebeveyn ve her çocukla bireysel görüşmeler yaptığını ve her çocuğun anne ve babası ile (ayrı ayrı) etkileşimini gözlediğini ve ebeveyn ve çocuklarıyla psikolojik testler yürüttüğünü belirtmiştir. MMPI ebeveynde en sık kullanılan değerlendirme aracıdır ve zekâ testleri ve projektif kişilik testleri (bkz. Bölüm 5) çocuklar ile kullanılan en yaygın değerlendirme araçlarıdır. Bricklin Algısal Ölçeği ve Ackerman-Schoendorf Ebeveyn Velayet Değerlendirmesi gibi velayeti değerlendirmek üzere geliştirilen belirli ölçeklerin bir ya da birden fazlasının kullanımında artış bildirilmiştir (Nicholson, 1999).

Bu uzmanlar tarafından yapılan en yaygın tavsiye ebeveynin karar verme sürecinde paylaştığı, sınırlı ortak velayettir, ancak bir ebeveyn birincil fiziksel velayeti sürdürmektedir. Ziyaretler olmadan tek ebeveynin velayeti en az önerilen alternatif olmuştur. Çocukların uyumu ortak velayette mi tek velayette mi büyüdükleri zaman daha iyi çalışır? Her ikisinin de çalıştığı düşünülebilir; ortak velayette çocuğun hem anne hem de babası ile yakın bağlarını korumasına izin verirken, tek velayette velayet düzenlemelerini kolaylaştırır ve çocukların evinin neresi olduğu ile ilgili kafa karışıklığını en aza indirir. Gerçekten de, çalışmaların çoğu iki tür velayette belirgin bir farklılık bildirmemiştir ancak ortak velayette çocuğun sadece biraz daha iyi uyum sağladığı söylenebilir (Bender, 1994; Crosbie-Burnett, 1991).

Bununla birlikte, daha önceki araştırma sonuçlarıyla uyumlu olarak (Emery 1982; Hetherington ve Arasteh, 1988), Crosbie-Burnett (1991)'in çalışmasında ebeveyn arası düşmanlığın ve ebeveyn arasındaki çatışmaların devam etmesinin çocuklarda uyumu zayıflatmakla ilişkili olduğu bulunmuştur. Boşanan ebeveyn arasındaki ilişkinin kalitesi çocukların tek-velayet ya da ortak velayet durumunda yetiştiklerinde daha iyi uyum sergileyecek olmalarından daha önemli görülmektedir.

Birçok ruh sağlığı uzmanı, çocuğun velayeti ve ebeveyn uygunluğu konusunda değerlendirmelerin etik olarak en zorlayıcı ve klinik olarak tüm adli vakalardan daha zor olduğuna inanıyor. Bir kere, duygusal örseleyiciği son derece yüksektir ve ebeveyn genellikle velayetin kimin kazanacağı mücadelesinde hiçbir masraftan ya da taktikten vazgeçmez. Bu çatışma ile ilgili gerçek şudur ki, yıllar değilse de aylar içinde, çocukların, genellikle hangi okula gideceği ya da ne sıklıkta evebeynini göreceği, nerede ve kimle yaşayacağını bilememekle ilgili duygusal bir belirsizlik içinde yaşamak zorunda olduğudur. İkincisi, tam bir aile değerlendirmesi yapmak için, klinisyenin hem ebeveyni hem de çocukları değerlendirmeleri gerekir, mümkün olduğunda diğer kişilerin ailenin etkileşimi ile ilgili gözlemlerini de değerlendirirler. Çoğu zaman, tüm taraflar bu tür değerlendirmeleri kabul etmekle ya da kendilerini zorlamakla kalmaz; uzun ve düşmanca bir değerlendirme süreci oluşturtuğu da bir gerçektir. Üçüncü olarak, klinisyen sadece özellikle değerlendirilen çocuklar ve ebeveyni hakkında değil, aynı zamanda çocuk-yetişkin bağlanması, çocuk gelişimi, aile sistemleri, çocukta boşanmanın etkileri, yetişkin ve çocukluk ruhsal bozuklukları ve birkaç farklı türde testlerin sonuçları hakkında bir uzman görüşü oluşturur (bknz., Bölüm 11, "Klinik Çocuk Psikolojisi").

Durumu karmaşık hale getiren de, geleneksel "aile" tanımlarındaki değişikliklerdir. Yaşam içinde artan değişkenliklere tolerans, klinik psikologları ve hukuk sistemindeki yetkilileri ebeveynin cinsel yönelimi veya etnisitesinin velayeti ve evlat edinme kararları üzerinde herhangi bir etkiye sahip olup olmadığı hakkında sorularla yüzleşmeye zorlamıştır. Örneğin, New Jersey yüksek mahkemesi eşcinsel erkeklere ve lezbiyenlere çocukların velayet hakkını vermiştir. Bununla birlikte, diğer bazı eyaletlerde bu durum böyle değildir.

Son olarak, çocukların velayetini değerlendirme genellikle bir tarafı zorlayan süreçler ve uzman görüşlerini kabul etmeyen fikirler olduğunda son derece düşmanca yaşanan süreçlerdir. Bu nedenle, velayet değerlendirmesini yapan klinisyenler, kendilerine ve bilimsel yeterliliklerine, yöntemlerine, kişisel karakter ve mesleki etik değerlerine yönelik her türlü saldırıya hazırlıklı olmalıdırlar. Buna karşı korunmak için ve değerlendirmelerin yeterli ve profesyonelce yapılır olmasını garanti etmede, klinisyenler 'Boşanma Sürecinde Çocukların Velayetini Değerlendirmeleri için APA Rehberi'ni takip ederler (APA, 1994a) (bknz., Tablo 14.2).

Velayet Arabuluculuğu

Boşanma çocuklar için böyle güçlü bir stres içerdiği için ve uzun süreli velayet savaşlarında aile üyelerini uyanık tutmakta ve onlarda duygusal hırpalanma izleri bırakma eğilimi olması nedeniyle, klinisyenler bu geçiş süreçlerinde ebeveyne yada çoçukların başetmesine ya da velayet savaşlarında alternatifler sunmakta giderek artan bir ilgiye kendilerini adarlar. (Grych ve Fincham, 1992; Kelly, 1991).

Velayet arabuluculuğu hizmetleri artık sık sık mahkeme yerine alternatif olarak kullanılmaktadır. Arabulucunun işi, tarafların iletişim için güvenli bir ortam sağlayarak ve onları çeşitli seçenekleri keşfetmelerinde yardımcı olarak aralarındaki farklılıklara bir çözümü kabul etmelerine yardımcı olmak için çalışmaktır (Stahl, 1994).

TABLO 14.2

Boşanma Süreçlerinde Çocuk Velayeti Değerlendirmeleri için APA Rehberinin Anahatları

I. Yönlendirici Kurallar: Çocuk Velayeti Değerlendirme Amaçlı
  1. Değerlendirmenin öncelikli amacı çocuğun en iyi psikolojik menfaatlerini değerlendirmektir.
  2. Çocuğun çıkarları ve refahı büyük önem taşımaktadır.
  3. Değerlendirmenin odak noktası *ebeveynlik kapasitesi*, çocuğun psikolojik ve gelişimsel ihtiyaçlarına ve elde edilen uyum üzerinedir.

II. Genel Kurallar: Çocuk Velayetini Değerlendirme için Hazırlık
  1. Psikoloğun rolü objektif, tarafsız duruşunu korumak için çaba gösteren profesyonel uzman olmasıdır.
  2. Psikolog özelleşmiş bir yetkinlik kazanır.
  3. Psikolog, kişisel ve toplumsal önyargıların farkında olduğunu ve ayrımcı olmayan uygulamaları yürütmektedir.
  4. Psikolog çoklu ilişkiden kaçar.

III. Usül Kuralları: Çocuk Velayeti Değerlendirmesini Yürütme
  1. Değerlendirmenin kapsamı yönlendirilen sorunun niteliğine göre değerlendirici tarafından belirlenir.
  2. Psikolog tüm yetişkin katılımcıların iznini alır ve uygun olarak, çocuk katılımcıları bilgilendirir.
  3. Psikolog gizlilik ve bilgilerin açıklanmasının sınırları hakkında katılımcıları bilgilendirir.
  4. Psikolog birden fazla veri toplama yöntemlerini kullanır.
  5. Psikolog klinik ya da değerlendirme verilerini ne aşırı ne de uygunsuz yorumlar.
  6. Psikolog şahsen henüz değerlendirilmemiş herhangi bir bireyin psikolojik işleyişi ile ilgili herhangi bir fikir vermez.
  7. Önerileri, eğer varsa, çocuğun en iyi psikolojik menfaatleri olduğunu görüşüne dayanmaktadır.
  8. Psikolog mali düzenlemeleri netleştirir.
  9. Psikolog yazılı kayıtları saklar.

Psikologlar, tarafların duygusal boşanmayı kabul etmelerine, anlaşmazlıkları çözmelerine ve istikrarlı bir ortak ebeveynlik ilişkisi kurmalarına yardımcı olarak arabuluculuk sürecini kolaylaştırabilirler. Gerçekten de psikologlar için yeni bir rol velayet anlaşmazlıklarında gelişmektedir. Bazı psikologlar çocuklarıyla nasıl bir şekilde ebeveynliği götürecekleri konusunda boşanmış veya ayrılmış anne-babalara eğitim verme görevine odaklanmaktadır. Ebeveynlik koordinatörleri olarak bilinen bu klinisyenler çocukların duygusal ve gelişimsel ihtiyaçlarına odaklanarak danışanlara ebeveynlik konularına değinmekte yardım eder (Bailey, 2005). Ayrıca konuları kendi aralarında çözmek için yardım eder, aksi durumda bir hâkim tarafından karar verilmesinin söz konusu olacağını açıklar (Bailey, 2005).

Çekişmeli velayet süreçlerine karşı arabulucuk etkisini değerlendirmek için, Robert Emery ve arkadaşları, boşanmış çiftlerin arabuluculuk veya velayet davası koşullarına rastgele şekilde atanmayı kabul ettiği bir çalışma yürüttü. Arabuluculuk duruşma sayısını büyük ölçüde azaltır ve bir çözüme ulaşmak için gerekli toplam zamanı azaltırken, arabulucuk ya da davada olanların psikolojik uyum açısından farklılıkları olmadığı bulundu. Ancak, iki yöntem arasında memnuniyette tutarlı bir cinsiyet farkı vardı.

Arabuluculuğa giden babalar davaya giden babalardan daha fazla oranda süreçten tatmin olduklarını bildirdiler. Öte yandan, arabuluculuğa giden anneler daha az tatmin bildirdiler. Davadaki anneler daha iyi uyum sergilediler (Emery, Matthews ve Kitzmann, 1994; Emery, Matthews ve Wyer, 1991). Davaya göre arabuluculuğun ebeveyn ya da çocuklarda boşanma sonrası uyumu arttırdığını gösteren çok az kanıt vardır (Melton ve diğ., 1997). Ayrıca, arabuluculuk aile içi şiddet ve madde bağımlılığı gibi bir partnerin diğerinden ilişkide daha güçlü olmasına iten durumlarda zararlı bile olabilir (Liss ve McKinley-Pace, 1999).

Bu Kısmın Özeti: Velayet değerlendirmelerinde, klinisyenler ebeveynin uygunluğu ve boşanma sonrası uyum gibi çocuğa en çok fayda sağalayacak ortam konusunda delil sağlarlar. Bu yasal eylemlere klinisyenlerin katılımı çok yaygındır ama bu bir dizi pratik ve etik ikilem üretebilir. Deneyimli klinisyenler tuzaklardan kaçınmak için etik kurallara ve uygulamalara güveniyorlar. Klinisyenler bazen mahkemede sonuçlanacak boşanma vakalarının sayısını azaltmak için tasarlanmış bir işlem olan velayet arabuluculuğunun yürütülmesi veya düzenlenmesine katılıyorlar.

YASAL SİSTEMDE RUH SAĞLIĞI UZMANLARI

Bu Kısma Bakış: Tarif ettiğimiz adli değerlendirme uygulamalarının çoğu klinisyenlerin mahkemelerde ifade verirken geniş bir yelpazede bilirkişi olarak tanıklık etmesini gerektirir. Bunu yaparken, hukuk sisteminin nasıl çalıştığını bilerek ve görgül doğruları uygulamalarında kullanarak yararlanabilir.

Bilirkişi olarak tanıklık, klinik psikologların adli faaliyetlerinin en görünür olanıdır. Klinik psikologlar (ve psikiyatristler) Menendez kardeşler, OJ Simpson, Jeffrey Dahmer, John Hinckley, Theodore Kaczynski ve Timothy McVeigh de dahil, ABD tarihinin en azılı sanıklarının ceza yargılamalarında bazı ifadeler vermiştir. Yasal tanım olarak, bir bilirkişi belirli koşullar sağlandığında, bir görüş şeklinde tanıklık veya bilimsel, teknik ya da diğer uzmanlık bilgisine sahip olan kişidir:

1. Yargıç kanıtı anlamak veya konuya ilişkin bir gerçeğin doğasını belirlemek için mahkeme ya da jüriye yardımcı olacağına inanmakta olduğu zaman bir uzman hâkimin takdirinde ifade verir.
2. Uzman bilgi, beceri, tecrübe, eğitim veya bilimsel, teknik veya diğer özel bir konuda ifade vermek üzere eğitimlerle kalifiye olmalıdır.
3. Uzman tanıklığı bilirkişinin alanında güvenilir ve kabul edilen ilkeler ya da yöntemlere dayalı olmalıdır.
4. Uzman tarafından kullanılan veya başvurulan ilkeler ve yöntemler bu durumda gerçekler veya veriler için geçerli olmalıdır.

Bu standartlar, bilimsel uzman tanıklık güvenilirliği konusunda 1990'larda 'Federal Kural 702, Uzmanlar tarafından Tanıklık' belgesine girmiştir. (*Daubert v. Merrell Dow Pharmaceuticals,*[4] 1993; *General Electric v. Joiner,*[5] 1997; ve *Kumho v. Carmichael,*[6] 1999). Federal Kuralın federal yargılamalar için geçerli olmasına rağmen eyaletlerin çoğunluğu da kendi standartlarını uygular. Diğer eyaletlerin uzman tanıklığın kabul edilebilirliği için farklı koşulları vardır, ancak tanıklığın en azından, yayınlanan ve bilimsel kanıtlara dayalı olması gerekir (*Frye v. United States,*[7] 1923; Shuman ve Sales, 1999). Tablo 14.3'te adli klinik psikologların tanık konumunda olabileceği birçok durum açıklanmıştır.

Kullanılan ölçme ve değerlendirme araçlarını açıklama, ruhsal bozukluk tanısı da dahil olmak üzere tarafların ruhsal durumu hakkında görüşleri ve tarafların belirtileri, davranışları ve tavırlarını bilişkişilerin açıklamaları yasa ile sınırlıdır. Uzmanların, bir sanığın yargılanmak üzere yeterli olup olmadığını veya suç anında akıl sağlığından yoksun olup olmadığını, bir tarafın irade gösterip gösteremeyeceğini, hangi ebeveynin çocuk velayeti için daha iyi olacağını ya da nihai olarak mahkeme sonuçlanmadan başka herhangi bir görüş açıklamasına izin verilmez. Daha önce belirtildiği gibi, "nihai görüş tanıklığı" önerilerinin önceden açıklanması yasal sonuç için bir taslak olacaktır ki bu gerçekleri ve görüşleri yasaya uygulayan yargıç ve jürinin ayrıcalıklarına el koyma olacaktır (Cassel ve Bernstein, 2007).

---

[4] 509 U.S. 579 (1993).

[5] 522 U.S. 136 (1997).

[6] 526 U.S. 137 (1999).

[7] 293 F. 1013 (D.C. Cir. 1923).

Psikolojik ve psikiyatrik uzman tanıklığı bilimsel uzman delillerinin tüm diğer türleri ile birlikte, son yıllarda hızla büyümektedir. Bu psikologların ve psikiyatristlerin federal hukuk mahkemeleriyle ilgili tüm çalışmaların yaklaşık %8'inde tanıklık ve ruh sağlığı tanıklığı yaptığı, her yıl bir milyon dava gibi birçok davaya katıldığı tahmin edilmektedir.

Tablo 14.3'de gösterildiği gibi, psikologların hakkında ifade vermeleri için birçok konu olduğundan uzman tanıklık sıklıkla üstlenilir. Bilim insanlarından insan davranışları hakkında daha fazla bilgi edinmek üzere, avukatlar davalarda kendi araştırma sonuçlarında bu uzmanların katılımını yararlı bulmaktadır. Basın genellikle cezai yetki ve sorumluluk ile ilgili tanıklık üzerinde durur, ancak bu konular hakkında tanıklık çocukların velayeti, çalışanların tazminatı, haksız fiil ve ayrımcılık olaylarını içerenlere kıyasla aslında oldukça nadirdir.

Oysa psikolojik uzman tanıklığı sık sık güvenilirlilik, geçerlilik, uygunluk ve kullanışlılığı eksik olarak eleştirilmiştir. Akıl hastaları için yasal hakların destekçisi, eski federal temyiz yargıcı David T. Bazelon (1974) şundan yakınır, bir zamanlar psikiyatrist bilgisi ve uygulaması olmadan daha verimli ve güvenilir bir tanıklık ortaya çıkarmak daha zordu. Bu görüş Yargıtay Eski Başkanı Warren Burger (1975) tarafından "psikiyatrik tanıda belirsizlikler" yazan psikiyatristleri azarlamaya kadar varmıştır. Psikologların uzman tanıklıkları keskin ifadelerle diğer çeşitli kaynaklarda eleştirilir (Bonnie ve Slobogin, 1980; Ennis ve Litwack, 1974; Morse, 1978) ve iyi bilinen bir rehber kitap psikologların bilirkişiliğinin nasıl sorguya çekilmeye maruz kaldığına bir bölüm ayırmaktadır. (Ziskin ve Faust, 1988).

Delil standartlarının Federal Kural 702'de ve alınmış kararlarlarda olduğu gibi sıkılaştırılması, avukatlar ve hâkimlerin bazı kaygılarını gidermede psikolog uzmanları zorlar.

Geçmişte olan istinaf mahkemeleri gibi bazı görüşlerin geçerli araştırmaya tamamen dayalı olmaması gerçeği (Smith, 1989) vardı. Bununla birlikte, yargıçlar ve jüri hala bir bilim olarak psikoloji hakkında yeterince bilgili değildir. Uzmanlar ifade verirken zayıf bir iş çıkarttığında yargıç ve juri ortaya çıkan sorunlar ile uğraşmak zorunda kalır. Ve bilim konusunda yeterli bilgiye sahip olmayan avukatlar yeterli inceleme yapmakta başarısız olurlar ve uzmanları çapraz incelemeye alırlar.

Bu sorunlar hâkimleri ve juriyi iyi sunulmuş ve etkili meydan okuyan fikirden mahrum bırakır ve gerçeği bulmaya çalışanlar anlamadıkları tanıklıkla aydınlanamaz. Nitekim, uzman tanıklığı konusunda uzmanlar, bilirkişilerin öğretmen rolü almalarını önerir ve karmaşık kavramları basitce ve jürinin görselleştirmesine yardımcı olmak için grafikler, videolar, fotoğraf ve modeller kullanarak sunmaya çalışmalarını önerir.

TABLO 5.1

Uzman Psikolojik Tanıklık Konuları

Psikolojide bilirkişiler ceza davalarında, hukuk davalarında ve iç anlaşmazlıklar hakkında tanıklıkta bulunur. Burada uzman psikolojik tanıklığın daha yaygın konularından ondört tanesi vardır.

Tanıklık Konuları	Tanıklıkta Değinilen Önemli Sorular
1. Akıl hastalığı	Suçu işlediği zamandaki zihinsel durumu ile sanığın suç konusundaki sorumluluğu arasındaki ilişki nedir?
2. Cezai yeterlilik	Sanık içinde bulunduğu yasal süreç hakkında yeterli bir anlayışa sahip midir?
3. Hüküm giyme	Davalının rehabilitasyonu için beklentileri nelerdir? Ne caydırıcı olur?
4. Görgü tanıklığı belirleme	Hangi faktörler görgü tanığının kimlik doğruluğunu etkileyebilir?
5. Hukuki bağlılık	Akıl hastası bir kişinin, bir tehlikesi ya da tehlike tehdidi var mı, öyle ise, hastaneye yatırmak gerekli mi?
6. Hukuk davalarında psikolojik zarar	Yanlış işlem sonucu bireyin yaşadığı psikolojik sonuçlar nelerdir? Psikolojik sorunlar ne ölçüde önceden varolan bir duruma atfedilebilir?
7. İhmal ve ürün sorumluluğu	Çevresel faktörler ve insanın algılama becerisi bireyin ürünü kullanmasını nasıl etkiler?
8. Marka davası	Belirli bir ürün adı ya da marka rakipleriyle karıştırılacak bir benzerliğe sahip mi?
9. Ayrımcılık	İşyerinde kadınlara, okullarda azınlıklara karşı alınan kararlar ve belirli işlemlerde eşit muamele edilmediğine ilişkin ne tür psikolojik kanıtlar var?
10. Vesayet ve koruma	Kendi sağlığı ve genel refahına ilişkin bireysel kararlar için gerekli zihinsel yeteneğe sahip mi?
11. Çocuk velayeti	Hangi psikolojik faktörler çocuğun velayetinin verileceği tarafta çocuğun çıkarını en iyi gözetir?
12. Evlat edinme ve evebeynlik haklarını sonlandırma	Çocuk büyütme ve bakımı için onları elverişsiz hale getirebilen ebeveyni olan çocukların çıkarını korumada en etkili olacak psikolojik faktörler nedir?
13. Profesyonel yanlış uygulama	Ruh sağlığı uzmanı danışanına ruh sağlığı bakım standartı uygulamada başarısız mı oldu?
14. Psikososyal hafifletici dava faktörleri	Pronografi, şiddet, eş istismarı ve bunun gibi davada hafifletici olabilecek davranış iddiaları davacıların davranışı üzerinde etkili olabilir mi?

Psikolojik uzman tanıklığı ile bir başka sorun, doğrudan birbiriyle çelişen mevcut uzmanlar olduğu zaman jürinin şaşkın ve sinirli olmasıdır. Bu karşı karşıya kalınan "uzmanların savaşını," jüri üyelerinin hepsi görmezden gelme eğilimindedir ve uzman tanıklık olmadan kendi kararlarını almaktan yanadırlar (örn., Brekke, Enko, Clavet ve Seelau, 1991). Klinik psikologlarınkiler de dahil bilimsel

ve teknik uzman tanıklıkların her türlüsünün zıt doğasını azaltmaya yardım edecek bazı öneriler getirilmiştir. Bunlar (a), tüm tarafların bir konu hakkında ifade vermeye yardımcı olacak uzmanlarının sayısının sınırlandırılması, (b) objektif ve son derece yetkin olduğu kanıtlanan uzman kişilerin listesinden uzman seçilmesi ve (c) karşıt avukatlar tarafından değil, bir hakim tarafından atanan uzmanların ifadesine izin verilmesidir.

Bilimsel ve mesleki kuruluşların bir dizi yetenekli uzman bulmakta mahkemelere yardımcı olmaları için bir öneri Amerika Yüksek Adalet Mahkemesi yargıcı Stephen Breyer (2000) tarafından başlatılmış bir girişimdir. Avukatlar ve Bilim İnsanları Ulusal Konferansı, Amerika Bilimin İlerlemesi Birliği ve Amerikan Barolar Birliği Bilim ve Teknolojik İlerlemeler Bölümü ortak komitesi, mahkeme tarafından atanan uzmanların teknik sorunların mevcut olduğu vakalarda artan kullanımının fizibilitesini test etmek için bir pilot proje geliştirdi. Proje, uzmanların iyi gerekçeli kararlarını gerektiren tartışmalı durumlarda, jurinin karar veremediği davalarda, bilim ve meslek örgütlerinden adayların mahkeme tarafından atanan uzmanlar olmasını içermektedir. Proje aynı zamanda hukuk sistemine yabancı bilim adamlarına yardımcı olacak eğitim materyalleri geliştirmektedir.

Bu Kısmın Özeti: Adli psikologlar bazı ünlü davalarda tanıklık yaptılar. Uzmanların tanıklık ifadelerinde bazen çelişkiler olduğu için birçok jüri psikolojik kanıtlar konusunda şüphecidir. Uzman psikolojik tanıkların güvenilirliği klinisyenler köklü protokolleri iyi izlediğinde ve net bir dille kanıtlar sunduğu zaman artar.

BÖLÜM ÖZETİ

Klinik psikologlar, hukuk davalarına dahil olan bireylerin ruh sağlığı bilgisi ve uzmanlıklarını yasal süreçlerde uygulayan bir uzmanlık alanı olarak adli psikolojik süreçlere katılıyor. Adli değerlendirmenin doğası sorulan sorulara bağlıdır, ancak, çoğu klinik değerlendirme gibi, genellikle bir sosyal geçmiş incelemesi, klinik görüşme, psikolojik testlerin uygulanması, yaşamsal kayıtların gözden geçirilmesi ve belki de üçüncü taraflarla çeşitli görüşmeleri içermektedir.

Sanıkların yargılanmak üzere yeterliğini değerlendirme, sanığın kendi davasının doğasını anlama, kendi savunmasını yapma ya da avukata danışmasının değerlendirilmesini gerektirir. Bu tür değerlendirmeler için yönlendirilen sanıkların birçoğu sonuçta cezai olarak yeterli bulunmaktadır. Akıl hastalığı nedeniyle suçlu bulunmayan sanıkların (NGRI), bir suçtan sorumlu tutulmasını gerekli kılan akıl hastalığı durumuna dair kanıtlar sunması gerekir.

Psikologlar ve diğer ruh sağlığı uzmanları akıl hastalığı yasal tanımını karşılayan durumlar varsa bunları belirlemek için bu sanıkları değerlendirir. Bu tanım zaman içinde değişebilir ve bir eyaletten diğerine de değişebilir, ancak yasaların özünde bir sanığın, bir akıl hastalığı ya da kusuru olduğu için, bir suç eyleminin doğasını anlaması ya

da hareketin yanlışlığını bilmesi gerekir. Çeşitli reformlar yapılsa da akıl hastalığı savunmasının kaldırılması koalisyonu, bu kavramın tanımının daha fazla değiştiğini belirtir. Akıl hastası ama suçlu kararının verilmesi akıl hastalığı savunmasına ilişkin kamusal ve siyasi faaliyetler kapsamında gelen eleştirileri gidermek amacıyla yürürlüğe konmuştur.

Ruh sağlığı uzmanları sanıklarının tehlikelilik halini, gelecekte bu kişilerin tekrar suç işlemesini tahmin etmeyi gerektiren bir görevi değerlendirmek üzere çağrılabilir.

Psikologlar genellikle davacılar psikolojik zarara neden olan haksız fiil iddia ettiklerinde ve telafi edici ve cezalandırıcı tazminat talep ettiği haksız fiil davalarında şahitlik ederler. Onların tanıklıkları, zararın doğası, kapsamı ve bu zararın etkisi ile ilgilidir. Psikologlar da böyle bir kişide hukuki yeterlilikle ilgili soruları belirlemekte (maddi, tıbbi ya da psikiyatrik tedavi ya da varlıklarının elden çıkarılması gibi konularda kararlar alabilmekte zihinsel olarak yeterli olup olmadığı gibi) ve tasarlanmış değerlendirmeler yapmaktadır.

Psikolojik otopsi yürüten klinisyenler genellikle mahkemeler ve sigorta şirketlerinin emriyle, bir şüpheli ölüm nedenini belirlemek için ve sık sık intiharı ekarte etmek için çalışırlar. Kolluk / Emniyet uzmanlığında uzmanlık sahibi psikologlardan da suçlu profilleme, özellikle zalimce işlenen suçlarda veya seri suçların failini bulmakta yardım isteniyor.

Klinik psikologlar için adli faaliyette büyüyen bir alan kriz yaşayan aileleri değerlendirmektir. Bu psikologlar çocuklarının velayetini korumak için boşanmış ebeveynin uyumu hakkında ve ortak velayet, tek velayet ya da başka bir düzenlemede çocuklar için iyi olacağını düşündüğü görüşler sunarlar. Birçok klinisyen de oldukça fazla davada, velayet savaşları yerine, arabuluculuk çabalarına katılıyor. Boşanmış veya ayrılmış ebeveyne yardımcı koordinatörler bazı ebeveynlik konularında hemfikir olmalarına yardım ediyorlar.

Psikologlar tarafından uzman tanıklığın yaygın olmasına rağmen, güvenilirliği, geçerliliği, yerindeliği ve bu tanıklığın yararlılığı ile ilgili eleştiriler şüphe yaratıyor. Tek tek kişisel çabalar değil, uzman tanıklık türü ve limitlerini yöneten ve mahkemenin kendisine hizmet verecek uzmanların sicillerini oluşturma usûl ve kurallarının yürürlüğe girmesi dahil olmak üzere çeşitli reformlar, psikolojik uzman tanıklığın itibarını artırabilir.

ÇALIŞMA SORULARI

1. Klinik psikologlar hukuki işlemlere ne şekilde dahil olabilir?
2. Cezai yeterlik nedir?
3. Adli psikologlar ceza yeterliğini nasıl değerlendirir?
4. Akıl hastalığı savunması nedir ve ne sıklıkta kullanılır?
5. Adli psikolog akıl hastalığının belirlenmesine nasıl katkı sağlar?

6. Akıl hastalığı savunmasında çeşitli tanımları hangi eyaletler kullanmıştır?
7. Haksız fiil eylemi nedir?
8. Klinik psikologlar haksız eylemler için tazminat değerlendirme sürecine ne şekilde dahil olabilir?
9. Psikolojik otopsiler ve suçlu profili nedir; nasıl farklılaşır?
10. Klinik psikologlar, genellikle çocuğun velayeti anlaşmazlıklarına nasıl katılıyor?
11. Klinisyenler çocuğun velayeti ve ebeveyn uyumu değerlendirmeleri yapma konusunda ne zorluklarla yüz yüze kalabilir?
12. Hangi APA kuralları klinisyenlerin, velayet ve boşanma davalarında yer aldığı etik karmaşık değerlendirmeleri yapmaya yardım eder?
13. Uzman tanıklık sunarken klinik psikologlarda olduğu düşünülen bazı roller nelerdir?

WEB SİTELERİ

- APA'nın Amerikan Psikoloji Hukuk Derneği (Bölüm 41): http://www.apa.org/ about/division/ div41.html
- FBI Davranış Analiz Biriminin tanımlanması: http://www.fbi.gov/hq/isd/cirg/ ncavc. htm # bau
- Boşanma Süreçlerinde Çocuk Velayeti Değerlendirmeleri için APA Rehberi: http://www.apa.org/ uygulama / childcustody.html

BÖLÜM 15

Çeviren:
Doç. Dr. Müjgan İnözü

Klinik Psikolojide Mesleki Konular

Bölüme Bakış: Bu bölüm, mesleki eğitim modelleri, mesleki düzenleme, etik, mesleki bağımsızlık ve çok kültürlü yetkinlik dâhil olmak üzere klinik psikolojideki mesleki sorunları anlatmaktadır. Alandaki tarihsel ve güncel etkilere dayanarak, klinik psikoloji alanının gelecekte nereye gideceğine ilişkin tahminler yapılmaktadır.

Daha önceki 14 bölümün okunmasının ardından açıklık kazandığı gibi, klinik psikologlar için mesleki doğruluk son derece önemlidir. Alan son 125 yılda önemli değişimler geçirmiştir ancak insanlara yardım etme ve bilimsel anlayışı sürdürme temaları dünyanın her yerindeki klinik psikologlar için geçerliliğini korumuştur.

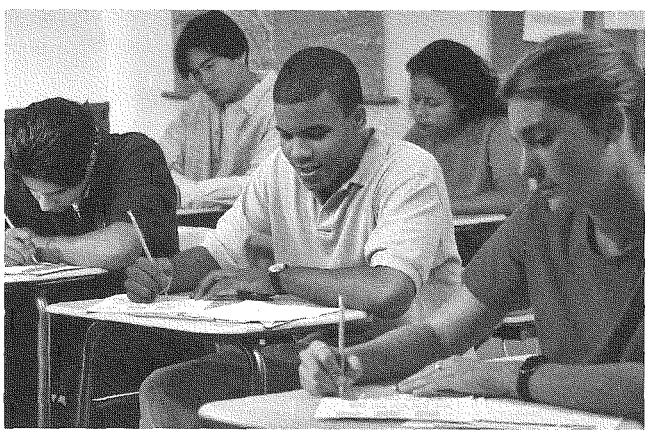
Ruh sağlığı hizmetleri için duyulan ihtiyacın artması, yönlendirilmiş sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması, (Amerika'da) psikologların reçete yazma olasılığının gündeme gelmesi, çok kültürlülük ve çeşitlilik, kanıta dayalı uygulamalara yönelik yoğun odaklanma ve tartışmalar gibi alandaki oldukça yeni olan değişimler, klinik psikoloji alanında yeni bir döneme girildiğini göstermektedir. Klinik psikoloji disiplini, yalnızca 20 yıl öncesine göre çok farklı görünmektedir ve önümüzdeki 20 yıl içinde tekrar çok farklı görünmesi beklenmektedir.

Klinik psikolojinin profesyonelleşmesi ve mevcut statüsü bu bölümdeki birincil konulardır. Bu, birçok alt olgusu olan bir hikâyedir çünkü klinik psikolojinin meslekleşmesi (profesyonelleşmesi), alanın kimliğini yeniden şekillendiren birbiri ardına gelen birçok gelişmeyi içermektedir. Bu bölümde, klinik psikolojinin profesyonel bir alan olarak tanınması için mücadele verirken önemli olan beş konu üzerinde duracağız:

1. *Mesleki eğitim.* Klinik psikolog olmak isteyen biri ne tür bir eğitime ihtiyaç duymaktadır ve bunu elde etmek için seçenekler nelerdir?
2. *Mesleki düzenlemeler.* Bir klinik psikoloğun profesyonel biri olarak fonk-

siyon gösterebilmesi için gerekli becerilere sahip olduğuna ve minimum koşulları karşıladığına güvence verecek mekanizmalar nelerdir?

3. *Mesleki etik.* Mesleki etik standartlarını belirlemede klinisyenlere hangi ilkeler rehberlik etmektedir? Etik olmayan davranışlar nasıl ele alınmaktadır?
4. *Mesleki bağımsızlık.* Klinik psikologlar ile diğer ruh sağlığı profesyonelleri arasında nasıl bir ilişki vardır?
5. *Mesleki çokkültürlü yeterlilik.* Alan, eşitlilik ve çok kültürlü bir yetkinlik için duyulan ihtiyaçla ilgili olarak nasıl bir değişiklik göstermiştir?



Klinik psikoloji eğitimi, sınıf, ruh sağlığı kliniği, araştırma laboratuarı ve toplumsal mekânlar gibi bir çok alanda gerçekleştirilmektedir

MESLEKİ EĞİTİM

Bu Kısma Bakış: Bu bölümde klinik psikolojide profesyonel eğitimi etkileyen tarihsel ve güncel faktörleri tartışacağız. Bu faktörler, klinik psikoloji eğitimi üzerine bir dizi ulusal konferansı, psikolojide doktora derecesi ünvanının izlediği gelişimsel süreçleri ve farklı eğitim modellerinin hayata geçirilmesini içermektedir.

2. Bölümde yer alan "Klinik Psikolojinin Dünü ve Bugünü" konu başlığından da hatırlayabileceğiniz gibi, 20. Yüzyılın ilk kırk yıllık döneminde, klinik psikologlar için ileri düzey bir eğitim yaratma sürecine dair çok ufak adımlar atılabilmiştir. Klinisyenler için bu dönem, deneyimin sadece en iyi öğretici değil aynı zamanda tek öğretici olduğu bir dönemdir. Ancak, 1940'ların son dönemlerinde, II. Dünya savaşının ortaya çıkardığı ruh sağlığı ihtiyaçları ve sosyal ihtiyaçlar, Eski Muharipler (Gaziler) İdaresi ve ABD Halk Sağlığı Hizmetleri tarafından sağlanan mali destekler klinik psikolojiye kendi kimliğini oluşturmak, işlevini genişletmek ve statüsünü değerlendirmek için eşsiz bir fırsat sunmuştur.

Dr. David Shakow klinik psikoloji eğitim programlarının geliştirilmesindeki en etkili psikologdur. Shakow Klinik Psikoloji Eğitim Komitesi'ne başkanlık yapmış ve klinik eğitim programı önerisini düzenleme görevi üstlenmiştir. Komite "Klinik Psikoloji Lisansüstü Eğitim Programı Önerisi" başlıklı bir rapor hazırlamıştır. Amerikan Psikoloji Derneği (APA) 1947'de Eylül ayında bu öneriyi kabul ederek aynı yıl APA'nın *American Psychologist* isimli dergisinde yayınlamıştır. Shakow raporu, klinik psikoloji eğitimi için gerekli olan çerçeveyi belirlemiştir. Birkaç istisnai değişim haricinde şaşırtıcı bir biçimde günümüze kadar gelmiştir ve halen, modern klinik psikoloji programlarının değerlendirilebilmesi için bir standart olarak kullanılmaktadır. Shakow raporunda pek çok öneri bulunmaktaydı ancak bunlardan üçü en önemlileriydi. Bunlar:

1. Klinik psikolog en başta ilk olarak bir psikolog gibi eğitilmelidir.
2. Klinik eğitim, psikolojinin klinik olmayan alanlarında olduğu kadar özenli olmalıdır.
3. Klinik psikoloğun eğitimi geniş bir alanı içermeli ve değerlendirmeye, araştırmaya ve terapiye yönelik olmalıdır.

Shakow raporunda bu hedeflere dört yıl içinde ulaşmak için yıl-yıl planlanmış bir müfredat önerilmiştir.

Günümüzdeki klinik psikoloji eğitim programlarının birçoğu Shakow tarafından önerilen bu prototip program doğrultusunda oluşturulmaktadır (bknz., Tablo 15.1). Ancak, klinik psikolojide doktora derecesi almak için tüm eğitim dizinini tamamlamak 4 yıl yerine genellikle 6 yıl almaktadır ve staj genellikle beşinci ya da altıncı yılda yapılmaktadır (Norcross, Castle, Sayette ve Mayne, 2004).

Eğitim programını tamamlamanın önerilenden daha fazla süre gerektirmesinin başlıca nedenleri arasında, çoğu programın (genellikle ikinci yıl) yüksek lisans tezini gerekli kılması, bazı üniversitelerin hâlâ yabancı dil dersleri veya istatistik ve araştırma yöntemlerinde tam bir yeterlilik gerekliliğini devam ettirmesi, birçok klinik programın mesleki etik gibi zorunlu derslerin yanısıra insan çeşitliliği, madde bağımlılığı, sağlık psikolojisi, klinik çocuk psikolojisi, cinsel sorunlar ve nöropsikolojik bozukluklar gibi özel uzmanlık alanlarını programlarına eklemesi sayılabilir.

Shakow raporunun en büyük etkisi, yayınlandığı tarihten itibaren klinik psikoloji eğitim programlarının çoğunda görülebileceği üzere, bilimsel ve mesleki hazırlığın özel bir birleşimini önermiş olmasıdır. *Bilim insanı- meslek elemanı modeli-* olarak tanımlanan bu eğitim formülü 1949 yılında Colorado eyaletinde bir şehir olan Boulder'da yapılmış olan ilk klinik psikoloji eğitim konferansında resmi olarak uygun bulunmuştur (Raimy, 1950).

Boulder Konferansı

Klinik Psikoloji Eğitimi Boulder konferansı Gaziler İdaresi ve ABD Kamu Sağlığı Hizmetleri tarafından sağlanmış olan mali destek ile düzenlenmiştir. Bu konferans APA'dan (a) beklentileri karşılayan yeterli bir eğitim programı öneren üniversitelerin isimlerini belirlemeyi, (b) önerilen kriterleri karşılamayan üniversitelerin kabul edilebilir bir eğitim programı geliştirmelerini talep etmiştir.

Boulder katılımcıları Shakow'un komitesi tarafından bilim insanı - meslek elemanı eğitim modeli için sunulan önerileri kabul etmişlerdir. Shakow planı bu nedenle Boulder modeli olarak tanınmaya başlanmıştır.

Boulder Konferansı'nda katılımcılar, ayrıca klinik psikoloji eğitim programlarını ve staj olanaklarını izlemek, değerlendirmek ve resmi olarak akredite etmek için gerekli olan bazı mekanizmalar üzerinde de anlaşmaya varmışlardır. Sonuç olarak, APA bu görevleri yerine getirmek üzere görevlendirilmiş bir Akreditasyon Komitesi'yle birlikte Eğitim ve Öğretim Kurulu'nu oluşturmuştur. Akreditasyon için APA'nın belirlemiş olduğu kriterlerin en son versiyonu 2007 yılında yayımlanmış ve *Mesleki Psikoloji Eğitim Programları Akreditasyon İlke ve Esasları (Guidelines and Principles for Accreditation of Programs in Professional Psychology)* olarak adlandırılmıştır (American Psychological Association, 2007b). Bu yeni standartlar klinik, danışma ve okul psikolojisini içeren "mesleki psikoloji" alanlarına uygulanmaktadır.

TABLO 15.1

Klinik Psikoloji Eğitimi için Örnek Bir Program

APA akreditasyonlu klinik psikoloji eğitim programlarının müfredatları arasında farklılıklar bulunsa da burada yer verdiğimiz ders programı, birçok öğrencinin almakta olduğu dersleri göstermektedir.

Güz Dönemi	Bahar Dönemi
Birinci Yıl	
Psikolojide İstatistik I	Psikolojide İstatistik II
Klinik Değerlendirme I: Bilişsel/Entelektüel/Başarı	Klinik Değerlendirme II: Klinik ve Psikopatoloji
Psikopatoloji-Temelleri	İleri Seviye Psikopatoloji
Psikolojik Değerlendirme Stajı	Psikolojik Değerlendirme Stajı
Mesleki Konular:	Seçilmiş Temel/Zorunlu Dersler (Sosyal Psikoloji, Gelişim Psikolojisi, Öğrenme, Fizyolojik Psikoloji, Bilişsel Psikoloji)
Etik, Kültürel Farklılıklar ve Psikolojinin Tarihi ve Sistemleri	

TABLO 15.1 devamı

Klinik Psikoloji Eğitimi için Örnek Bir Program

İkinci Yıl

Kanıta Dayalı Tedaviler I: Klinik Müdahale Stajı	Kanıta Dayalı Tedaviler II: Klinik Müdahale Stajı
Temel/Zorunlu Dersler (Yukarıdaki listeden *birini seçiniz*)	Klinik Seminer (İleri Düzey Bilişsel Davranışçı Terapi, Davranışçı Terapi, Çocuk ve Aile Terapisi, Sağlık Psikolojisi, Bağımlılık, Önleme, Bilgilendirme, Grup Terapisi)
Yüksek Lisans Araştırması	Yüksek Lisans Araştırması

Üçüncü Yıl

Psikoterapi Stajı	Psikoterapi Stajı
Klinik Seminer (*Yukarıdaki listeden birini* seçiniz)	İleri Düzey Klinik-Dışı Seminer
İleri Düzey Klinik Araştırma Semineri (Aile Araştırmaları, Psikopatoloji Araştırmaları, Psikoterapide Araştırma)	Klinik ya da Klinik-Dışı Araştırma Semineri
İleri Düzey Klinik Semineri	

Doktora çalışmalarının üçüncü yılında, dördüncü yılın başına kalmadan, yazılı bir yeterlilik sınavı yapılır. Sadece yüksek lisans tezlerini tamamlamış olan öğrenciler bu sınava başvurabilir

Dördüncü Yıl

Klinik veya Klinik-Dışı Araştırma Semineri (Güz Dönemiyle Aynı)

İleri Düzey Araştırma Yöntemleri

Tez Araştırması

Beşinci Yıl

APA-Akreditasyonlu Staj

İş başında bir Bilim İnsanı-Meslek Elemanı'nın Vaka Çalışması. Dr. Florence Kaslow (2008), genelde aile işlevselliğini, ilişki problemlerini ve soykırımdan sağ kurtulanların tedavisi gibi uluslararası meseleleri konu edinen 30 kitabın yazarlığını ya da editörlüğünü üstlenmiş ve 180'in üzerinde makale ve kitap bölümü yazmıştır. Psikoterapi, çiftler ve aile terapisi, psikopatoloji, uluslararası ve çok kültürlü psikoloji ve aile konuları ile aile yönetim danışmanlığı gibi konular üzerine sunumları içeren atölye çalışmalarını 50'nin üzerinde ülkede gerçekleştirmiştir. İlgili bir araştırmacı-bilim insanı ve aktif bir klinisyen olması ile her iki alana da değer vermesi ve her ikisiyle de uğraş içerisinde olması sebebiyle tam bir



Bilim İnsanı-Meslek Elemanı örneğidir. Dr. Kaslow doktora derecesini, psikoloji alanında başı çeken kadın sayısının oldukça az olduğu 1969 yılında Pennsylvania'daki Bryn Mawr College'dan elde etmiştir. Doktora öğrencisi olduğu dönemde, kızı Nadine 7 yaşında, oğlu Howard ise 4 yaşındaydı. Çocukları, onu 9:00-15:00 saatleri arasında "öğrenci kız", 15:00-21:00 saatleri arasında ise "anne" olarak hatırlamaktadırlar. Ayrıca Dr. Kaslow'un, kendileri yattıktan sonra gece geç saatlere kadar, tezini tamamlama aşamasında ise bazen sabahlara kadar daktiloyla çalıştığını anımsamaktadırlar. Belki bilmiyorsunuzdur; daktilolar bilgisayar klavyelerine kıyasla oldukça ses çıkartan aletlerdi. Dr. Kaslow, mezun olduktan sonra Philadelphia'daki Hahnemann Tıp Üniversitesi'nde akademik görevine başlamıştır. Burada ders vermiş, araştırmalar yürütmüş, idarecilik rolleri üstlenmiş ve danışan takip etmiştir. Ruh Sağlı Bilimleri Bölümü'nde profesör olmuş, Adli Psikiyatri/Psikoloji biriminin başkanlığını ve kuruculuğunda da bulunduğu PhD/JD programının yardımcı-direktörlük görevini üstlenmiştir.

Dr. Kaslow'un çalışmaları, klinik psikoloji alanına önemli katkılar sağlamıştır ve bunun en büyük nedeni, Dr. Kaslow'un hem klinisyenler hem de araştırmacılarla "aynı dili" konuşabilmiş olmasıdır. Dr. Kaslow bugün Florida'da, Palm Beach Gardens'taki Florida Çiftler ve Aile Enstitüsü'nü yönetmektedir. Burada hem pratiğe, hem de aileler, aile yönetimi ve aile araştırmaları hakkında yazmaya devam etmektedir. Örneğin, DSM'nin bir sonraki versiyonunda ilişkisel tanıların (3.Bölüm'de tartışılmıştır) yer alması hareketinde öncülük etmiştir (Beach ve Kaslow, 2006). Klinik psikolojiye sadece kendi yaptığı çalışmalarıyla değil, kızının da bu alana ilgi duymasını sağlayarak katkıda bulunmuştur. Dr. Nadine Kaslow, Emory Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde profesör ve klinik ve aile psikolojisinin öncülerinden biridir. Nadine'nin, 2002 yılında APA'nın 43.Bölümü'nün (Aile Psikolojisi) başkanlığına seçilmesiyle birlikte bir anne-kız ikilisinin APA'da aynı bölümün başkanlığında bulunması durumu ilk kez yaşanmıştır. Florence, 43. Bölümün başkanlığını 1987 yılında yürütmüştür. Dr. Kaslow'ların her ikisi de klinik psikolojide bilimi ve pratiği bütünleştirmek isteyen öğrenciler için kusursuz birer rol model olmayı başarmıştır.

Şu anda, klinik eğitim veren kurumlar APA akreditasyon ekibi tarafından her beş yılda bir ziyaret edilmekte ve ziyaretler arasındaki izin verilen en uzun zaman aralığı 7 yıl olmaktadır. Akreditasyon saha ziyaretlerinin sonucu her yıl *American Psychologist* dergisinde yayınlanmaktadır ve ziyaretlerin sonuçlarına APA Akreditasyon Komitesinin internet sitesinden ((http://www.apa.org/ed/accreditation/) online olarak da ulaşılabilmektedir. 2006 yılının Aralık ayı itibariyle, APA'dan akreditasyon almış 372 doktora programı bulunmaktadır. Bunların 231'ini klinik psikoloji (%62), geriye kalanını ise danışmanlık psikolojisi (72; %19), okul psikolojisi (58; %16) ve birleştirilmiş programlar (11; %3) oluşturmaktadır. 1980 yılından itibaren klinik psikoloji programlarının neredeyse %50'sinin akredite edilmiş olduğunu belirtmeliyiz (McFall, 2006). Akredite edilmiş bu programlara ek olarak, birçok doktora eğitim programı ya herhangi bir akreditasyon ziyareti talep etmedikleri için ya da akreditasyon ziyareti sonrasında akreditasyon verilmediği için APA akreditasyonu olmadan faaliyetlerini sürdürmeye devam etmektedir. (APA akreditasyonun önemi hakkında bilgi için Bölüm 16'ya bknz.).

Boulder modeli günümüzde klinik psikoloji eğitimi ile ilgili olarak yürtülen tartışmalarda önemli bir dönüm noktası olmayı sürdürmektedir. Ancak 1949 yılında yayınlanmasından bu yana, bazı klinisyenler modelle ilgili hoşnutsuzluklarını dile getirmeye devam etmektedirler. Bununla bağlantılı olarak, 1955 *Stanford Konferansı* (Strother,1956), 1958 *Miami Konferansı* (Roe ve diğ., 1959), *1965 Şikago Konferansı* gibi bir dizi alternatif arayış içine girilmiştir. Ancak bunların içinde en fazla etkiye 1973 yılında Vail, Kolarado'da yapılmış olan Psikolojide Mesleki Eğitimin Düzey ve Örüntüleri Ulusal Konferansı sahip olmuştur.

Vail Konferansı

Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü (National Institute of Mental Health-NIMH) tarafından desteklenen *Vail Konferansı*, psikolojideki farklı uzmanlık alanından ve eğitim oryantasyonlarından temsilcileri bir araya getirmiş ve çeşitli etnik azınlık gruplarından yüksek lisans/doktora öğrencileri ile psikologları da buluşturmuştur. Bu konferans, mesleki eğitimi, öğrencilerinin mezun olduktan sonra klinik alanda hizmet vermesini misyon edinen programlar için kabul edilebilir bir model olarak resmen tanımıştır. "Açıkça mesleki eğitimi hedefleyen" bu programların, daha geleneksel olan bilim insanı-meslek elemanı programlarıyla eşit statüde değerlendirilmelerine karar verilmiştir.

Vail'de yapılan öneriler arasında en tartışmalı olanlardan biri, yüksek lisans eğitimi almış kişilerin uzman psikolog olarak kabul edilip edilmeyeceğiydi. MA önerisi kısa vadeli olmuştur. APA'da, *psikolog* ünvanının doktora dereceli kişiler tarafından kullanılmasının devam edilmesi yönünde oy kullanılmıştır. Bu politikanın etkileri günümüzde de hâlâ devam etmektedir, ancak psikoloji yüksek lisans

mezunlarının sayısı artmaya devam ettikçe ve birçok eyalet yüksek lisans dereceli klinisyenlere bağımsız çalışma hakkı tanıdıkça, politikada değişikliğe gidilmesine yönelik yoğun bir talep açığa çıkmıştır. Günümüzde, klinik, danışmanlık ve okul psikolojisi yüksek lisans programları, doktora programlarından daha fazla sayıda başvuruyu kabul etmekte ve doktora programlarına kıyasla üç kat daha fazla sayıda mezun vermektedir (Morgan ve Korschgen, 2006).

Salt Lake Şehri Konferansı

Psikolojide yüksek lisans/doktora eğitimini konu edinen 6. Ulusal konferans Temmuz 1987'de Salt Lake'deki Utah Üniversitesi'nde gerçekleştirilmiştir. Konferansın toplanılmasının birçok nedeni vardı, ancak Vail Konferansı sonrasında psikoloji uzmanlık eğitimlerinde meydana gelen birçok değişikliğin değerlendirilmesi ihtiyacı, öncelikli gerekçeydi. Bunun yanı sıra, bilim insanları ve alanda çalışanlar arasında eğitim ve organizasyonel konularla ilgili yaşanan gerilimlerin azaltılması da konferansın hedefleri arasındaydı. Konferansta 67 konu çözüme kavuşturuldu. Bunlar arasından, eğitimin güncel durumu bakımından en çok göze çarpan konu, akreditasyon isteyen yüksek lisans/doktora programlarına kayıtlı öğrencilerin, araştırma deseni ve yöntemi, istatistik, etik, değerlendirme, psikolojinin tarihi ve sistemleri, davranışın biyolojik, sosyal ve bilişsel-duygusal temelleri ile bireysel farklılıklar gibi temel psikoloji derslerini zorunlu olarak almalarıydı (ayrıca bknz. Bickman, 1987 ve American Psychologist dergisinin Aralık 1987 basımı özel sayısı).

Günümüzde Klinik Psikoloji Eğitimi

Altı ulusal eğitim konferansının, daha küçük başka pek çok konferansın, klinisyenler, eğitimciler ve öğrenciler arasında saatlerce süren tartışmaların, münazaraların ve görüşmelerin ve daha yakın zamanlarda, APA'nın akreditasyon tüzüğünün uzun uzun revize edilmesinin ardından klinik psikoloji eğitimi nasıl görünmektedir? Bu soruya kolaylıkla yanıt vermek mümkün değildir, ancak genel bir özet sunabiliriz.

Bilim insanı-meslek elemanı modelinin gerçek bir rakip olduğu ve bu modeli eğitim felsefesi olarak alan programların sayısı dikkate alındığında "şampiyonluğu çektiği" tartışmasız bir gerçektir (bknz. Belar, 2000; Peterson ve Park, 2005). Ancak, bilim insanı-meslek elemanı modelini sahiplenen birçok program, klinik psikologların pratik becerilerinin, bilimsel bilgi temelleri üzerinde kurulmasını sağlamanın en iyi yolunu bulmakta sıkıntılar yaşamaktadır.

Richard McFall (1991), bilim ve uygulama arasındaki süreğen bağlantısızlığa kısmen bir tepki olarak "Klinik Psikoloji Bilimi için bir Manifesto"yu kaleme almış ve her türlü pratiğin araştırmalara dayandırılması gerektiğinin altını çizmiştir. "Klinik psikolojinin meşru ve kabul edilebilir halinin sadece bilimsel klinik

psikoloji olduğunu" ileri sürmüştür (s. 76). McFall ve diğer görgül-oryantasyonlu klinik psikologlar, üç yıl sonra 1994'te Psikolojik Klinik Bilimler Akademisi'ni (Academy of Psychological Clinical Sciences – APCS) kurmuşlardır. Akademi, görgül araştırma odaklarıyla tutarlı olarak daha pratik oryantasyonlu APA'nın yerine Psikolojik Bilimler Birliği'nin (Association of Psychological Sciences-APS) içerisinde kendini konumlandırmıştır. Klinik bilime kendini adamış yüksek lisans/doktora programlarından meydana gelen Akademi, sağlık bakımı reformundaki güncel gelişmelerin ve lisans ile akreditasyon için öne sürülen gerekliliklerin yarattığı, bilimin ve görgül araştırmanın klinik psikoloji eğitimi üzerindeki rolünün aşınması tehtidine yönelik endişelere bir yanıt olarak kurulmuştur. 2008 yılı itibariyle, Akademi'ye üye olan 45 doktora programı ve 9 staj alanı bulunmaktadır (bknz. APCS web adresi. Bu bölümün sonundaki listeden adresi bulabilirsiniz).

Akademi programları, öğrencilerin müdahale ve değerlendirme tekniklerini araştırma bulgularına dayalı olarak öğrenmeleri konusunda kararlıdır (bknz. 10. Bölüm, "Klinik Müdahale Araştırmaları"). Her ne kadar hemen hemen bütün programlar APA tarafından akredite edilmiş olsa da Akademi, kendi akreditasyon sistemini geliştirme olasılığını da değerlendirmektedir. Akademi ve buraya üye olan programlar, klinik psikoloji alanının daha bulgulara dayalı bir oryantasyon kazanması için kritik rollere sahiptir.

Son on-yirmi yıllık süre içinde, klinisyenlerin nasıl bir eğitim almaları gerektiğine dair farklı felsefelere sahip eğitim programları da oluşturulmuştur. Bu programlar, klinisyenleri genel olarak sağlık bakımı ya da insani hizmetler görevlisi olarak görmekte ve görgül araştırmanın önemini gözardı etmektedir. Bu tarz programlar üniversitelerden ziyade çoğunlukla profesyonel psikoloji okullarında bulunmaktadır ve PhD derecesinden ziyade PsyD derecesi vermektedir.

Meslek Okulları ve Psikoloji Doktorası (PsyD) Derecesi

2. Bölümde, klinik psikoloji eğitiminde pratiğin önemini vurgulayan ve araştırmanın rolünü göz ardı eden önerilerin ortaya çıkışının 1917 yılına kadar dayandığını söylemiştik. Ancak, Amerika'da Adelphi Üniversitesi'nde ilk mesleki psikoloji okulunun açılması ve üniversiteyle bağlantısız, özerk olarak kurulan ilk mesleki psikoloji okulu olan California School of Professional Psychology'nin (CSPP) açılması 1951 yılını bulmuştur. CSPP, 1970 yılında Los Angeles ve San Francisco'da kampusler açmıştır (Benjamin, 2005).

Norcross, Kohout ve Wicherski (2005), "Son 30 yılda psikoloji yüksek lisans/doktora eğitiminde yükselen trendin PsyD eğitiminin ortaya çıkışı" olduğunu ileri sürmüştür (s.974). Boulder modelini referans alan programların aksine, PsyD programları profesyonel beceriler ve klinik hizmetler üzerine yoğunlaşan bir eğitim sunmaktadır. Eğitimin vurgusu, değerlendirme, müdahale ve konsültasyon hizmetlerinde gerekli olan beceriler üzerinedir. Çoğu PsyD programında, her

ne kadar birçoğu bir çeşit yazılı ve doktora-düzeyinde bir rapor talep ediyor olsa da, ne bir yüksek lisans tezi ne de araştırma temelli bir tez mecburi kılınmıştır.

APA-akreditasyonlu PsyD programlarının sayısı artmaya devam etmektedir. 2006 yılı itibariyle 58 program bulunduğu belirtilmiştir (APA, 2006). Programların bulundukları yerler çeşitlilik göstermektedir; %27'si üniversitelerin psikoloji bölümlerinde, %38'i üniversite-temelli meslek okullarında, %33'ü özerk, üniversiteyle bağlantısı olmayan okullarda ve %2'si başka yerlerde faaliyet göstermektedir (Norcross ve diğ, 2004). Norcross ve arkadaşları (2004), özerk programlarda üniversitelerdeki meslek okul programlarında olduğundan daha çok öğrencinin kayıtlı bulunduğunu, bu nedenle bu okulların üniversitelerdeki bölüm programlarından daha fazla öğrenciye sahip olduğunu belirtmiştir. Özerk programlar ve üniversitelerin meslek okulları öğrencilerine üniversite-temelli psikoloji bölümlerinden daha az miktarda mali yardımda bulunmuştur. Öte yandan, PhD programları PsyD programlarına kıyasla daha az sayıda öğrenci almış ve daha fazla öğrenciye mali yardımda bulunmuştur. Araştırma ve pratiğe eşit derecede önem veren PhD programlarına (%17 kabul alma oranı) ve öncelikle araştırmaya önem veren PhD programlarına (%11 kabul alma oranı) kıyasla PsyD programları daha yüksek bir kabul alma oranına sahiptir (%41) (Norcross ve diğ., 2004). Seçim kriterlerinde de farklılıklar bulunmaktadır. PhD programlarına kıyasla PsyD programlarına kabul edilen öğrencilerin not (GPA) ve Giriş Sınavı (GRE) ortalamaları daha düşüktür (McFall, 2006; Templer, 2005).

APA akreditasyonlu PhD programlarının sayısının fazlalığına rağmen (173'e kıyasla 58), PsyD programlarının ve meslek okullarının sınıf kontenjanlarının daha fazla olması, mezun olan psikologların sayısı göz önüne alındığında, ilginç bir fenomeni ortaya çıkartmaktadır. Klinik psikolojide her yıl yaklaşık olarak 2400 doktora derecesi kazanılmakta ve mezun olan bu öğrencilerin yaklaşık %42'si PsyD derecesi almaktadır (Mayne, Norcross ve Sayette, 2006). Psikolojideki öncelikli iş olanakları düşünüldüğünde, PsyD mezunlarının, bağımsız pratikte, yönlendirilmiş bakım servislerinde ve diğer sağlık hizmeti alanlarında iş bulma ihtimali PhD mezunlarından daha fazladır (American Psychological Association, 2007a).

Bu iki doktora derecesi başka nasıl mukayese edilebilir? Norcross ve arkadaşları (2004), PsyD programlarında ciddi bir heterojenlik olduğuna işaret etmiştir. Bu nedenle, PsyD eğitim programlarına dair genel yargılara varmak oldukça zordur. Ancak, özerk PsyD programlarında, yüksek kabul edilme oranı ve düşük başvuru kriterleri gibi, üniversiteye bağlı PsyD programlarında daha az rastlanılan bir takım sıkıntılı konular mevcuttur. Templer ve Tomeo (2000), özerk ve üniversiteyle bağlantılı olmayan programlardan mezun olan kişilerin, üniversiteye bağlı profesyonel okul mezunlarına kıyasla Psikolojide Uzmanlık Sınavı'nda

(Examination for Professional Practice in Psychology – bölümün ilerleyen kısımlarında tanıtılacak bir çalışma ehliyeti sınavıdır) daha başarısız olduklarını öne sürmüştür. Özetle, eğitim programının bulunduğu yerin (üniversiteyle bağlantılı ya da özerk) ve kabul ettiği eğitim modelinin (Boulder modeli ya da başkası), program tamamlandığında elde edilen derecenin PsyD ya da PhD olup olmamasından daha önemli belirleyiciler olduğunu söylemek mümkündür.

Klinik Psikolojideki Eğitim Modelleri

Daha önce de tartışıldığı gibi, Boulder ve Vail'de düzenlenen konferanslarda birçok eğitim modeli öne sürülmüştür. Günümüzde, klinik psikolojide öne çıkan üç eğitim modeli bulunmaktadır (Cherry, Messenger ve Jacoby, 2000):

- *Klinik bilim insanı modeli,* Psikolojik Klinik Bilimler Akademisi'nin yaklaşımından ortaya çıkmıştır ve bilimsel araştırmaları özellikle önemsemektedir (üniversitelerde daha yaygındır)
- *Bilim insanı-meslek elemanı modeli,* Boulder modelini takip etmektedir ve araştırma ile prtaikteki uygulamalara eşit oranda önem vermektedir (bazı meslek okullarında ve geleneksel PhD programlarında yaygındır)
- *Meslek elemanı-araştırmacı modeli*, Vail modelini takip etmektedir ve insani hizmetlerin sağlanışını ön plana çıkartmaktadır. Bilimsel eğitime daha az önem vermektedir (meslek okullarında ve birçok PsyD programında yaygındır).

Cherry ve arkadaşları (2000) bu programların eğitimlerini değerlendirmiş ve bekleneceği üzere meslek elemanı-araştırmacı modeli mezunlarının klinik araştırma yapmakla en az zaman geçiren grup olduklarını, klinik bilim insanı programlarından mezun olanların ise bu aktiviteyle en çok zaman geçiren grup olduklarını bulmuşlardır. Bu tarz bulgular, meslek okulu programlarının klinik araştırma üzerine yeterli eğitimi vermediğinden korkanların endişelerini arttırmaktadır.

Öte yandan meslek okulu yaklaşımını savunanların da araştırma-odaklı eğitim programları üzerine kendilerine has endişeleri vardır. Örneğin bir çalışmada, PhD eğitimi veren programlardaki klinik akademisyenlerinin çoğunun (%74) klinik pratik yapmalarına hak tanıyan kalıcı ya da geçici bir çalışma ehliyetine (lisansa) sahip olmalarına ve ayrıca bu kişilerin %5'inin geçmişte bir dönem lisanslı olduklarını söylemelerine rağmen sadece %51'inin klinik pratiği halen uygulamakta olduğu belirtilmiştir (Himelein ve Putnam, 2001). Dolayısıyla, pratik-oryantasyonlu klinisyenler, araştırma-oryantasyonlu programların klinik pratiğin gerçekliklerine dair yetersiz bir eğitim sunmasından yana endişelidir.

Şunu belirtmek gerekir ki, uygulama-oryantasyonlu ya da araştırma oryantasyonlu klinisyenlerin Boulder Modeli'nin bilim insanı-meslek elemanı idealine karşı çıkmaları bu modeli tümüyle reddettikleri anlamına gelmemektedir; hat-

ta birçoğu, bilim insanı-meslek elemanı modelinin iyi bir model olduğunu düşünmektedir (Peterson, 2000). Daha doğrusu, klinik psikologlar günlük iş yaşamlarında bilimi ve pratiği bir arada yürütmekte sıklıkla zorlanmaktadırlar, çünkü iş ortamlarında faaliyet gösteren teşvik sistemleri, böyle bir şeyi desteklememektedir. Örneğin üniversitelerin psikoloji bölümleri, danışanlarla yarı zamanlı olarak özel bir uygulama alanında ya da ticari olmayan bir klinikte çalışmak isteyen klinik akademisyenlerini nadiren desteklemekte ya da teşvik etmektedir (Himelein ve Putnam, 2001). Ayrıca, doktora sonrası deneyime sahip olmayan klinik psikologlar için akademik bir pozisyona sahipken lisanslı olmak giderek daha zor bir hale gelmektedir (DiLillo, DeGue, Cohen ve Morgan, 2006). Öte yandan, pratikte çalışan klinisyenlerin çok azı bilimsel dergilerde yayınlanabilecek düzeyde bir araştırmayı yürütebilme imkânına sahiptir (Himelein ve Putnam, 2001). Bu şekilde farklılaşan ödüllendirme yapıları, alanın pratisyenler ve araştırmacılar olarak ikiye ayrılmasına yol açan tutum ve davranışları desteklemektedir. Ancak, Belar'ın (2000) işaret ettiği gibi, bu durum Boulder modelinin kendisine ait bir sorun değil, uygulamada karşılaşılan bir sorundur. Dolayısıyla, uygulanmasının geliştirilmesine ihtiyaç duyulan Boulder modeli, üzerinden yaklaşık 60 yıl geçmiş olmasına rağmen zaman zaman iyi bir seçenek olarak görünmektedir (Stricker, 2000).

Klinik Psikoloji Eğitiminin Değerlendirilmesi

Ne yazık ki, çeşitli eğitim modellerinden mezun olanların, klinik etkililiklerinin karşılaştırılmasına dair çok az bilgiye sahibiz. Farklı eğitim modellerini karşılaştıran araştırmaların çoğu, öğrencilerin ya da uzmanların çeşitli aktivitelerle ne kadar zaman geçirdiğine, nerede çalıştıklarına, ne kadar yayın yaptıklarına ya da aldıkları eğitimleri nasıl değerlendirdiklerine odaklanmaktadır. Farklı eğitim modellerinin, danışanların tedavisinde kaçınılmaz olarak farklı sonuçlara yol açacağına dair var olan bilgi çok yetersizdir. Bu, talihsiz bir durumdur, fakat meta-analitik çalışmaların ve psikoterapi sonuçlarını değerlendiren diğer çalışmaların da işaret ettiği gibi (bknz. 10. Bölüm), özgül eğitim modellerinin, klinik performansın bazı alanlarındaki varyansın oldukça küçük bir kısmını açıklıyor olması bizi şaşırtmayacaktır. Bu, modeller arasında önemli farklılıklar olmadığı ya da modelleri değerlendirmenin imkânsız olduğu anlamına mı gelmektedir? Her iki soruya da verilecek yanıtın "hayır" olduğunu düşünüyoruz.

Bizim görüşümüze göre klinik eğitim programları, iş yerlerinin taleplerini karşılayabilecek yetkinlikte mesleki işlevlerini sürdürebilen klinisyenler yetiştirip yetiştiremediklerine göre değerlendirilebilir. Ancak böyle bir teknik yetkinlik yeterli değildir. Yetkin klinik psikologlar yetiştirmedeki tek ve en önemli amacın, hizmetlerini seçerken ve değerlendirirken, bunu araştırmaların ışığında yapmalarının öğretilmesi olduğuna inanıyoruz. Eğitim programlarının, görgül bulgular tarafından desteklenen klinik hizmetleri öğretmeye odaklanması gerektiğini ve araştırma desteği almayı başaramamış hizmetlerin ve rollerin öğretilme-

mesi gerektiğini düşünüyoruz. Ayrıca, klinik eğitimin psikolojik bilimleri temel almaktan çok fazla uzaklaşması ve sadece terapi tekniklerinin, değerlendirme yöntemlerinin ve diğer mesleki becerilerin öğretilmesine odaklanması durumunda 21.yüzyıl klinik psikologlarının, araştırma yapmayı sadece gelip geçici bir ilgi olarak gören, dar bir alanda uzmanlaşmış meslek elemanlarına dönüşeceklerini düşünüyoruz. Eğer bu gerçekleşirse, klinik psikoloji daha zayıf bir bilim ve kaçınılmaz olarak daha güçsüz bir meslek alanı haline gelecektir.

Çeşitli eğitim modelleri ve APA-akreditasyonunu kazanma ya da koruma kriterleri, alandaki uzmanlar tarafından tartışılmaya devam etmektedir. Mesleki ve Boulder eğitim modellerinin artıları ve eksileri üzerine daha fazla bilgi almak için *American Psychologist* dergisinin Boulder Konferansı üzerine yayınladığı özel sayısını okuyabilirsiniz (Şubat, 2000). Birbirinden güzel daha başka birçok kaynak da bulunmaktadır (örn., Kenkel, DeLeon, Albino ve Porter, 2003; Mayne ve diğ., 2006; McFall, 2006; Norcross ve diğ., 2004; Peterson, 2003).

Bu Kısmın Özeti: Klinik psikologlar, kendi disiplinlerine mensup olanları eğitmenin en iyi yolu hakkında uzun zamandır tartışmaktadır. En çok etki sağlayan ulusal konferanslar Boulder Konferansı (bilim insanı-meslek elemanı modeli üzerine odaklanılmıştır) ve Vail Konferansıdır (meslek elemanı psikologlara ve PsyD derecesine duyulan ihtiyacın altını çizmiştir). Bugün PsyD derecesi sabitleşmiştir; bu dereceyi sunan programlar arasında büyük oranda bir heterojenlik söz konusudur. Daha araştırma odaklı programlara bakıldığında, Psikolojik Klinik Bilimler Akademisi, psikolojik pratiği güçlendirmek için görgül yöntemlerin kullanılmasına adanmıştır. Farklı eğitim modellerinin avantaj ve dezavantajlarına dair zaman zaman sertleşen tartışmalara rağmen, farklı programlardan mezun olan kişilerin danışan tedavisi üzerine yetkinlikleri konusunda nasıl farklılaştıklarına dair çok az şey bilinmektedir.

MESLEKİ DÜZENLEMELER

Bu Kısma Bakış: Bu bölümde, sertifikasyon ve çalışma ehliyetli (lisanslı) olma gerekçelerinin üzerinde durulmakta ve bunları elde etmek için izlenen süreçlerin çerçevesi çizilmektedir. Ayrıca, ABPP sertifikasyonu tanımlanmaktadır.

Sağlık bakımı ya da insani-hizmetle ilgilenen herhangi bir mesleğin temel sorumluluklarından biri, mesleğe mensup kişilerin pratikte uygulama yapma izni almadan önce karşılamaları gereken yetkinlik kriterlerini belirlemektir. Böyle bir *mesleki (profesyonel)* düzenlemenin öncelikli amacı, halkı, hilekârların, eğitimsiz kişilerin ya da en alt düzeyde bir yetkinlikle faaliyet gösterme konusunda başarı sağlayamayan psikologların izinsiz ve yetkisiz uygulamalarından korumaktır. Müşteri sorumluluğu ("Alıcının gözünün açık olması lazım."), ruh sağlığı hizmeti talep eden kişiler talep ettikleri serviste neye dikkat etmeleri gerektiğiyle ilgili yeterli bilgiyle donatılmadıklarında, kişileri korumak konusunda yetersiz kalmak-

tadır. Bu doğrultuda klinik psikoloji, evrilmeye devam eden aktif bir mesleki düzenleme sistemi geliştirmiştir.

Sertifikasyon ve Lisanslı olma

En önemli düzenleme şekli, psikoloji pratiğine dair gereklilikler oluşturan ve/veya *psikolog* ünvanının kullanılmasını belli niteliklere sahip kişilerle sınırlayan eyalet yasalarıdır. Bu yasal düzenleme iki şekilde ortaya çıkmaktadır: sertifikasyon ve çalışma ehliyeti (lisans).

Sertifikasyon yasaları, *psikolog* ünvanının kullanılmasını yasada belirtilen gereklilikleri karşılayan kişilerle sınırlamaktadır. Sertifikasyon, psikoloğun sadece ünvanını korumaktadır; psikoloji pratiğini düzenlememektedir. Çalışma ehliyeti (*Lisans*), daha sınırlayıcı bir statüdür. Lisans üzerine olan yasalar, psikoloğun halka sunmasına izin verilen hizmetleri belirterek, psikoloji pratiğini tanımlamaktadır. Lisans için istenen gereklilikler, genelde sertifikasyon için olduğundan daha kapsayıcıdır. Sertifikasyon ve lisansı ayırt edebilmek için, aşağıdaki ipucundan faydalanabilirsiniz: Sertifikasyon yasaları, kimin psikolog ünvanı taşıyabileceğini dikte etmekte; lisans yasaları ise psikologların hem ünvanlarını hem de aktivitelerini tanımlamaktadır.

Lisans yasaları, her eyalette psikoloji pratiğini düzenleyen yasamalar tarafından görevlendirilen *eyalet psikologlar kurulu* tarafından uygulanmaktadır. Eyalet psikologlar kurulunun iki temel işlevi bulunmaktadır:

- Mesleğe başvurmayla ilgili standartların belirlenmesi ve adayların seçilmesi ile sınava tabii tutulması esnasında prosedürlerin uygulanması ve
- Mesleki pratiğin düzenlenmesi ve mesleki standartları ihlâl edenler hakkında disiplin işlemlerinin yürütülmesi

Bugün 50 eyaletin tümünde, Columbia bölgesinde ve Kanada'nın bütün bölgelerinde sertifikasyon ve lisans yasaları bulunmaktadır. Birçok eyalet sertifikasyon ve lisans yasalarını tek bir statüde birleştirmektedir.

Lisans alma sürecinde izlenen adımlar her yerde farklılık gösterebilmektedir, ancak Amerika'daki eyaletlerin çoğunda, lisans talep eden klinik psikologları bu süreçte neyin beklediğine dair net bir resim tanımlayabilmek için prosedürler üzerinde yeterli bir birlik sağlanmıştır (bknz. Tablo 15.2).

Günümüzde *Eyalet ve İl Psikoloji Kurulları Birliği* (the Association of State and Provincial Psychology Boards - ASPPB), eyalet psikoloji kurullarının aktivitelerini koordine etmekte ve standartlar ile prosedürler üzerinde bir birlik sağlamaktadır. ASPPB psikologlar için, mesleki davranış kurallarını içeren Davranış Kuralları'nı yayınlamıştır. Bunun yanı sıra, eyalet kurullarının lisans için başvuru yapan adayları değerlendirirken kullanabilecekleri standardize ve objektif bir

test geliştirmiştir. *Psikolojinin Uygulanmasında Uzmanlık Sınavı* (Examination for Professional Practice in Psychology - EPPP) ilk kez 1964'te yayınlanmış ve o günden beri sıklıkla revize edilmiştir. Yetki alanına sahip her kurum bu sınavı kendi değerlendirme prosedürüne dahil edebileceği için, EPPP bazen *çoklu-eyalet* ya da *ulusal sınav* olarak da adlandırılmıştır. Kişilerin bu sınavı alabilmeleri için lisans almanın gerekliliklerini karşılaşmış olmaları gerekmektedir. Bu gerekliliklere, yıl boyunca çeşitli internet sitelerinden ulaşılabilinir (www.asppb.org).

Adayların lisans almak için elverişli olup olmadıkları değerlendirilirken, yüksek lisans/doktora eğimlerini aldıkları program ve klinik staj deneyimleri de göz önüne alınmaktadır. Florida, Oklahoma ve Utah'ın da aralarında bulunduğu birkaç eyalet bugün sadece APA-akreditasyonlu doktora programlarından mezun olanların lisans almalarına izin vermektedir. Dolayısıyla, bir öğrencinin yüksek lisans/doktora eğitimi için yaptığı program tercihi, klinik psikolojiyi uygulamak için çalışma ehliyeti (lisans) alıp alamamasında etkili olabilmektedir (bknz. 16. Bölüm).

Çoğu eyalette psikoloji mezunları doktora derecelerini aldıktan sonra, lisans almaya elverişli olabilmek için, doktora sonrası, süpervizyonlu bir takım aktiviteleri tamamlamak zorundadır. Bu doktora sonrası aktiviteler, doğrudan klinik uygulamayı, araştırma yapmayı, ders vermeyi, danışmanlık yapmayı ve benzer aktiviteleri içerebilmektedir. Ancak çoğu eyalette yapılan bu işler lisanslı bir psikolog tarafından yakından gözlemlenmek ve süpervize edilmek zorundadır. Doktora sonrası pozisyonlar APA-akreditasyonlu olabilmektedir (Kaslow ve Echols, 2006), ancak birçok psikolog doktora sonrası eğitimlerini işe girdikleri ilk ortam içerisinde tamamlamaktadır. Amerika'daki lisans yasalarına dair bir gözden geçirme çalışması, Alabama ve Washington haricindeki bütün eyaletlerin, doktora sonrasında süpervizyonlu bir mesleki deneyimi şart koştuklarını göstermektedir: Çoğu, böyle bir deneyimin 1500 ila 2000 saat süresince gerçekleştirilmiş olmasını beklemekte, Washington, DC ve Michigan'da ise beklenen saat süresi 4000 saati bulmaktadır (DiLillo ve diğ., 2006).

Çoğu eyalette, psikologların lisanslarını ya da sertifikalarını güncel tutmaları beklenmektedir. Bunun için psikologlar, düzenli olarak yenileme harcı ödemek ve *sürekli eğitime* (continuing education-CE) katıldıklarını belgelemek durumundadırlar. Sürekli eğitimin kaç saat olması gerektiğine dair beklentiler Amerika eyaletleri arasında değişkenlik göstermekte, ancak genel olarak 2 yıllık bir lisanslılık süresi için 20 ila 40 saatlik bir deneyim istenmektedir (Wright, 2005).

Eyaletler arasında farklı lisans yasaları bulunduğu için, eyaletten eyalete çok ufak bir *karşılıklılık* durumu söz konusudur; yani, bir eyalette lisans alan bir psikolog, lisansını otomatik olarak başka bir yere aktaramamaktadır. Karşılıklılığın yaygınlaştırılıp yaygınlaştırılamayacağına dair tartışmalar devam etmektedir (Hall ve Boucher, 2003; Jonason, DeMers, Vaughn ve Reaves, 2003; Merrill, 2003; Rehm ve DeMers, 2006).

TABLO 15.2

Çalışma Ehliyetli (Lisanslı) bir Psikolog mu Olmak İstiyorsunuz?

Bir klinik psikoloji doktora programından yeni mezun olduğunuzu ve lisanslı bir klinik psikolog olmak istediğinizi düşünün. Hangi basamaklardan geçmek zorundasınız? Hemen hemen her eyalette aşağıda yer alan güçlüklerle karşılaşılmaktadır. Öncelikle, eyalet psikoloji kurulundan ehliyetinizi gözden geçirmesini ve sınava girmek için uygun olup olmadığınızı değerlendirmesini istemelisiniz. Verecekleri karar birçok kritere dayanmaktadır:

1. *İdari Gereklilikler.* Belli bir yaşa gelmiş olmalı, Amerikan vatandaşı olmalı ve eyalette en az belli bir süre ikâmet etmiş olmalısınız. Bu gerekliliklerle ilgili yapılabilecek pek bir şey yoktur; karşılarsınız ya da karşılamazsınız. Bir öneri olarak; bir suç işlemeyin, yalan beyanda bulunmayın ya da idarecilere hakaret etmeyin. Bu davranışlar, zayıf bir ahlâki karakter göstergesi olarak değerlendirilmekte ve size, lisans hayalleri kurabilmeniz için hapiste geçireceğiniz bolca zamanınızın olmasına neden olabilmektedir.

2. *Eğitim.* Eyaletlerin çoğu, akreditasyonlu bir üniversiteden alınmış, psikolojide doktora derecesini şart koşmaktadır. Birçok eyalette akreditasyon, tanınan bir akreditasyon kurumu tarafından üniversitenin akredite edilmesi anlamına gelmektedir. Ancak çoğu eyalet APA-akreditasyonlu bir programdan mezun olunmasını istemeye başlamıştır. Resmi yüksek lisans/doktora ve üniversite lisans transkriptleri de gerekmektedir.

3. *Deneyim.* Bu kriter, kurul tarafından onaylanmış bir yerde genelde bir ya da daha yaygın haliyle iki yıllık, süpervizyonlu, mesleki bir deneyime karşılık gelmektedir. Bazı deneyimler doktora-sonrası olmak durumundadır; süpervizörünüzden ya da süpervizörlerinizden referans belgeleri istenmektedir. Eğer kurul ehliyetlerinizi dikkatle gözden geçirdikten sonra sınavı alabileceğinize karar verirse, sınav için çağrılırsınız. Aşağıda, neler bekleyebileceğiniz yer almaktadır:

Sınav Harcı. Kurulun ehliyetlerinizi gözden geçirmesi ve sınav yapması için talep edilen bir ücret vardır. 2008 yılı itibariyle Psikolojinin Uygulanmasında Uzmanlık Sınavı (EPPP)'nın sınav ücreti $515 olarak belirlenmiş, eyalet kurulu harçları ise Illinois'de $50'dan Florida'da $985'a kadar değişkenlik göstermekle birlikte genelde $200 ila $300 arasında yer almıştır (DiLillo, DeGue, Cohen ve Morgan, 2006).

Sınav. Çoğu eyalette, genel psikoloji, yöntem, psikolojinin uygulamaları ve mesleki davranış ve etikle ilgili 200 objektif sorudan oluşan EPPP ulusal sınavı uygulanmaktadır. Adayların çoğu klinik, okul ya da endüstri-örgüt psikolojisi gibi bir uzmanlık alanında uygulama yapmak istedikleri için eyalet kurulları bazen bu alanlar için hazırlanmış özel eyalet testlerinin ya da eyalet yasalarına ve düzenlemelere dair testlerin de yapılmasını isteyebilmektedir. Kurul tarafından, psikolojiyle ilgili herhangi bir konudan sorunun gelebileceği bir sözel sınava da tabi tutulabilirsiniz. Eğer geçerseniz – tebrikler!!! Şimdi, lisansınızı devam ettirebilmek için senelik bir ücret ödemek, sürekli eğitim derslerine katılmak ve görevi kötüye kullanma sigortası için ödeme yapmak durumundasınız. Hayır, gerçekten tebrikler!!!

Tekrar Sınava Girme. Eğer sınavın herhangi bir bölümünden başarısız olursanız, o kısım için size başka bir şans daha verilecektir. Kurulların çoğu iki şansın yeterli olduğunu düşünmektedir; fakat ikinci seferde de başarısız olursanız, aile şirketinize katılmanın avantajlarını değerlendirmeye başlamak akıllıca olabilir.

ABPP Sertifikasyonu

Diğer bir mesleki düzenleme, Amerikan Profesyonel Psikoloji Kurulu (American Board of Professional Psychology-ABPP) tarafından verilen sertifikasyondur. ABPP 1947 yılında, psikologların mesleki yeterliliklerini belgelemek üzere kurulmuş ulusal bir organizasyondur. Sertifikasyonu, aşağıda sıralanan 13 uzmanlık alanının birinden kazanılan bir diploma ile belirlenmektedir:

Çocuk ve ergen
Klinik
Klinik sağlık
Klinik nöropsikoloji
Bilişsel ve davranışsal
Danışmanlık
Aile
Adli
Grup
Örgütsel ve işletme
Psikanaliz
Rehabilitasyon
Okul

ABPP diploması, özel bir hukuki otoriteye tabi olmamasına rağmen lisansa kıyasla daha prestijli görülmektedir. Lisans sahibi olmak, *minimal* düzeyde yeterlilik derecesine sahip olmaya işaret ederken (ve diploma statüsünü almadan önce elde edilmesi beklenir), diploma statüsü mesleki uzmanlığın tasdik edildiğini ve kişinin herhangi bir uzmanlık alanına hâkim sayılacak bilgi donanımına sahip olduğunu göstermektedir. Buna göre, ABPP diploması için gerekenler, lisans almak için gerekenlerden daha zahmetlidir. Özel uzmanlık alanına bağlı olarak, sadece ABPP sınavına girebilmek için bile senelerce deneyime sahip olmak bir önkoşuldur. Bu sınav, adayı doğrudan klinik ortamlarda (örn., test uygularken ya da terapi danışanıyla etkileşim içerisindeyken) gözlemleyen ve ilgili konuları (mesleki bilgi, değerlendirme yapma yetkinliği, müdahale etme yetkinliği, danışanlarla kişilerarası yetkinlik, etik ve hukuki standartlar ve davranış, uzmanlık alanına bağlılık ve güncel konular üzerine farkındalık ile süpervizyon ve konsültasyon yetkinliği) içeren bir sözel sınavı yapan bir grup diplomalı tarafından yürütülmektedir (Finch, Simon ve Nezu, 2006). http://www.abpp.org adresinden ABPP diploma statüsüyle ilgili daha fazla bilgi edinilebilir. Bu web adresi, kendi coğrafi bölgesinde bir ABPP uzmanına ulaşmak isteyen kişiler için aramaya açık bir Uzmanlar Rehberi de içermektedir.

Bu Kısmın Özeti: Halkı eğitimsiz meslek elemanlarından korumak için, eyaletler ve diğer düzenleyici unsurlar, psikoloji uygulamasına dair sertifikasyon ve çalışma ehliyeti (lisans) yasaları oluşturmuşlardır. Çoğu eyalette, sertifikasyon bir kişinin psikolog ünvanını kullanabilme hakkına, lisans ise klinisyenlerin uygulama izinlerinin olduğu aktivitelere karşılık gelmektedir. Sertifikasyon ve lisans, minimum eğitim kriterlerinin karşılanmasını gerektirirken, ABPP klinik uygulama alanında üstün becerilere sahip olunduğunun onayını vermektedir.

MESLEK AHLÂKI

Bu Kısma Bakış: APA'nın yayınladığı Psikologlar için Etik Prensipleri veya Etik Kuralları (American Psychological Association, 2002b) daha önceki birçok bölümde ele almıştık. Bu bölümde, Etik Kuralların nasıl organize edildiğini, standartların nasıl uygulandığını ve etik ihlâllerin nasıl incelendiğini ve ardından ne tür işlemlerin uygulandığını tartışacağız. Ayrıca, mesleğin kötüye kullanımı ile bununla ilgili yasal süreçlerden bahsedeceğiz.

Amerikan Psikologlar Birliği'nin Etik Standartları

APA'nın Etik Prensipleri, Giriş ve Genel Prensipler ile çok sayıda özgül Etik Standardı içermektedir. Giriş ve Genel Prensipler (bknz. Tablo 15.3), uygulanabilir kurallardan ziyade, psikologların en yüksek ideallerine erişebilmek için öne sürdükleri emellerdir ve belli durumlarda etiğe uygun olarak nasıl davranmak gerektiğiyle ilgilenen psikologlar için bir kılavuz niteliği taşımaktadır. Buna karşılık, Etik Standartlar uygulanmak üzere tanımlanmış kurallardan oluşmaktadır. APA üyeleri bu kuralları uygulamaktan sorumludur. Ayrıca, eyalet psikologlar kurulları ve mahkemeler gibi başka kurumlar da, bir psikoloğun (bu psikolog APA üyesi olmasa dahi) davranışı karşısında yargılama ve yaptırım uygulayabilmek için bu kurallardan faydalanabilmektedir.

Bu Etik Standartlar aşağıda yer alan başlıklarla organize edilmiştir:

1. *Etik Meselelerin Çözülmesi.* İlk bölüm, psikologların etik sorunları ve şikâyetleri nasıl çözüme kavuşturduklarını içermektedir.
2. *Yetkinlik.* Bu bölümde, psikologların kendi özel uzmanlık alanlarında eğitim almaları gerektiğine ve yetkinliklerini koruyabilmek için kendi alanlarıyla ilgili konularda güncel kalmaya devam etmeleri gerektiğine dikkat çekilmektedir. Bu bölümde ayrıca, psikologların, uygulama becerilerini yetkin bir biçimde sergilemelerini kısıtlayacak ölçüde kişisel bir problem ya da çatışma yaşadıkları zaman neler yapılması gerektiğine değinilmektedir.

3. *İnsan İlişkileri.* Bu etik standartlar, adaletsiz ayrımcılık, cinsel ya da başka tür bir taciz, çoklu ilişkiler, çıkar çatışmaları, bilgilendirilmiş onamda bulunmak ve danışan için en iyisi bu olduğu halde klinik hizmeti sağlamayı sonlandırmaktan kaçınmak gibi konuları kapsamaktadır.

4. *Gizlilik.* Bu kurallar, psikologların, danışanlarının gizlilik haklarını koruma zorunlulukları ile ilgilidir.

5. *Reklam ve Diğer Kamu Açıklamaları.* Psikologların, kendi hizmetlerini ve profesyonel ehliyetlerini kamu ile paylaşmalarının kontrol edilmesiyle ilgili standartlar, bu kategori altında sunulmaktadır.

6. *Kayıt Tutma ve Ücretlendirme.* Bu bölüm, mesleki uygulamaların nasıl belgelendirileceğine, korunacağına ve gizliliği korunan kayıtların nasıl yok edileceğine ve ücretlendirme, yönlendirme ve diğer finansal ayarlamaların nasıl yapılacağına dair bir rehber sunmaktadır.

7. *Eğitim ve Öğretim.* Bu bölüm, psikologların öğrencilerini eğitirken ya da süpervizyon verirkenki davranışlarını kontrol eden birçok etik standardı içermektedir.

8. *Araştırma ve Yayın.* Araştırmacıların aktivitelerini (araştırmaya başlamadan önce Kurumsal İzleme Kurulu'ndan onay almak, katılımcılardan gönüllü bilgilendirilmiş onam almak, katılımcıları bilgilendirmek, yardımcı yazarlara yayında yer vermek, araştırma verilerini paylaşmak ve alandaki çalışmaları gözden geçirmek gibi) kontrol eden standartlar bu bölümde yer almaktadır.

9. *Değerlendirme.* Testlerin kullanılmasına ve yorumlanmasına dair kurallar listesi yer almaktadır.

10. *Terapi.* Terapinin yapılandırılmasına, yürütülmesine ve sonlandırılmasına dair kurallar burada yer almaktadır. Özgül standartlar, psikologların, görüşmeye devam ettikleri danışanları, danışanlarının akrabaları ya da yakınları ile cinsel yakınlık kurmalarını ve daha önceden cinsel yakınlık yaşadıkları birini danışan olarak kabul etmelerini yasaklamaktadır. Ayrıca psikologlar, eski danışanları ile, terapinin sonlandırılmasından itibaren 2 yıl süresince cinsel yakınlık kuramazlar. Psikolog, bu sürenin sonrasında bile danışanın herhangi bir sömürüye maruz kalmadığından emin olmak zorundadır.

TABLO 15.3

Psikologlar için Etik İlkeler ve Etik Kurallar: Giriş ve Genel Prensipler

Giriş

Psikologlar, davranışı anlamaya ve insanların kendilerini ve başkalarını anlamaları üzerine elde ettikleri bilimsel ve profesyonel bilgilerini arttırmaya ve bu bilgileri bireylerin, kurumların ve toplumun koşullarını iyileştirme yönünde kullanmaya söz vermişlerdir. Psikologlar, medeni haklara ve insan haklarına, araştırma, öğretme ve yayın yaparken sorgulayıcı olmanın temel önemine saygı duymakta ve bu hakları korumaktadırlar. İnsan davranışıyla ilgili bilgiye dayalı yargılarda ve seçimlerde bulunarak halka yardım etmek için uğraşırlar. Bunu yaparken, araştırmacı, eğitimci, tanı koyma uzmanı, terapist, süpervizör, danışman, idareci, sosyal müdahaleci ve bilirkişilik gibi bir çok rol üstlenirler. Etik kurallar, psikologların, üzerine kendi mesleki ve bilimsel çalışmalarını inşa ettikleri bir dizi prensip ve standarttan meydana gelmektedir.

Bu etik kurallar, psikologların karşılaştıkları durumların çoğunu kapsamak üzere özgül standartlar sağlamayı amaçlamaktadır. Psikologlardan hizmet alan bireylerin ve grupların korunması ve refahı ile üyelerin, öğrencilerin ve halkın, disiplinin etik standartları çerçevesinde eğitim almaları amaçlanmıştır.

Psikologların iş yerlerindeki davranışları ile ilgili dinamik bir etik standartlar çerçevesi geliştirmek, bireysel bağlılığı ve etik davranmak üzere yaşam boyu gösterilecek çabayı (öğrencileri, süpervizyon alanları, çalışanları ve meslektaşları etiğe uygun davranmaları konusunda desteklemek ve başka kişilere etik problemlerle ilgili danışmanlıkta bulunmak) gerektirmektedir.

Genel Prensipler

Bu bölümde genel prensipler ele alınmaktadır. Genel Prensiplerin doğası, Etik Standartların aksine, bir emel kazandırma üzerinedir. Amacı, psikologları, mesleğin en yüksek etik ideallerine ulaşmak üzere yönlendirmek ve motive etmektir. Etik Standartlara kıyasla Genel Prensipler, zorunlulukları temsil etmemektedir ve yaptırımların uygulanmasında bir dayanak olarak alınmamalıdır. Bu iki sebepten herhangi birisi için Genel Prensiplere dayanmak, hem anlamın hem de amacın yanlış yorumlanmasına neden olmaktadır.

Prensip A: Yarar Sağlama ve Zarar Vermeme. Psikologlar, birlikte çalıştıkları kişilerin fayda görmeleri ve zarar görmemeleri için çaba sarfederler. Psikologlar, mesleki aktiviteleri içerisinde profesyonel olarak etkileşim içerisine girdikleri kişilerin, diğer etkilenebilecek kişilerin ve araştırmalarda denek olarak kullanılan hayvanların iyilik hallerini ve haklarını gözetirler. Yükümlülükleri ile gözettikleri konular arasında bir çatışma olduğu zaman, psikologlar bu durumu, zarardan kaçınmayı ya da zararı en aza indirgemeyi dikkate alan bir sorumlulukla çözerler. Psikologların bilimsel ve mesleki yargıları ve hareketleri başkalarının hayatlarını etkileyebildiği için, etkilerinin kötüye kullanımına neden olabilecek bireysel, mali, sosyal, kurumsal ya da politik faktörler konusunda dikkatli olurlar ve savunma geliştirirler. Psikologlar, kendi fiziksel ve ruhsal sağlıklarının, birlikte çalıştıkları diğer insanlara yardım etme becerileri üzerindeki olası etkilerinin farkında olmaya çalışırlar.

Prensip B: Güvenilirlik ve Sorumluluk. Psikologlar, birlikte çalıştıkları insanlarla güvene dayalı bir ilişki kurarlar. Çalışmalarını yürüttükleri topluma karşı olan mesleki ve bilimsel sorumluluklarının farkındadırlar. Psikologlar, profesyonel davranış standartlarını desteklemekte, mesleki rol ve yükümlülüklerine açıklık getirmekte, davranışları için gereken sorumluluğu almakta ve sömürü ya da zarar görme ile sonuçlanabilecek çatışmaları yönetmek için çaba sarfetmektedirler. Psikologlar, birlikte çalıştıkları kişiler için

en iyisini gözetmek suretiyle diğer meslek elemanları ve kurumlara konsültasyon için başvururlar, yönlendirme yaparlar ya da bu kişi/kurumlarla iş birliği içerisinde çalışırlar. Çalışma arkadaşlarının bilimsel ve mesleki davranışlarının ne kadar etiğe uygun olup olmadığı psikologlar için önemlidir. Psikologlar kendi mesleklerine ayırdıkları zamanlarının bir bölümünde hiçbir kişisel avantaj gözetmeksizin ya da çok az bir katkı alarak hizmet sunmaya çalışırlar.

Prensip C: Bütünlük. Psikologlar, bilimde, eğitimde ve psikolojinin uygulanmasında doğru, dürüst ve açıksözlü olmayı önemserler. Bu aktiviteler esnasında psikologlar hırsızlık yapmaz, kopya çekmez ya da dolandırıcılığa, hileye veya bir gerçeği bilerek gizlemeye başvurmazlar. Sözlerini tutarlar ve düşünmeden edilmiş ya da net olmayan ifadeler kullanmaktan kaçınırlar. Faydanın arttırılması ya da zararın azaltılması için yanlış bilgi vermenin etik olarak sakıncalı olmadığı durumlarda, psikologlar, bu tekniklere neden ihtiyaç duyulduğunu ve olası sonuçlarını gözetmek durumundadırlar. Bu tarz tekniklerin kullanılması sonucunda ortaya çıkabilecek herhangi bir güvensizliğin ya da diğer olumsuz etkilerin düzeltilmesi konusunda ciddi bir yükümlülüğe sahiptirler.

Prensip D: Adalet. Psikologlar, hak ve adalet ilkesi uyarınca herkesin, psikolojinin sağladığı katkılara ve psikologlar tarafından yürütülen süreç, prosedür ve hizmetlere erişme ve eşit kalite ile faydalanma hakkı olduğunu gözetmektedir. Psikologlar, makul yargılara varırlar ve potansiyel yanlılıklarının, yetkinliklerinin sınırlarının ve uzmanlıklarının sınırlılıklarının adaletsiz bir uygulamaya yol açmayacağından ya da izin vermeyeceğinden emin olurlar.

Prensip E: İnsan Haklarına ve Değerlerine Saygı. Psikologlar, bütün insanların değerlerine ve kıymet verdikleri şeylere, bireylerin gizlilik ve kendi kararlarını belirleme haklarına karşı saygılı olurlar. Psikologlar, bazı zaafları sebebiyle bağımsız karar verme yetileri daha zayıf olan kişilerin ve toplulukların haklarını ve refahlarını korumak için özel koruma tedbirlerinin gerekebileceğinin farkındadırlar. Psikologlar, kültürel ve bireysel farklılıklara, yaş, cinsiyet, cinsiyet kimliği, ırk, etnisite, kültür, uyruk, din, cinsel yönelim, engellilik, dil ve sosyo-ekonomik durum gibi faktörlerin yarattığı rol farklılıklarına saygı gösterirler ve böyle gruplarla çalışırken bu faktörleri göz önünde bulundururlar. Psikologlar, bu faktörlerle ilgili yanlı davranabilmenin etkilerini, çalışmaları esnasında ortadan kaldırmaya çalışırlar ve başka kişilerin bu tarz ön yargılara dayanan aktivitelerine bilinçli olarak katılmaz ve desteklemezler.

KAYNAK: American Psychological Association, 2002b, s.3–4.

Etik Standartların Uygulanması

Çoğu psikolog, karmaşık ve etik olarak belirsiz olan durumlarda, mesleki davranışı en yüksek standartlarında koruyarak bu gibi durumların üstesinden gelebilmek için hayli güçlük yaşamaktadır. Ancak çoğu durum ahlâki ve kültürel sorular içerdiği ve APA Etik Kurallarındaki terminolojiyle tam olarak örtüşmediği için tam olarak nasıl davranılması gerektiği net değildir ve bu sorulara verilebilecek kesin bir yanıt yoktur.

Örneğin, terapistlerin danışanlarıyla hem mesleki hem de mesleki olmayan bir ilişki içerisinde oldukları durumlara dair aşağıdaki örnekleri ele alalım. Çoklu ilişkiler, terapötik ilişkiye zarar verebilecekleri ve kaçınılmaz olarak danışana

zarar verebilecekleri için etik dışı olarak değerlendirilmektedir. Bu kuralın, örnekte yer alan vakalar için de geçerli olduğunu düşünüyor musunuz?

Bir terapist, 45 yaşında, erkek bir danışanı, stres ve kaygı şikayetleri sebebiyle 1 yılı aşkın süredir takip etmektedir. Danışan yakın zamanda, ofis idareciliği yaptığı işini, şirketin iflas etmesi sebebiyle kaybetmiştir ve bir iş aramaktadır. Bu sırada, terapist bir ofis asistanına/evrak memuruna ihtiyaç duymaktadır ve kendi yüksek standartlarını karşılayan birisini bulmakta epey güçlük yaşamaktadır. Danışanının bir ofis asistanı olarak oldukça iyi geri bildirimler aldığından haberdardır. Danışanını evrak memuru olarak işe alır ve bir yandan da onu profesyonel olarak takip etmeye devam eder.

Bir terapist, uzun süreli bir ilişkisinin üzücü bir şekilde sonlanmış olmasıyla baş etmeye çalışan 38 yaşındaki bir kadın danışanı takip etmektedir. Danışan, köpekleri sevdiğinden ve onların arkadaşlığının kendisini epey rahatlattığından bahseder. Terapist de köpeklere epey düşkündür ve hobi olarak Rottweiler beslemekte ve yetiştirmektedir. Terapist, yeni doğan Rottweilerları olduğundan ve başka bir kişi tarafından sahiplenilmeye hazır olduklarından bahseder ve danışan, yavrulardan birini terapistten satın alır.

Küçük bir kasabada, bir bilişsel-davranışçı terapist, o bölgede kaygı bozukluğu üzerine uzmanlaşmış tek kişidir. 63 yaşındaki bir erkek danışan, ciddi agorafobi şikayetiyle bu terapiste başvurur, ancak maddi imkânları kısıtlıdır, sigortasızdır ve sadece bir seans için ödeme yapabilecek durumdadır. Terapist, danışanın durumunu kısaca ele alırken, danışanın bir doğramacı ustası olduğunu öğrenir. Terapist, danışana doğramacılık hizmeti karşılığında tedavi uygulamayı önerir. Danışan bu teklifi kabul eder ve terapistin evinde, küçük bir odaya bir kütüphane yapar. (Bersoff, 2003'ten uyarlanmıştır).

Psikologlar, bu tarz etik problemlerle nasıl başa çıkarlar? Kendi alanları içerisindeki uygun olan ve olmayan uygulamalar hakkında farkındalık kazanmakla başlarlar. Uygun bilgilendirilmiş onam prosedürleri, bilgi formlarının açığa çıkarılması ve vakaların dokümantasyonu da önemli kriz-yönetimi prosedürlerindendir (Kennedy, Vandehey, Norman ve Diekhoff, 2003). Profesyoneller, aşağıda sıraladıklarımız gibi kitaplara da başvurabilirler:

- Psikoterapide Sınırlar: Etik ve Klinik İncelemeler (Zur, 2007)
- Psikolojide Etik Meseleler, Üçüncü Basım (Bersoff, 2003)
- Adli Psikolojide Etik Pratikler: Karar Verme için Sistematik bir Model (Bush, Connell ve Denney, 2006)
- AIDS'le ilişkili Psikoterapide Etik: Karmaşık Vakalarda Klinik Karar Verme (Anderson ve Barret, 2001)
- Temel İngilizce Etik: Psikologlar için Görsel bir Vaka Kitabı, İkinci Basım (Nagy, 2005)

- İnsan Katılımcılarla Yürütülen Araştırmalarda Etik (Sales ve Folkman, 2000)
- Psikologlar için Etik Uygulamalar: Pozitif Yaklaşım (Knapp ve VandeCreek, 2005)

Uzmanlar, etik üzerine düzenli makaleler yayınlayan mesleki dergilere danışmanlık da yapabilirler (APA Profesyonel Pratik ve Standartlar Komitesi, 2003; Berman, 2006; Kennedy ve diğ., 2003). Gizlilik sağlanabildiği sürece, çalışma arkadaşlarına ve profesyonel organizasyonlara danışmak oldukça yaygındır. Son olarak, birçok meslek hatası sigortası şirketi, etik ve hukuki meselelerde çözüm arayan sigortalı klinisyenlere danışmanlık hizmeti vermektedir. Her ne kadar bu çabalar psikologlara meslek hatasına ya da diğer hukuki meselelere karşı bir bağışıklık kazandırmasa da, doğruyu yapmak için girişilen bilinçli bir çabaya işaret etmektedirler ve bu çabaların dokümantasyonu, profesyonel kurumlar ve mahkemeler tarafından olumlu şekilde dikkate alınmaktadır.

Etik İhlâllerle Uğraşmak

İnsanoğlu hata yapabilir. Psikologlar, etik açıdan sorunlu bir şekilde davrandıkları zaman, uygulamalardaki etik ihlâllerle uğraşma görevine sahip yerel, eyalet ya da ulusal kurumlardan kınama alırlar. Bir psikoloğun yanlış davrandığını düşünen danışanlar ya da diğer kişiler, APA ve/veya eyalet lisans kurullarına resmi şikayette bulunabilirler. Neyse ki, klinik psikologlar adına yapılan bu tarz şikâyetlerin sayısı oldukça azdır. Eyalet lisans kurullarında yapılan güncel bir ulusal araştırma (Van Horne, 2004), lisanslı psikologların sadece %2'si adına bir şikayet başvurusu olduğunu ve bu şikayetlerin sadece %20'sinin, ilgili psikolog hakkında disiplin soruşturması açmayı gerektirecek kadar ciddi bulunduğunu göstermiştir. Ayrıca, 2006 yılında, APA Etik Komitesi, sadece 85 vaka için resmi şikâyet üzerine soruşturma başlattıklarını belirtmiştir. APA'nın üye sayısının 150.000'i aştığı dikkate alındığında, aktif etik ihlâli vakalarının oldukça az sayıda olduğu görülmektedir.

Bir APA üyesi aleyhine, etik olmayan davranışla ilgili bir şikâyet geldiğinde ve ilgili komite, söz konusu davranışın gerçekten etik dışı olduğuna karar verdiğinde, cezanın ne olacağına karar verilmelidir. APA'nın en ciddi yaptırımı, etiği ihlâl eden kişinin üyeliğinin sonlandırılması ve bu durumla ilgili diğer üyelerin bilgilendirilmesidir. Etik dışı davranış, psikologların çalışma ehliyetlerine (lisanslarına), uygulamalarını sürdürdükleri eyaletin psikoloji kurulu tarafından el konulmasına da neden olabilir. Diğer kararlar, kınama veya şartlı kınamanın yapılması ya da herhangi bir yaptırımın uygulanmamasına yöneliktir. Mesleki hata davalarına ilişkin hukuki ve maddi yaptırımları daha sonra ele alacağız.

APA Etik Komitesi'nin 2006 yılında incelediği vakaların hemen hemen yarısı, psikologların uygulamalarını sürdürdükleri eyalette lisanslarına el konul-

masıyla sonuçlanmıştır. Eyalet lisanslarına el konulmasının en yaygın nedeni, psikologların danışanlarına yönelik cinsel bir yaklaşımda bulunmalarıdır. Diğer vakalar, ağır bir suç nedeniyle hüküm giymeyi, sigorta/pirim problemlerini, cinsel olmayan ikili ilişkileri, çocuk tutukluluğu değerlendirmesinde uygun olmayan meslek uygulamalarını, yeterlilik alanının dışında faaliyet göstermeyi, klinik bir kriz karşısında uygun olmayan bir tepki göstermeyi, gizlilik ihlâlini ya da mesleki standartları sürdürmedeki başarısızlığı içermektedir (APA, Etik Komitesi, 2007c).

Eyalet psikoloji kurullarına yapılan şikâyetler dikkate alındığında, cinsel yönde olumsuz bir davranışta bulunmanın kaygı uyandırdığı, ancak eyalet düzeyinde yapılmış diğer birçok şikâyetin, tutukluluğun değerlendirilmesi, şiddetli boşanmalar, süpervizyon, üçüncü kişi adına yapılan değerlendirmeler (örneğin, bir sigorta tazminat talebi için) veya yüksek riske sahip danışanlar (örneğin, intihar girişimi söz konusu olanlar, şiddet gösteren, kanunla muhalefet içerisinde olan ya da geçmiş cinsel taciz öyküsüne dair anıları olanlar) gibi yüksek-risk taşıyan konulardaki mesleki pratikle ilgili olduğu görülmektedir (Thomas, 2005). Tablo 15.4'te, eyalet psikoloji kurulları tarafından açılan disiplin cezalarının gerekçelerine yer verilmiştir (Pope ve Vasquez, 2007).

TABLO 15.4

Ağustos 1983-Kasım 2005 arasında, Amerika'da, Psikologlara ilişkin Rapor Edilmiş Disiplin Cezaları*

Disiplin Cezasının Gerekçesi	Yüzdesi
Danışanla cinsel/ikili ilişki	30.3
Mesleki olmayan/etik dışı/ihmâlkâr uygulama	29.6
Bir suç nedeniyle hüküm giyme	9.3
Dolandırıcılık	6.1
Yanlış/yetersiz tutulan kayıt	5.4
Sürekli eğitim gerekliliklerine uymama	4.7
Gizliliğin ihlâli	4.5
Yetersiz ya da yanlış süpervizyon	4.3
Zarar verme	4.0
Hileli çalışma ehliyeti (lisans) elde etme	1.8

*N = 2,858

Kaynak: K. S. Pope ve M. J. T. Vasquez, 2007'den uyarlanmıştır.

Diğer Etik Standartlar

APA'nın *Psikologlar için Etik Prensipler ve Davranış Kuralları*'na ek olarak başka etik kurallar ve yönergeler de bulunmaktadır. Klinik psikologlar, kendi araştırma

ve psikolojik hizmet alanlarıyla ilgili diğer standartları öğrenmekle sorumludur. Daha önceki bölümlerde bahsedildiği üzere, araştırma yaparken, değerlendirme ve psikoterapi yaparken ve çeşitli danışan gruplarıyla çalışırken uyulması gereken birçok yönerge bulunmaktadır. Özelleşmiş uzmanlık yönergelerinin sayısı epey artmıştır. Örnek olarak: *Lezbiyen, Gay ve Biseksüel Danışanlarla Psikoterapi için Yönergeler* (APA, 2000a), *Yaşlı Yetişkinlerle Psikolojik Uygulamalar için Yönergeler* (2004) ve *Psikologlar için, Çok Kültürlü Eğitim, Öğretim, Araştırma, Uygulama ve Kurumsal Değişimlerde Uygulanan Yönergeler* (2003). Amerikan Psikologlar Birliği, sayısız yönerge arasından işine yarayanı bulmak isteyen klinik psikologlara yardımcı olabilecek *Tedavi Yönergelerini Değerlendirme Kriterleri* (APA, 2002a) de yayınlamıştır.

Terapistler, özellkle tıbbi bir alanda çalışanlar ya da verdikleri hizmet için sigorta şirketlerine fatura kesenler, bazı ek kurallara ve düzenlemelere uymak durumundadır. *Sağlık Sigortasının Taşınabilirliği ve Yükümlülüğü Girişimi* (Health Insurance Portability and Accountability Act [HIPAA]), Sağlık ve İnsani Hizmetler Birimi tarafından, danışanlarla ilgili bilgilerin gizliliğinin korunması ve sigortadan para iadesi alınması gibi konularla uğraşılmak üzere başlatılmıştır (Benefield, Ashkanazi ve Rozensky, 2006; Munsey, 2006a).

Eyalet Yasaları Uyarınca Yapılan Düzenlemeler

APA Etik prensipleri, genelde eyalet yasalarına uygundur, ancak uymadığı durumlar da vardır, dolayısıyla, psikologlar için, daha katı olan hangisiyse onu takip etmeleri en iyisi olacaktır (Psikolojinin Profesyonel Olarak Uygulanması Komitesi, 2003). Örneğin, APA etik standartları, psikologlar ve eski danışanları arasında, terapötik ilişkinin sonlandırılmasının üzerinden 2 yıl geçtikten sonra iki tarafın da rızasının olduğu bir cinsel ilişkiye müsaade ediyorsa da (bu ilişkinin sonucunda danışana herhangi bir zarar gelmemesi koşuluyla), birçok eyalet, terapistlerin eski danışanlarıyla herhangi bir cinsel münasebette bulunmasını kesin olarak yasaklamaktadır. Böyle bir ilişkiyi ebediyen yasaklayan bir eyalette yaşayan psikologların, daha az katı olan APA etik kurallarının böyle bir duruma uygun olacağını varsaymalarındansa, eyalet yasalarını takip etmeleri daha akıllıca olacaktır. Eyalet yasaları, *uyarma görevi* gibi klinik psikologların diğer alanlardaki belli davranışlarını da kontrol edebilmektedir.

Uyarma Görevi. Terapistlerin normal şartlarda danışanlarının bilgilerini gizlemeleri gerekmektedir; ancak danışanlarının birilerine zarar vermeyi planladıklarından bahsettikleri durumda terapistin gizliliği ihlâl etmesi mi gerekir? Bu soru, *California Üniversitesi'ndeki Tarasoff Regents* vakasında gündeme gelmiştir (gözden geçirme için bknz., Ewing ve McCann, 2006) ve en azından birkaç eyalette cevabın "evet" olması gerektiğine karar verilmiştir. Aşağıda, bu vakayla ilgili bazı gerçeklere değinilmiştir.

1969 yılında California Üniversitesi-Berkeley'de bir öğrenci olan Prosenjit Poddar, öğrencilerin gittikleri ruhsal sağlık hizmetleri merkezine terapi almak üzere başvuruda bulunmuştur. Bay Poddar, terapi seanslarından birinde, psikoterapist Dr. Lawrence Moore'a, romantik ilişki kurma girişimlerini açıkça reddeden genç bir kadını, Tatiana Tarasoff'u, öldürmek istediğini söylemiştir. Terapist, amiri Dr. Harvey Powelson'u konu hakkında bilgilendirmiştir. Kampus polisi aranmış ve yazılı olarak, danışanı gözaltına almaları talebinde bulunulmuştur. Polis, Bay Poddar'ı gözaltına almış, ancak onu mantıklı bulduklarını ve Tarasoff'un evinden uzak duracağına dair verdiği söze güvendiklerini belirterek kısa süre içerisinde serbest bırakmışlardır. Bay Poddar sözünde durmamıştır. Terapistle olan ilişkisini sonlandırdıktan sonra, Bayan Tarasoff'u öldürmüştür. Cinayet sebebiyle daha sonra tutuklanmıştır. Hiç kimse, tehditle ilgili olarak kadını ya da ailesini uyarmamıştır. Hatta Dr. Powelson, polisten Dr. Moore'un dilekçelerini geri göndermelerini istemiş ve Dr. Moore'un dilekçelerinin tüm kopyalarının ve terapi notlarının yok edilmesi talimatını vermiştir.

Bayan Tarasoff'un ebeveynleri, California Üniversitesi-Berkeley, vakada görev alan terapist ve kampus polisine, kızlarının cinayete kurban gitmesinin yol açtığı zararı telafi etmeleri istemiyle dava açmışlardır. Dava sonucunda, California yüksek mahkemesi ailenin lehine karar vermiştir. Bu kararla, Bayan Tarasoff'un ebeveynleri, Amerika'nın her yerinde ruh sağlığı yasalarının değişmesine yol açmışlardır (Ewing ve McCann, 2006).

Mahkeme bu kararı verirken, terapi ilişkilerindeki gizliliğin önemini, toplumun tehlikeli kimselerden korunması ihtiyacını gözeterek değerlendirmiştir. Denge, toplumun korumasının önceliğine işaret etmiştir. "Halkın tehlike karşısında kalması durumunda, koruyucu haklar son bulur."

Terapistin, tehlikeli olduğuna inandığı ya da inanması gerektiği danışanları hakkında potansiyel kurbanları *uyarması görevi* olarak tanımlanan *Tarasoff* kararı, California ve diğer bazı Amerika eyaletinde uygulanmış, ancak bütün eyaletlerde bağlayıcı hükme kavuşturulmamıştır ki bu durum, birçok psikolog tarafından yanlış anlaşılmaktadır. Eyaletlerin yaklaşık üçte biri, bir terapistin, danışanlarının tehlikeli davranışlarıyla ilgili üçüncü kişileri korumak için önlem alamadığı durumda karşı karşıya olduğu yükümlülükleri tanımlayan yasalar çıkartmıştır. Ancak eyalet yasaları değişebilir ve bazen değişir (Meyer ve Weaver, 2006), dolayısıyla terapistler, üçüncü şahısların korunmasıyla ilgili bağlı oldukları eyaletteki yasal düzenlemelerden haberdar olmak durumundadır.

Tehlikeli olma ihtimalleri olan danışanlar ve bulaşıcı hastalığı olma ihtimalleri olan danışanlar arasındaki analoji, özellikle HIV'li danışanları takip eden psikoterapistler için geçerlidir. Bu danışanlarla çalışırken gizliliğin sınırları nedir? Danışan, başkaları için risk teşkil etmekte midir? Tarasoff prensipleri burada geçerli midir? Bu soru üzerine var olan, emsal kararlara dayanan hukuki uygulamalar farklılaşmaktadır; mahkemelerin, vakaların yaklaşık yarısı için gizliliğin korunması yönünde karar verdiği ve diğer yarısı için de en azından kısıtlı bir

bilgi paylaşımını uygun gördüğü ilgili vakalar üzerine bir gözden geçirme çalışmasına bakılabilir (Anderson ve Barret, 2001). Kuşkusuz, HIV-pozitif ya da AIDS'li danışanlarla çalışan terapistlerin, herhangi bir davranışa girişmeden önce, zarar verilebilirlik ihtimâlini, muhtemel kurbanların kimliğinin belirlenebilmesini, etik yönergeleri ve eyalet ya da federal yasaları göz önünde bulundurmaları gerekmektedir (Meyer ve Weaver, 2006).

Meslek Hatası Davalarına İlişkin Düzenlemeler. Uzmanlar tarafından meslek hatası sebebiyle zarar gördüğü iddiasıyla danışanlar tarafından açılan davalar, klinik psikologlara ilişkin yasal düzenlemelerin başka bir alanını oluşturmaktadır. Eğer bir jüri, danışanın lehine karar alırsa, klinisyen, zararı telafi edebilmek için danışana tazminat ödemek durumunda kalabilir. Bir uzmanın yaptığı meslek hatasının kanıtlanabilmesi için, dört esas bulunmaktadır:

1. Danışan/davacı ile terapist arasında özel bir profesyonel ilişkinin (örn., ücret karşılığında bir hizmet) var olması gerekmektedir.
2. Klinisyenin, danışanı tedavi ederken ihmâlkâr davranmış olması gerekmektedir. İhmâlkâr davranış, hizmet standardının ihlâl edilmesi, yani, makul bir klinisyenin benzer bir durum karşısında, davacının durumunda beklenen tedaviyi sağlayabileceği anlamına gelmektedir.
3. Danışanın zarar görmüş olması gerekir.
4. Danışanın gördüğü zararın sebebi, terapistin ihmâlkâr davranmış olmasıdır.

Tahminlere göre, klinisyenlerin sadece %1 ila %2'si hakkında, profesyonel kariyerleri boyunca meslek hatası sebebiyle dava açılmaktadır (Baerger, 2001). Bu oran, kadın doğum, acil tıp, cerrahi ya da radyoloji alanında çalışan hekimlerin oranlarından çok daha düşüktür (Mello, Studdert ve Brennan, 2003), ancak son zamanlarda klinik psikologlara verilen tazminat cezalarının sayısı artmıştır ve dolayısıyla meslek hatası sigortalarının bedeli de yükselmiştir. Bu vakaların pek çoğu mahkemeye gidilmeden hallolmaktadır.

Meslek hatası davalarında en sık yapılan şikâyet, danışanın intiharının önlenilememiş olmasıdır (Scott ve Resnick, 2006). Bu tarz davalar davacının lehine sonuçlandığında, ölen danışanların aileleri genelde en yüksek tazminatı almaktadır (Gross, 2005; Scott ve Resnick, 2006). Meslek hatası nedeniyle yapılan şikâyetlere temel teşkil eden bir diğer durum, psikoloğun, halen takip ettiği ya da yakın zamanda görüşmeyi sonlandırdığı bir danışanıyla cinsel yakınlık kurmasıdır. Etik kurallar, ruh sağlığı uzmanlarının tamamına bu tarz davranışları kesinlikle yasakladığı için ve terapist ile danışan arasındaki cinsel ilişkinin genelde danışanın zararına sonuçlandığına dair görgül bulgu da bulunduğu için (Disch, 2006), böyle bir yaklaşımı kanıtlayan davacılar yüksek miktarda meslek hatası tazminatı kazanmaktadırlar.

Psikologlar aleyhine açılan davaların bir diğer alanında, terapistlerin, danışanlarına çocuklukta bir fiziksel ya da cinsel istismara uğradıklarına dair *baskılanmış anıları* olabileceği yönünde yanlış yönlendirme yaptıklarına yönelik suçlamaların birçoğu geri çevrilmiştir. Aşağıda, buna dair bir örnek yer almaktadır:

Gary Ramona - California şarap endüstrisinde bir dönem yüksek ücretle görev yapmış bir idareci – aile danışmanı Marche Isabella ve psikiyatrist Richard Rose aleyhine, 19 yaşındayken danışanları olan kızı Holly'nin belleğine gerçek olmayan travma anıları yerleştirdikleri gerekçesiyle dava açmıştır. Ramona, terapistlerin Holly'e bulimik bozukluk ve depresyon şikâyetlerinin çocukken babası tarafından defalarca tecavüz edilmesi sebebiyle ortaya çıktığını söylediklerini iddia etmiştir. Ayrıca, bu istismarın son derece travmatik olması sebebiyle bunu yıllarca bastırmış olabileceğini de söylemişlerdir. Ramona'nın iddiasına göre, Dr. Rose bunun ardından Holly'e, "hatırladığı anıları" doğrulayabilmesi için sodyum amital (sözde bir doğruluk serumu) vermiştir. Son olarak, Isabella'nın Holly'nin annesine, bulimiklerin neredeyse %80'inin cinsel istismar öyküsüne sahip olduklarını söylediği iddia edilmiştir (böyle bir ifade için hiçbir bilimsel dayanak bulunmamaktadır).

Terapistler, mahkemede, Holly'nin gerçek cinsel istismar gibi görünen bir dizi geçmişe dönüşten (flashback) yakındığını belirtmişlerdir. Bu korkunç imajları rapor ettikten sonra depresyon ve bulimik şikâyetlerinde de artış görülmüştür. Holly'nin iddiaları gündeme geldikten sonra eşinden boşanan Holly'nin annesi, Stephanie, eşinin Holly'e tacizde bulunduğuna dair tanıklık etmiş ve birçok sözde destekleyici delil oluşturabilecek madde sıralamıştır. Gary Ramona, kızını herhangi bir zaman içerisinde cinsel olarak taciz ettiği iddialarını tümüyle reddetmiştir.

Agresif hafıza terapisini eleştirenlerin başında yeralan Dr. Elizabeth Loftus, terapistlerin, ya danışanlarının aklına travma düşüncesini getirdiklerini ya da spontan olarak ortaya çıkan travma iddialarının geçerliğini değerlendirmede eleştirmekten uzak bir tutum içerisinde olduklarını öne sürmüştür. Holly'nin belleğinin terapistleri tarafından oldukça tahrif edildiği, bunun sonucunda da Holly'nin artık asıl doğrunun ne olduğundan emin olmadığı açığa çıkmıştır.

Jüri, terapistlerin Holly'nin gerçek dışı anılar hatırlamasına yol açtıkları kanısına varmış ve 1994 yılı mayıs ayında Gary Ramona'ya $500,000 tazminat ödenmesi kararını vermiştir. Anıların hatırlanması terapisiyle istismar vakalarının açığa çıkartılmasını amaç edinen Yanlış Bellek Sendromu Vakfı'na göre, bu tarihten beri, terapistlerin aleyhine açılmış "yanlış bellek" davalarının sayısında artış gözlenmiştir.

Klinik psikologların ve diğer ruh sağlığı uzmanlarının, mesleki kötüye kullanım davalarıyla karşı karşıya kalma riskini azaltabilmek için yapabilecekleri bazı şeyler vardır. İlk ve en bariz olan öneri, mesleki bütünlüğü en yüksek düzeyde icra etmeleri ve etik standartlar ile ruh sağlığı tedavilerini bağlayan yasaları bilerek ihlâl etmemeleridir (bknz. Kennedy ve diğ., 2003).

Bu Kısmın Özeti: APA etik standartları, psikoloji alanında bütünlüğün sağlanmasına yönelik en yüksek standartları hayata geçirmek üzere oluşturulmuştur. Etik standartlar, çoğunlukla eğitim, kendini-takip ve mesleki-takip yöntemleriyle uygulanmaktadır. APA'ya rapor edilen etik ihlâllerde, çoğunlukla, eyalet düzeyinde lisansın sonlandırılması üzerinde durulmaktadır. Eyalet psikoloji kurulları, sıklıkla, danışanlarla kurulan cinsel/ikili ilişki durumunda ve profesyonel olmayan / etik dışı / ihmâlkâr uygulamalar karşısında psikologların aleyhine disiplin işlemleri uygulamaktadır. Uyarma görevi gibi hukuki uygulamalar da söz konusudur. Mesleki uygulamalar, genellikle terapistin bir danışanın intiharını engelleyememesi durumunda açılan mesleki kötüye kullanım davalarından da etkilenmektedir.

MESLEKİ BAĞIMSIZLIK

Bu Kısma Bakış: Bu bölümde, klinik psikologların psikoterapiyi bağımsız olarak uygulama hakkını nasıl elde ettiklerinden bahsedilecektir. Bu hakkın elde edilmesinde, başka meslek gruplarıyla, özellikle de psikiyatri ile yaşanan çatışmalara değinilecektir. Ayrıca, ruh sağlığı hizmeti sağlamanın değişen ekonomisine ayak uydurma çabalarından söz edilecektir. Klinisyenlerin ilaç yazma hakkı üzerine yapılan tartışmalar da ele alınacaktır.

Klinik psikologlar diğer birçok meslek elemanına danışmak ve iş birliği yapmak durumundadır. Eğitimciler, avukatlar, din adamları, sosyal çalışmacılar, hemşireler, hekimler ve diğer psikologlarla sıklıkla bir arada çalışmaktadırlar. Psikologların diğer meslek elemanlarıyla kurdukları ilişki genelde sağlıklı, kazançlı ve iyi niyet üzerine kuruludur. Bu uyumunun en açık göstergesi, bu gruplar arasında yapılan yönlendirmelerin sıklığıdır.

Ancak, diğer meslek elemanlarıyla kurulan ilişkiler her zaman dostane değildir. 2. Bölüm'de de bahsedildiği üzere, klinik psikolojinin en sık gündeme gelen meslekler arası problemi, tıp mesleği ile olan ihtiyatlı ve çoğunlukla fırtınalı olan ilişkisidir. İlk anlaşmazlıklar, psikologların tanı koyma ve tedavi etme rolleri üzerine yaşanmıştır. Son yıllardaki tartışmalar, psikologların, ücreti önceden ödenen ruh sağlığı planlarında ücretin karşılanılması konusundaki yetkinlikleri ve danışanlarına ilaç yazma ayrıcalığı elde edip edemeyecekleri üzerine yoğunlaşmıştır. Her ne kadar bu uyuşmazlıklar birbiriyle ilişkili olsalar da, her birinin nasıl ortaya çıktığını ele alabilmek için her ikisinden de ayrı ayrı bahsedeceğiz.

Ruh Sağlığı Bakımının Ekonomisi

1970'ler ve 1980'lerde, çalışma ehliyeti (lisans) alınması ve psikolojinin bağımsız bir meslek olarak tanınması üzerine kazanılan zaferlerin ardından, klinik psikologlar, ruh sağlığı hizmetinin ekonomik boyutuyla ilgili meselelerle mücadele etmeye yönelmiştir. Bu mücadelelerin ilk odağı, psikologların, sağladıkları hizmetin sigorta şirketleri tarafından karşılanılması için yetkin olup olmadıkları üze-

rinedir. Hekimler, üçüncü-şahıs ödeyicileri ve müşteriler için çok masraflı olacağı gerekçesiyle psikologların dâhil olmalarına karşı çıkmışlardır. Ayrıca hekimler, psikologların dâhil olmaları durumunda, kendi hizmetlerinin sadece hekimler tarafından yönlendirme yapılan ya da süpervize edilen vakalar için sigorta tarafından karşılanılmasını talep etmişlerdir. Bunun sonucunda, birçok büyük sağlık sigortası şirketi (Blue Cross/Blue Shield gibi), hizmetin bir hekimin süpervizyonunda gerçekleştirilmesi ve fatura edilmesi şartı haricinde, psikologları üçüncü taraf ödemelerinin dışında tutmaktadır.

Psikologlar, tam bağımsızlığın peşinde koşan bir mesleğin elemanları olarak bu anlaşmayı kabul edilemez bulmuştur. Sonuç olarak psikologlar, eyalet yasama meclislerinde, *seçme hakkı* yasasının kabul edilmesi üzerine lobi faaliyetleri başlatmışlardır. Bu yasa, belli bir eyalette uygulama yapma lisansını elde etmiş yetkili ruh sağlığı uzmanları tarafından sağlanan hizmetlerin, hizmet sağlayıcının hekim olup olmadığına bakılmaksızın, bu hizmetleri kapsayan sigorta planları tarafından karşılanılmasını amaçlamaktadır. Hekimler, bu yasaların hayata geçirilmesini engellemek için yoğun çaba sarfetmişler ve sigorta tarafından karşılanabilirliğine inandıkları tek hizmetten bahsedebilmek amacıyla *tıbbi psikoterapi* terimini öne sürmüşlerdir. Psikologlar, psikoterapide "tıbbi" bir şey olmadığını iddia ederek bu terime itiraz etmişlerdir. Ayrıca, psikologların ya da herhangi bir hizmet elemanının uyguladığı ruh sağlığı tedavisinin hizmet sağlayıcılar kapsamına dahil edilmesinin üçüncü-şahıs ödeyiciler için çok masraflı olacağına yönelik iddiaları çürüten veriler sunmuşlardır. Örneğin, danışanların %60'ının *tek bir psikoterapi seansından* sonra bile tıbbi kaynaklara daha az başvurduğuna ve psikoterapiye iki ila sekiz seans devam eden kişilerin tıbbi imkanlara başvurmasının %75 azaldığına dikkat çeken bir çalışmayı öne sürmüşlerdir (Cummings, 1977; ayrıca bknz., Olbrisch, 1977). Psikologlar, psikoterapi için yapılan sigorta ödemelerinin, ekonomik açıdan dezavantajlı olmanın aksine, daha pahalı olan tıbbi hizmetlere para harcanmasını engellediği için daha *uygun maliyetli* olduğunu ileri sürmüşlerdir. *Tıbbi Bedel* olarak bilinen maliyetteki bu azalmaya dair bulgular, daha büyük kapsamlı çalışmalarda da yinelenmiştir (örn., Holder ve Blose, 1987) ve psikoterapinin sağlık hizmetleri sistemine oldukça etkili ve verimli bir katkı sağlayacağını öne süren klinik psikologlar için bir yükselme noktası teşkil etmiştir (Crane ve Law, 2002; Levant House, May ve Smith, 2006; Zuvekas ve Meyerhoefer, 2006).

Psikologlar, yıllar geçtikçe birçok Amerikan eyaletinde seçme özgürlüğü yasalarının uygulamaya konulmasında başarılı olmuşlardır. 1983 yılı itibariyle Amerika nüfusunun %90'ını kapsayan 40 eyalette, lisanslı psikologların özgürce seçilmesinin, sigorta kapsamında olan ruh sağlığı hizmeti sağlayıcıları arasında sayılmasının önünü açan yasalar yürürlülüğe girmiştir (Lambert, 1985). Federal düzeydeki ek yasalar, psikologların bağımsız klinisyenler olarak tanınmalarını desteklemiştir. 1973 Rehabilitasyon Yasası (PL 93-112), psikologlara ve hekimlere, değerlendirme ve tedavi hizmetlerinde *denklik* (sigortadan eşit derecede

faydalanma imkânı) sağlamıştır. Klinik psikologlar tarafından sağlanan hizmetler, artık hem Federal Çalışan Sağlığı Menfaatleri Yasası (PL 93-363) hem de Federal İş Kazaları Telafisi Programı (PL 94-212) kapsamında sigorta ödemesine dahil edilmiştir. Lisanslı psikologlar, Columbia bölgesindeki 50 eyaletin tamamında milyonlarca kişiye hizmet veren federal bir program olan CHAMPUS (Sivil Sağlığı ve Askeri Hizmetlerde Tıbbi Program) tarafından da *bağımsız hizmet elemanları* olarak tanınmışlardır. 1996'da Ruh Sağlığı Denklik Yasası, sigorta şirketlerinin fiziksel sağlık hizmetlerine kıyasla ruh sağlığı hizmetlerine daha az ödeme yapmasını önlemek amacıyla federal bir yasa olarak yürürlülüğe girmiştir. Bu federal yasanın, güncellenme aşamasına gelindiğinde kapsamının genişletilmesi beklenmektedir (Munsey, 2007a).

Psikologlar, hizmetlerinin *Medicaid* (tıbbi hizmet ihtiyaç sahipleri için ortaklaşa yürütülen bir federal/eyalet programı) ve *Medicare* (yaşlı ve engelli danışanlar için federal bir program) kapsamına alınabilmesi için gerekli olan yasal düzenlemelerin yapılması için 40 yıl boyunca mücadele etmişlerdir. Hekimler, psikologları dâhil etmenin masrafları arttıracağı ve psikologların, bir hekimin süpervizyonu altında çalışmadıkları sürece, ruhsal rahatsızlıkların tanı ve tedavisinde yetkin olmadıkları nakaratını yineleyerek bu iyileştirmelere karşı yoğun bir lobi çalışması sürdürmüşlerdir.

Ancak, artık genel eğilim yön değiştirmiştir. Medicare'i dikkate alacak olursak, psikologların doğrudan hizmet sağlayıcılar arasına dâhil edilmelerini ve sigorta ödemelerinden faydalanmalarını sağlayan değişiklikler hukuken tanınmıştır. Psikologlar, Medicaid altında yürüttükleri hizmetler için sigorta ödemesi elde etme konusunda daha az başarılı olmuşlardır (Munsey, 2007a). Bunun bir sebebi, her bir eyaletin Medicaid hizmetlerini alabilecek uygun kişileri kendi kriterlerine göre belirleme ve hizmetler için ödenen ücretleri kontrol etme özgürlüğüne sahip olmasıdır. Birçok eyalet, ruh sağlığı hizmetlerine aşırı derecede başvurulmasından endişe duymakta ve dolayısıyla bu program doğrultusunda maliyetini karşıladıkları tedavi türlerini sınırlandırmaktadır.

Gözetimli Bakım Hizmeti ve Değişen Sağlık Hizmeti Sistemleri. Daha önceki bölümlerde de belirtildiği üzere, sağlık hizmetlerinin – ruh sağlığı hizmeti de dâhil - sunulması, finanse edilmesi ve organize edilmesiyle ilgili 1990'larda başlayan değişiklikler klinik psikolojiyi büyük oranda etkilemiştir. Bu değişikliklere yol açmış çeşitli etmenler bulunmaktadır. Birincisi, Amerika'daki sağlık hizmetlerinin maliyetleri tavan yapmıştı ve bugünün Amerikan gayrisafi yurtiçi hasılasının yaklaşık %16'sına tekabül etmekteydi (Munsey, 2007a). Amerika, başka ülkelere kıyasla, gayrisafi yurtiçi hasılasından daha fazlasını sağlık hizmetlerine yatırmaktadır, ancak, çeşitli ölçümlere göre, bu hizmetin kalitesi konusunda diğer birçok gelişmiş ülkenin gerisinde kalmaktadır. Örneğin, Amerikan sağlık sisteminin hem dünya çapında en ileri düzeydeki tıbbi imkânlara ve uzmanlara

çoğunlukla sahip olması, hem de gelişmiş ülkeler arasındaki en yüksek bebek ölümü oranlarından birine sahip olması bir ironidir (Berk, 2002). Bu durumun muhtemel bir sebebi, Amerika'daki sağlık hizmetinin öncelikle acil müdahale hizmetlerine, cerrahi prosedürlere ve hastane yatışlarına odaklanmış olmasıdır – bu da, pahalı tıbbi prosedürleri ve tıp alanındaki uzmanlaşmayı desteklemektedir (Reed, Levant, Stout, Murphy ve Phelps, 2001). Dolayısıyla, önleme, erken müdahale ve daha az acil olan tıbbi ve psikolojik durumlar, daha az dikkati çekmiştir.

Son on yılda Amerikan sağlık sisteminde meydana gelen değişiklikler, çoğunlukla, sözü edilen yüksek maliyetlerin altından kalkma çabaları çerçevesinde gerçekleşmiştir. Bu değişikliklerle birlikte klinik psikoloji uygulamaları sayısız zorlukla karşı karşıya kalmıştır. Örneğin, psikologlar, (a) sağlık hizmetlerinin doğasının, kalitesinin ve erişilebilirliğinin çoğunlukla sağlık hizmetleri ekonomisi tarafından belirlendiğini ve (b) sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde yapılan değişikliklerin, seçme-özgürlüğüne dair girişilen hukuki mücadelelerde psikologların kazandığı bütün zaferleri sıfırlayabileceğini kabul etmek durumunda kalmıştır.

Klinik uygulamalarla ilgili yapılmış değişikliklerden belki de en dramatik olanı, gözetimli bakım olarak bilinen sağlık hizmetleri reformu nedeniyle ortaya çıkmıştır. *Gözetimli bakım*, sağlık bakımı (geçtiğimiz onar yıllık süre içerisinde tıbbi ve psikolojik hizmetlerin başı çektiği) için gereken servis ücretinin maliyetlerdeki artışı teşvik ettiği, öte yandan hizmetlerin finansal olarak gözetilmesini sağlayan, ödemesi önceden yapılan kapsayıcı planların maliyetleri kontrol altına alabileceği ve düşürebileceği varsayımı üzerine geliştirilmiştir (Reed ve diğ., 2001). Bir gözetimli bakım sistemi, sağlık hizmetlerinin bir grup insana tahsis edilmesine ve bunu yaparken bir yandan en uygun hizmetin verilmesine, bir yandan da bu hizmetlerin toplam maliyetini gözetmeye yönelik yöntemler geliştirmektedir.

Gözetimli bakım birçok farklı yollarla düzenlenebilmektedir; örneğin, çalışan asistanlığı programları (EAP'lar), sağlık koruma kurumları (HMO'lar), tercih edilmiş hizmet sağlayıcıları kurumları (PPO'lar), entegre edilmiş hizmet sağlama sistemleri (IDS'ler) ve bağımsız uygulama kurumları (IPA'lar) olarak. Bu organizasyonlar genel olarak, önceden ödenmiş sabit bir ücret karşılığında, üyelerine, özgül sağlık bakım hizmeti paketleri sunmaktadır.

Amerika'daki ruh sağlığı hizmetinin sözü edilen gözetimli davranışsal sağlık bakımı planları bağlamında sunulmasında artış gözlenmektedir. Bir tahmine göre, sağlık sigortasına sahip kişilerin yaklaşık %75'i, bir çeşit gözetimli ruh sağlığı programı kapsamına alınmıştır (bknz., Sanchez ve Turner, 2003). Ruh sağlığı hizmetleri gözetimli bakım sisteminden nasıl etkilenmiştir?

İlk ve dikkati en çok çekmiş etkilerden biri, *ruh sağlığı hizmetleri için yapılan harcamalardaki düşüş*tür. Bir tahmine göre, ruh sağlığı hizmetleri için sigortadan ayrılan pay, 1990'larda %670 oranında düşmüştür. Bu oran sağlık

hizmetinde yer alan diğer alanlardakinden çok daha büyük bir düşüştür (Reed ve diğ., 2001). Gözetimli bakım şirketleri, hizmet-başına-ücret sisteminin desteklediği uzun süreli, pahalı psikoterapi türleri için ödeme yapmayı reddederek tasarruf edebileceklerini farketmişlerdir. Ayrıca, açıkça belgelenebilir kazançları olmayan her türlü terapötik prosedür için verilen hizmetleri reddederek de tasarruf edebilmekteydiler (Kazançlar çoğunlukla kısa vadede değerlendirilmekteydi; bu konuyla ilgili 10. Bölüm'de yer alan tartışmaya bknz.,).

Gözetimli bakım, *yararlanılabilirliğin gözden geçirilmesi* olarak bilinen bir sistem sayesinde tedavi türleri ve süreleri üzerinde de giderek kontrol sağlamıştır. Bu sistemde, bir gözetimli bakım şirketi için çalışan bir vaka yöneticisi, tedavinin uygunluğuna yönelik kararlar verebilmektedir. Kuvvetle muhtemel bir ruh sağlığı uzmanı olmayan vaka yöneticisi, gözetimli bakım şirketinin belli tedavileri karşılayıp karşılamayacağını ve eğer karşılayacak olursa, bunu kaç seans için yapacağını belirlemektedir. 10. Bölümde de ele alındığı gibi, terapistin, etkililiği hakkında veri sağlamak durumunda bırakılması gibi diğer yararlanılabilirliğin gözden geçirilmesi türleri de günümüzde tartışılmaktadır.

Tahmin edebileceğiniz üzere, gözetimli bakımın ortaya çıkması ruh sağlığı uzmanları arasında ciddi endişelere yol açmıştır. Yönelttikleri en ciddi eleştirilerin bazıları, gözetimli bakımın (a) mükemmel sağlık hizmeti verilmesiyle değil, masrafların azaltılması ve kazançların arttırılmasıyla ilgilendiği, (b) birçok danışanın çok az miktarda tedavi hizmeti almasına neden olduğu, (c) yararlanılabilirliğin gözden geçirilmesi amacıyla danışanla ilgili çok fazla bilgi istenmesi ve bu durumun gizliliği tehdit ettiği, (d) yararlanılabilirliğin gözden geçirilmesi çalışmalarının eğitimsiz personel tarafından yürütülmesine izin vermesi, (e) tedavilerinin sonuçları hakkında toplanılan verilerin yetersiz olması ve (f) öncesinde rahatsızlığı olan danışanları sistemin dışında tutması üzerinedir. Bu yüzden her ne kadar çoğu klinisyen, var olan en etkili ve elverişli tedavilerin uygulanmasına yönelik girişimleri desteklese de (Bobbitt, 2006) kazanç sağlamayı tedavinin kalitesinin öncesine koyan ve ruhsal bozuklukların doğası ile tedavisi hakkında uzmanlığı olmayan vaka yöneticileri tarafından belirlenen girişimlere karşı çıkmaktadır.

10. Bölümde de bahsedildiği gibi, gözetimli bakım sisteminin işleyiş biçiminin bu endişeler nedeniyle değişmeye başladığına dair göstergeler bulunmaktadır. Psikolojik bozuklukların, özellikle de kronik olanların ya da depresyon veya madde bağımlılığının eşlik ettiği durumların, tedavi edilmemesi ya da yetersiz tedavi edilmesinin uzun vadede ciddi ekonomik zararlara yol açabileceğine dair araştırma bulguları giderek artmaktadır. Gözetimli bakım şirketleri bu bilgileri özümsedikçe, kısa vadeli kazançları uzun vadeli kayıplara tercih etmekten vazgeçme konusunda daha istekli olabilirler. Görgül bulgular tarafından güçlü bir biçimde desteklenen terapilerin sayısındaki artış (bknz. 10. Bölüm) da gözetimli bakım şirketlerinin kararlarını etkilemeye başlamıştır.

Her ne kadar gözetimli bakımın gelecekte ne getireceği belirsiz olsa da, bir takım yönelimler bulunmaktadır: Danışanlar için kendi kendine-yardım müdahalelerine daha sık başvuruluyor olunması, okullar, tıbbi klinikler, gündüz bakım merkezleri, iş yerleri gibi erişimi kolay bir lokasyonda bulunan ruh sağlığı hizmetlerinin sigorta tarafından daha sık karşılanır olması ve hizmetlerin kalitesinin arttırılmasına daha fazla odaklanılması gibi (Clarke, Lynch, Spofford ve DeBar, 2006). Bazı gözlemciler, birinci basamak sağlık hizmeti tarafından sağlanan ruh sağlığı hizmetlerine giderek daha fazka dikkatin yönelmesinin, gelecekte, tıbbi ve psikolojik uygulamaların daha fazla entegre edilmesine yol açacağı hakkında da spekülasyon üretmektedir (Kiesler, 2000).

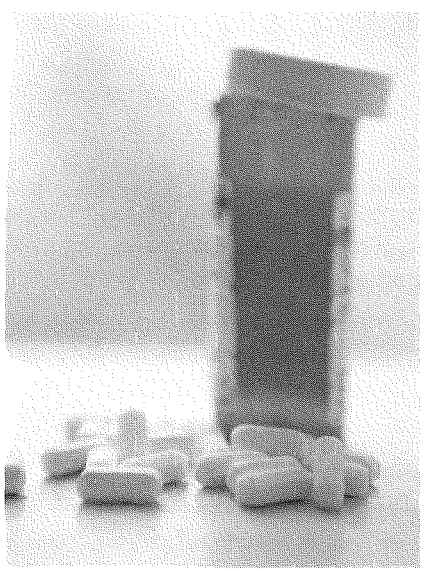
Reçete Yazma Ayrıcalığı

Tıbbi ve psikolojik uygulamalar bazı konularda birbirleriyle daha fazla entegre oldukça, klinik psikologların tıp mesleği ile *reçete yazma hareketi* sebebiyle aralan açılmıştır. Bu hareket, özel eğitim almış klinik psikologlara, psikoterapiyle beraber psikotropik reçete yazma yetkisi de tanıyacaktır.

Klinik psikologlar neden *reçete yazma yetkisine* sahip olmalıdır? Bu yetkinin savunucuları, çeşitli gerekçeler öne sürmektedir. Bunlardan biri, araştırmaların, psikologların %98'inin danışanını bir psikiyatriste ya da hekime, psikotropik ilaç yazılması amacıyla yönlendirdiğine; %75'inin böyle bir yönlendirmeyi ayda bir yaptığına ve danışanların yaklaşık üçte birinin psikotropik ilaç kullandığına işaret etmesidir (Meyers, 2006a). Dolayısıyla, klinik psikoloji uygulamalarında ilaç yazılması hali hazırda gündemde olan bir meseledir. Ayrıca, yetkin ve güvenli bir biçimde reçete yazabilmek için gerekli olan bilgiler görece kısa bir süre içerisinde ve tam bir tıp eğitimine gerek olmadan edinilebilmektedir. Son olarak birçok psikolog, özellikle taşrada veya coğrafi olarak izole olmuş bölgelerde yaşayan danışanlarının psikiyatristlere ve sağlık ocağı hekimlerine erişememesinden endişe duymaktadır. 1996'da APA Temsilciler Konseyi, klinik psikologların reçete yazma yetkisine sahip olmaları lehinde oy kullanmıştır. APA'da kurulmuş Psikofarmokoloji üzerine Geçici bir Çalışma Kolu, reçete yazma ayrıcalığı için gerekli olan eğitimin çoğunun doktora sonrası düzeyde gerçekleştirilebileceğini önermiştir. Konsey, ayrıca, psikologların reçete yazma ayrıcalığı talep ettiği eyaletlerde bir mevzuat modeli sunulmasını ve reçete yazacak kişilerin doktora sonrası eğitiminde faydalanmak üzere müfredat (nöro bilimleri, farmakolojiyi, fizyolojiyi, fiziksel ve laboratuar değerlendirmelerini ve klinik farmakoterapötikleri içeren) teklif edilmesini önermiştir (Cullen ve Newman, 1997).

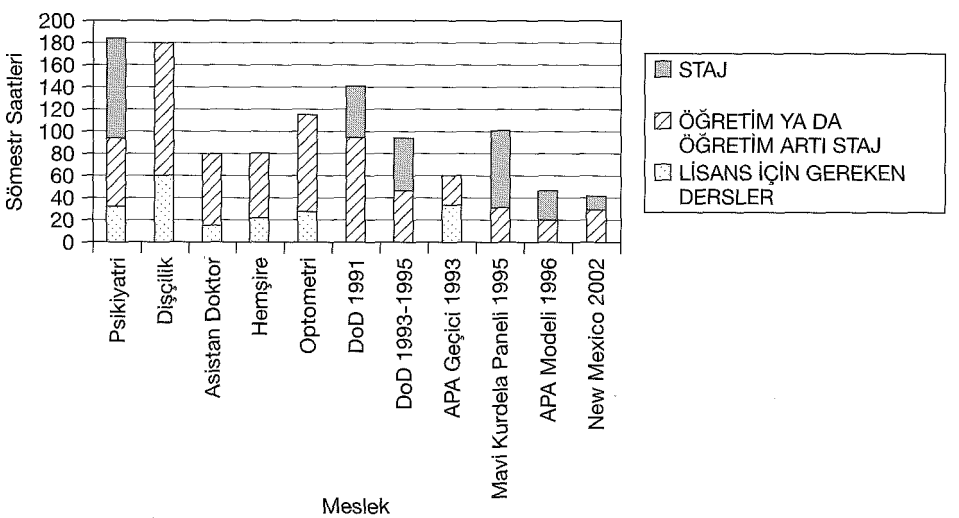
Bu planlara karşı çıkan tek fraksiyon tıp mesleğinden olanlar değildir. Reçete yazan psikologlar fikri, psikoloji içerisinde de tartışmalara yol açmıştır. Bazı psikoloji dergileri, reçete yazma ayrıcalığı konusuyla ilgili özel bölümler yayınlamıştır (örn., *Clinical Psychology:Science and Practice,* 2002, Cilt 9, Sayı 3; *Journal of Clinical Psychology,* 2002, Cilt 58, Sayı 6; *Professional Psychology: Rese-*

arch and Practice, 2004, Cilt 35, Sayı 4) ve her ne kadar çoğu psikolog, gerekli eğitimi almış klinisyenlerin reçete yazma ayrıcalığına sahip olmasını destekliyor olsa da (Robiner ve diğ., 2002), tartışmada henüz bir uzlaşıya varılamamıştır. Psikoloji alanındaki bazı kişiler, reçete yazma ayrıcalığının psikolog için anlamlı olduğunu kabul etmekle birlikte, var olan eğitimin bunun için yeterli olmayabileceğiyle ilgili endişelidir (bknz. Şekil 15.1). Örneğin, psikologların ilaç yazma konusunda eğitim almalarının, tıp ve fiziksel bilimler üzerine yetersiz eğitim almaları durumunda, bir sağlık faciasıyla sonuçlanabileceğine işaret etmektedirler (örn., Robiner ve diğ., 2002). Bazıları, ilaç yazmak isteyen psikologların formel bir tıp eğitimini, örneğin hemşirelik psikologluğu eğitimini, tamamlamaları gerektiğini ileri sürmektedir. Öte yandan diğerleri, bu yönelimin, davranış, davranışsal bozukluklar ve tedavinin medikal ve biyomedikal boyutlarına gereğinden fazla odaklanılmasına sebep olacağı ve bu durumun, klinik psikolojinin rahatsızlıkları açıklama ve tedavi etmeyle ilgili önemli psikososyal, çevresel, bilişsel ve davranışsal faktörler üzerinde duran geleneksel yöneliminin kaybedilmesiyle sonuçlanacağı konusunda endişelidir (Levine ve Schmelkin, 2006). "Birine bir çekiç verirseniz, ona herşey çivi gibi görünür" demektedirler, yani, eğer psikologlar reçete yazma yetkisini elde ederlerse, her danışanın problemi psikoterapiden ziyade ilaç kullanılmasını gerektiriyor gibi görünmeye başlayabilir. Bu yazının yazıldığı zamanda, gerekli eğitimi almış klinik psikologlara ilaç yazma yetkisini yasalarla tanıyan eyaletler yalnızca New Mexico ve Lousiana idi (Holloway, 2004; Stambor, 2006). Ancak, diğer birçok eyalet, yetkinin desteklenmesi üzerine girişimlerde bulunmuş ve yasa taslağı sunmuştur (örn., 2008'de Missouri eyaleti) (APApractice.org, 2008; Munsey, 2006a).



Klinik psikologların reçete yazma ayrıcalığına sahip olup olmamalarıyla ilgili farklı görüşler bulunmaktadır.

Klinik psikologlar, eğer yapabilirlerse, reçete yazma yetkisi için başvuruda bulunmalılar mı? Bu soruya net bir yanıt vermek mümkün değildir. Bir araştırma, reçete yazma yetkisini savunan klinik intörnlerin ve eğitim direktörlerinin, imkânları varsa, bu yetkiye sahip olmak için uğraşmalarını önermektedir (Fagan ve diğ., 2004). Ancak başka bir çalışmada, hemşirelik psikologlarının sadece %5'inin reçete yazma yetkisi elde etmek için başvuruda bulunduğunu ve reçete yazmakta olduklarını ortaya koymuştur (Wiggins ve Wedding, 2004). Eğer benzer bir örüntüye reçete yazma yetkisi imkânına sahip klinik psikologlar arasında da rastlanılacak olunursa, Bu durum, bu fırsattan sadece bir azınlığın faydalanacağı anlamına gelmektedir. Amerika'daki psikologlar, reçete yazma ayrıcalığını elde etseler de etmeseler de, birçok uzman, psikologların, bu yeni seçeneği eğitimleri ve uygulamaları açısından önemli görürken, bu konuda dikkatli hareket etmeleri gerektiği konusunda hemfikirdir.



ŞEKİL 15.1 Reçete Yazma Ayrıcalığına Sahip Meslek Gruplarının Hemen Hemen Bütün Eyaletlerde Aldıkları Tıbbi Eğitim ile Psikologların Böyle bir Yetkiye Sahip Olabilmek için Yapılan Tıbbi Eğitim Önerisinin Sömestr Başına Saat Cinsinden Karşılaştırılması. Eğitim yönergelerinin henüz tamamlanmamış olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

(Kaynak: E. M. Heiby, P. H. DeLeon, & T. Anderson, 2004,"Psikologların Reçete Yazma Ayrıcalığına Sahip Olmaları üzerine bir Tartışma." Professional Psychology: Research and Practice, 35(4), 336–344.)

Bu Kısmın Özeti: Klinik psikoloji ve psikiyatri, psikoterapi yapma hakkı, tıp hizmetlerine sağlanan sigorta imkânlarının ruh sağlığı hizmetleri için de sağlanılması ve gözetimli bakım şirketleri aracılığıyla hizmetlerin sigorta tarafından karşılanılması hakkı

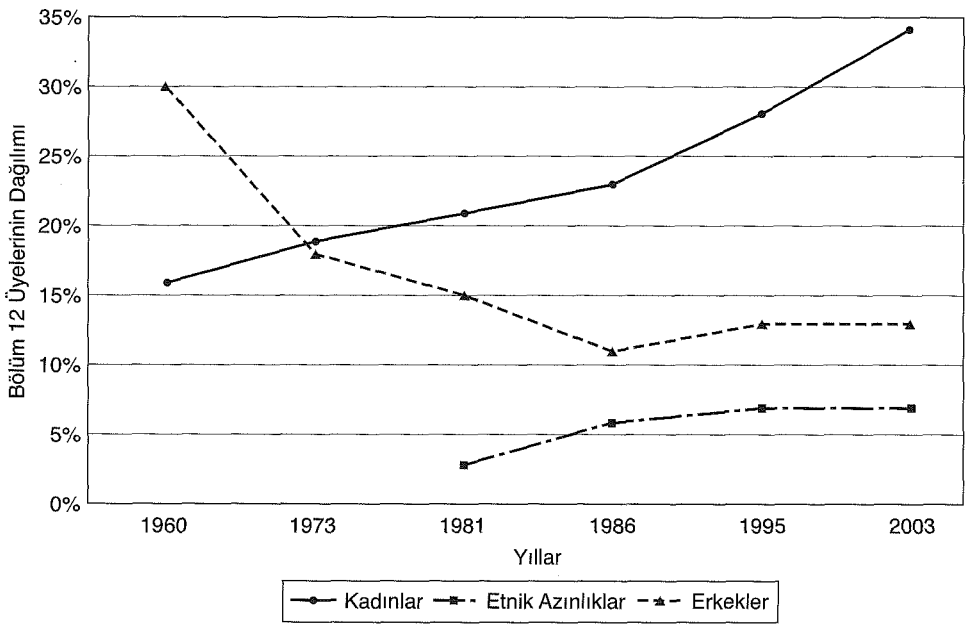
üzerine karşılıklı çatışma içerisine girmiştir. Günümüzde bu çatışma, klinik psikologların reçete yazma yetkisi elde etmesi üzerine devam etmektedir. Özel eğitim almış psikologların reçete yazma ayrıcalığı elde etmesiyle ilgili yasalar her ne kadar iki eyalette yürürlülüğe girmiş olsa da, psikiyatristler ve birçok psikolog, psikologların reçete yazması düşüncesine karşı çıkmaktadır.

PROFESYONEL ÇOK-KÜLTÜRLÜ YETERLİK

Bu Kısma Bakış: Klinisyenler, ırk, etnisite, cinsiyet ve danışanların sahip olduğu diğer birçok farklılığın klinik uygulamaları ve sonuçları etkileyeceği konusunda giderek daha çok farkındalık kazanmaktadır. Bu bölümde, klinisyenlerin çok-kültürlü yeterliklerinin ele alınması amaçlanmıştır.

1.Bölüm'de bahsedildiği gibi, Amerika'nın popülasyonu her zaman olduğundan daha fazla çeşitlilik arzetmekte ve bu durum giderek artmaktadır. Beyaz Amerikalılar, Amerika'nın halen çoğunluğunu meydana getirmektedir (%69.4), ancak, diğer ırklara/etnisitelere mensup grupların sayısı son on yılda artış göstermiştir. İspanyol/Latin kökenli kişiler popülasyonun %12.6'sını, Afrikalı-Amerikalılar %12.2'sini, Asyalı-Amerikalılar %3.8'ini ve diğerleri (Yerli Amerikan Kızılderililer, melez bireyler ve diğer ırklara/etnik kökenlere mensup kişiler) Amerikan popülasyonunun %2'sini temsil etmektedir (Maton, Kohout, Wicherski, Leary ve Vinokurov, 2006). Klinik psikoloji alanı, bu değişimlere çeşitli açılardan yaklaşmaktadır.

Bunlardan biri, uzmanların dağılımındaki çeşitliliğin arttırılmasına yönelik çabalardır. Cinsiyeti ele alalım; klinik psikoloji bir dönem erkeklerin çoğunlukta oldukları bir meslekti, ancak şimdi erkekler daha az sayıdadır. APA'nın 12. Bölümü'nde (Klinik Psikoloji Topluluğu), kadınların yüzdesi son 40 yılda artarak %35'e yaklaşmıştır (bknz. Şekil 15.2). Klinik psikoloji lisansüstü eğitimine başlayan kadınların sayısı daha da fazla artış göstermiştir; günümüzde, kadınların sayısı erkeklerin oldukça önüne geçmiştir (bknz. Bölüm 1 Şekil 1.4). Etnik çeşitlilik bakımından, klinik psikoloji alanında Beyaz Amerikalıların çoğunluğu devam etmektedir (Maton, Kohout, Wicherski, Leary ve Vinokurov, 2006). Şekil 15.2'de görüldüğü üzere, 12. Bölüm'de ırksal/etnik azınlıklara mensup olan kişilerin sayısı artmıştır, ancak 1981 yılında %3 olan oranın 2003 yılında eriştiği %7 oranı halen oldukça düşüktür (Norcross, Karpiak ve Santoro, 2005). Klinik psikoloji lisansüstü eğitim programları çeşitli kökenlere sahip kişileri kabul etmeye ve eğitmeye yönelik çabalarını sürdürecek olursa, bu tabloda artış gözleneceği düşünülmektedir (Rogers ve Molina, 2006).



ŞEKİL 15.2 Kadınların, Irksal/Etnik Azınlıkların ve Erkeklerin Yıllara göre Dağılımı (Kaynak: J. C. Norcross, C. P. Karpiak ve S. O. Santoro, 2005,"Yıllar içerisinde klinik psikologlar: 1960'tan 2003'e klinik psikoloji bölümü." Journal of Clinical Psychology, 61, 1467–1483.)

Uygulama yapan klinisyenler, kendi cinsiyet ya da etnisitelerinden bağımsız olarak, ırksal/etnik/kültürel farklılıklar konusunda farkındalıklarını arttırmaları ve farklı danışan popülasyonlarıyla çalışırken gerekli olan becerilerini geliştirmeleri yönünde teşvik edilmektedir. Daha önceki bölümlerde de belirttiğimiz gibi, psikolojik tedavi ve değerlendirmelerin, belli ırksal/etnik azınlık gruplarına mensup olan danışanlarla çalışırken en etkili hale gelebilmesi için bazen değişikliğe uğraması gerekmektedir (Miranda ve diğ., 2005). Klinik eğitim programları, yüksek lisans öğrencilerine, farklılık ve çok-kültürlülük konularını yetkin bir biçimde ele almalarını sağlayacak bir eğitimin verilmesi gerektiğinin bilincindedir. Farklılıkların cinsiyet ve ırk/etnisiteden ibaret olmadığına dair de farkındalık gelişmeye başlamıştır. Klinisyenler, klinik uygulamalarını yoksulların (Krous ve Nauta, 2005; Smith, 2005), çeşitli dini ve ruhani kökene sahip bireylerin (Ali, Liu ve Humedian, 2004; Hathaway, Scott ve Garver, 2004), Amerika dışında başka bir ülkeden gelen kişilerin (Swierc ve Routh, 2003), fiziksel zorlukları olan kişilerin (Williams ve Abeles, 2004) ve HIV-Pozitif olan kişilerin (Stepleman, Hann, Santos ve House, 2006) ihtiyaçlarına cevap verebilecek şekilde ayarlamak konusunda giderek daha fazla dikkat göstermeye başlamışlardır. Psikologların,

ayrıca, danışanlarının cinsel yönelimleri hakkında (Biaggio, Orchard, Larson, Petrino ve Mihara, 2003) ve örneğin, aynı cinsiyetten çiftlerle çalışma konusunda yetkinliklerini geliştirmeleri üzerine de hassas olmaları gerekmektedir (Riggle ve Rostosky, 2005). Bütün bu konular üzerine gelişen hassasiyet ve farklılıklar üzerine eğitim verilmesi ihtiyacı, APA'nın Çok-Kültürlülük Üzerine Yönergeler: Eğitim, Araştırma ve Uygulama'yı yayınlamasıyla sonuçlanmıştır (Amerikan Psikologlar Birliği, 2003). Bu yönergeler, aşağıdaki gibidir:

1. Psikologların, kültürel birer varlık olarak sahip oldukları tutum ve inançları ve bunların, etnik ve ırksal olarak kendilerinden farklı bireylerle çalışırken onlara dair algılarına ve onlarla girdikleri etkileşime zarar verebilecek yönleri hakkında farkındalık kazanmaları desteklenmektedir.
2. Psikologlar, etnik ve ırksal farklılıkları olan bireyler hakkında çok-kültürlü duyarlılık/tepki verebilirlik, bilgi ve anlayış edinmenin önemini farketmeleri konusunda desteklenmektedir.
3. Psikologlar, eğitimciler olarak, çok-kültürlülük ve psikoloji eğitiminde farklılıklar konularının kavramlarını kullanmaları konusunda desteklenmektedir.
4. Kültürel meselelere duyarlı olan psikoloji araştırmacıları, etnik, dilsel ve ırksal azınlık gruplarına mensup kişilerle kültür-merkezli ve etik psikoloji araştırmaları yapmalarının önemini farketmeleri konusunda desteklenmektedir.
5. Psikologlar, klinik ve diğer uygulamalı psikoloji pratiklerinde, kültürel açıdan uygun becerileri uygulamaları konusunda desteklenmektedir.
6. Psikologlar, külterel açıdan bilgilendirilmiş organizasyonel (politik) gelişmeleri ve uygulamaları desteklemeleri için organizasyonel değişim süreçlerini kullanmaları konusunda desteklenmektedir.

Bu maddelerin birçoğunu, bireylerin, kendilerinden farklı olan diğerlerinin fikirlerine, kavramlarına, düşüncelerine, duygularına ve bakış açılarına açık olma yetenekleri anlamına gelen öteki'ye açık olmak terimi çerçevesinde kavramsallaştırmak mümkündür (Fowers ve Davidov, 2006). Psikologların, eğitim, araştırma ve uygulama standartlarının çok-kültürlü yeterlik çerçevesinde geliştirilmesi, klinik psikoloji alanında sarfedilen çabaların çerçevesini belirlemektedir. Bu çabalar hakkında daha fazla bilgiye aşağıdaki kaynaklardan ulaşılabilir: *Çok-Kültürlü Psikoloji Ansiklopedisi* (Jackson, 2006) ve *Uygulamada Karşılaşılan Kültürel Zorluklara Yaklaşım: Değerlendirme, Tanı ve Terapi,* İkinci Basım (Hays, 2007).

Bu kısmın Özeti: Klinik psikoloji alanı, halen, olması gerektiği kadar ırksal ve etnik çeşitlilik barındırmamaktadır ve bu problemin hallolması için gerekli çabalar sarfedilmektedir. Son yıllarda dikkatler, eğitim, klinik çalışmalar ve araştırma alanlarında da

çok-kültürlü yeterliliğin arttırılmasına yönelmiştir, ancak yapılması gereken daha çok şey vardır. Çok-kültürlü yeterlikle ilgili meselelerin çoğu her ne kadar ırksal/etnik farklılıklarla ilgiliyse de, cinsel yönelim, dini köken, fiziksel beceriler ve kişinin hangi ülkeden geldiği gibi diğer farklılık türlerine de dikkatler yönelmektedir.

KLİNİK PSİKOLOJİNİN GELECEĞİ

Bu Kısma Bakış: Bu bölümde, çok da uzak olmayan bir gelecekte ortaya çıkması beklenen bazı trendlerin altı çizilecektir. Bu tartışmanın içerisinde bahsedilen konu başlıkları, mesleki uzmanlaşma, eğitim, pozitif psikoloji, teknolojik gelişmeler, etkili klinik metodolojisinin yaygınlaştırılması ve disiplinler arası bilimdir.

Önceki bölümlerde, klinik psikolojinin geleceğine dair, kanıta-dayalı uygulamalar, psikologların reçete yazma yetkisini elde etme olasılıkları ve eğitim, araştırma ve uygulama alanlarında çok-kültürlü yetkinliğe verilen önemin artması gibi bazı konu başlıklarına değindik. Ancak, belirtileri farkedilmeye başlanan başka değişimler de bulunmaktadır. Bunların içerisinden en önemli olan birkaç tanesini ele alalım.

Mesleki Uzmanlaşma

Uzmanlaşma, klinik psikolojide giderek yaygınlaşmaktadır. APA üyeleri, okul ya da danışmanlık psikolojisi haricindeki klinik uzmanlıkları (örn., klinik çocuk psikolojisi, nöropsikoloji, sağlık psikolojisi, adli psikoloji) içerisinde bulunan akreditasyon programlarının değerlendirilmeye alınıp alınmaması konusunda tartışmalar yürütmektedir, ancak henüz bir sonuca varılamamıştır.

Kronik ruhsal rahatsızlığı olanlar, taşrada yaşayanlar, madde bağımlıları gibi pek sık çalışılmayan popülasyonlara yönelik ruhsal sağlık hizmetlerinin ve görgül araştırmaların geliştirilmesiyle de ilgilenilmeye başlanmıştır. NIMH, eğitim bursu ödeneklerinin sözü edilen "sık çalışılmamış" gruplar için yöneltmeye başlamıştır. Bu ve bunlar gibi kültürel ve etnik açıdan farklı olan gruplara yönelik hizmetlerin artmaya devam edeceği düşünülmektedir.

Eğitim

Klinik psikologların nasıl bir eğitimden geçmeleri gerektiğine yönelik tartışmalar devam edeceğe benzemektedir. Klinik bilim insanı, bilim insanı-uygulamacı ve uygulamacı-araştırmacı modellerine dayanan doktora eğitim programlarının felsefeleri ile eğitim ajandaları arasındaki farklılıkların yakın zamanda giderileceğini söylemek mümkün görünmemektedir. PhD ve PsyD eğitim programları arasındaki bir miktar bağlantısızlığın devam edeceğini düşünüyoruz, ancak programlar, öğrencilerin ve genel olarak toplumun beklentilerini en iyi şekilde

karşılamaya başladıkça bu açığın kapanacağını umuyoruz. Bunun gerçekleşebilmesi ve öğrencilerini meslek piyasasında rekabetçi olabilecek şekilde yetiştirebilmeleri için, bütün eğitim programlarının kanıta-dayalı uygulamaları (Lambert ve Ogles, 2004), çok-kültürlü yeterliği (Handelsman, Gottlieb ve Knapp, 2005) ve uygulama, eğitim ve araştırma alanlarındaki yetkinliğin sağlanmasını (Kaslow ve diğ., 2004) temel almaları gerekmektedir. McFall (2006), klinik psikoloji eğitim programlarının dar bakış açılarına sahip meslek okullarına dönüşememeleri gerektiğinin, aksine, öğrencilerinin çeşitli ortamlarda uygulanabilecek çeşitli görgül beceriler kazanmalarını sağlayacak bir eğitim vermeleri gerektiğinin altını çizmektedir.

Pozitif Psikoloji

Kişisel gelişimin ve insandaki potansiyelin anlaşılmasını ve desteklenmesini vurgulayan *pozitif psikoloji* yaklaşımı (Diener, Tamir ve Scollon, 2006), klinik psikolojide önemi giderek artan bir role sahip olacaktır (Duckworth, Steen ve Seligman, 2005). Travmatik bir yaşantı ya da büyük bir rahatsızlık (meme kanserinden kurtulmak gibi; Zoellner ve Maercker, 2006) sonrasındaki kişisel gelişim, *dayanıklılık* (örn., yoksulluk, ırkçılık, istismar gibi zorluklara uyum sağlama ya da bu zorlukların üstesinden gelme becerisi; Newman, 2005) ve tabii ki psikolojik problemlerin ortaya çıkmadan önlenmesi (Ingram, 2005) üzerine yapılan çalışmalarda ön planda olacaktır. Pozitif psikoloji yaklaşımının diğer özellikleri, ruh sağlığı hizmeti almayla ilgili halen devam eden stigmanın kırılmasına ve ağır psikolojik rahatsızlıklara sahip kişilerin işlevselliklerini en iyi şekilde sürdürebilmelerine yönelik çabalarda görülebilir.

Teknoloji

Teknoloji, 21.yüzyıl kültürünün her alanında olduğu gibi klinik eğitim, araştırma ve uygulama alanlarında da giderek yaygınlaşan bir role sahiptir. Örneğin, lisans düzeyinde çevrimiçi klinik psikoloji dersleri daha fazla sayıda açılmaya başlanacaktır (Rudestam, 2004). Ayrıca, her ne kadar günümüzde APA-akreditasyonlu programların tamamen çevrimiçi verilmesine yönelik engeller bulunsa da, yüksek lisans eğitiminin önemli bölümleri, uzaktan eğitim teknolojisi aracılığıyla verilmeye başlanacaktır (Murphy, Levant, Hall ve Glueckauf, 2007).

Benzer şekilde, klinik psikologlar, ruh sağlığı hizmetlerinin verilmesinde telefonlardan ve bilgisayarlardan faydalanmaya devam edeceklerdir. Sıklıkla *Tele-sağlık* ya da *e-sağlık* olarak bilinen, hizmetlerin telefon ya da internet aracılığıyla sağlanması, özellikle taşra bölgelerinde ya da diğer uzak yerlerde yaşayan kişilerle çalışmak için oldukça faydalıdır (Schopp, Johnstone ve Reid-Arndt, 2005). Sanal-gerçeklikle desteklenen tedaviler, bilgisayar temelli değerlendirmeler ve nöro-görüntüleme gibi teknolojik yenilikler, klinik hizmetlere başvurulmasını da arttırmaktadır. Teknolojik imkânlardan faydalanılarak verilen

eğitimlerin ve hizmetlerin etkililiğine dair her ne kadar daha fazla sonuç çalışmalarına ihtiyacımız olsa da, bazı eğitimlerin ve hizmetlerin uzaktan erişimle sağlanılmaya devam edeceği açıktır (Ritterband ve diğ., 2003).

Yaygınlaştırma

Ruh sağlığı okur yazarlığının-toplumun ruh sağlığıyla ilgili konulara yönelik anlayışının önemini çeşitli noktalarda vurguladık. Bu okur yazarlığın gelişebilmesi için belki de en önemli olan yöntem, klinik araştırmacıların toplumla daha sık ve daha açık bir üslupla iletişim kurmalarıdır. *Yaygınlaştırma* olarak bilinen, bilginin diğer meslek elemanları ve toplumla paylaşılması, araştırma yürütmenin önemli bir parçasıdır – bu durum, özellikle psikolojik tedavilerin sonuçları için yürütülen çalışmalar için geçerlidir.

Sommer (2006), araştırmacıların önemli bulgular elde ettikleri zaman paralel makaleler – meslektaşları için profesyonel bir dergide yayınlanabilecek bir akademik makale ve toplumun genel kesiminin erişebileceği, popüler bir dergide yayınlanan bir makale - yazmaları gerektiğini belirtmiştir. APA başkanlarından birkaçı, genel toplumun psikolojiye daha rahat erişebilmesi için ve "psikolojiyi günlük kullanıma sokabilmek" için alanda teşvik edici çalışmalar yürütmüştür (Levant, 2006). Ruh sağlığı okur yazarlığının arttırılmasına yönelik bu trendin hız kazanmakta olduğu ve gelecekte de devam edeceği görülmektedir. Böyle olacağını umuyoruz; eğer yaygınlaştırma çalışmaları hem profesyonel hem de toplum düzeyinde yürütülürse, akademik bulgular daha büyük popülasyonlara daha çabuk uygulanabilir (bknz. APA'nın Web sayfası www.psychologymatters. org).

Disiplinlerarası Bilim

Bir meslektaşımız, psikoloji alanındaki güncel atışmaları (örn., hangi eğitim modeli en iyisidir, kanıta-dayalı uygulamaların desteklenmesi için hangi "kanıtlar"dan faydalanılmalıdır), otomobiller piyasaya sürülmeden önce nalbantların yaptığı atışmalarla (örn., nalın en iyi boyutu ve şekli nedir, nal için en iyi metal ve en iyi renk hangisidir) karşılaştırmak istemektedir. Bunun anlamı şudur; klinik psikoloji, insan davranışını anlamak için başvurulacak yöntemleri keşfetmeye çalışan meslek dünyasının sadece küçük bir parçasıdır ve eğer zamanla beraber değişmezsek bizim durumumuz da nalbantlarınkinden farklı olmayacaktır.

Klinik psikolojinin diğer disiplinlerle, örneğin genomik (McGuffin, 2004), genetik (Lemery ve Doelger, 2005), davranışsal genetik (Moffitt, 2005; Moffitt ve Caspi, 2007), sosyal nörobilim (Cacioppo, 2006; Norris ve Cacioppo, 2007), bilişsel-duygusal nörobilim (Stein, 2006) ve gelişimsel nörobilim (Cicchetti ve Curtis, 2006) ile daha fazla entegre olacağını tahmin ediyoruz. Örneğin, psikologların da dahil olduğu bir grup muhtelif bilim insanı, insanların ve insan olmayan primatların *ayna nöronları* olarak bilinen, başkalarının izlenilmesi yoluyla

öğrenme davranışlarını geliştiren ve empati ifadesi ile başkalarının o esnada deneyimlediği duyguların hissedilmesini sağlayan nöronlara sahip olduklarını bulmuştur (Winerman, 2005). Ayna nöron sistemleri, otistik bozukluğun ve diğer yaygın gelişimsel bozuklukların da aralarında olduğu birkaç farklı psikopatoloji türünde incelenmektedir (Oberman ve Ramachandran, 2007).

Bu tarz disiplinlerarası araştırma projeleri, herhangi bir disiplinin tek başına ortaya çıkartamayacağı başka buluşlara da büyük olasılıkla imza atacaktır. Bu yüzden ve başka gerekçeler nedeniyle, federal teşvikler, temel bilimlerin uygulamalı pratiklere "çevrildiği" çevrimsel araştırmaları giderek daha fazla desteklemektedir. Çok disiplinli takım çalışmaları, belli konularda araştırma yürütmenin giderek tek yöntemi haline gelmeye başlamıştır.

Son Söz

Journal of Clinical Psychology'de klinik psikolojinin geleceğini ele alan özel bir sayının bir bölümünde, Hayes, (2005; ss. 1056–1059) alanın başarısını arttırabilmek için 11 kural öne sürmüştür:

1. Felsefi varsayımlarınız hakkında net olun ve bu varsayımları takip edin.
2. Psikoloji'yi net bir şekilde tanımlayın ve bu tanıma sadık kalın.
3. Yeteri kadar genelleştirilebilir olan iyi bir kuram kadar pratik bir şey yoktur.
4. Genel temel süreçleri araştırın.
5. Kuramlarınıza manipüle edilebilir değişkenler ekleyin.
6. Sadece sonuç üzerine değil, süreç üzerine kafa yorun.
7. Paketleri tepeden aşağıya doğru toparlayın ve etkiliklerini önceden test edin.
8. Araştırma geliştirme sürecine uygulayıcıyı da dahil edin.
9. Araştırmanızı, ekonomik ve politik gerçekliklere uygun olarak geliştirin.
10. Uygulamalı bilimi destekleyebilecek bir temel bilim geliştirin.
11. Herşeyi, özellikle kuramları, yavaş yavaş ele alın.

Klinik psikolojideki kişilerin büyük çoğunluğunun bu kuralları benimsediğine inanıyoruz. Bu kişiler yetenekli ve başkalarına yardımcı olmakla bir fark yaratmayı samimiyetle isteyen, kendini işine adamış kişiler oldukları için, klinik psikolojinin geleceğine dair umudumuz büyüktür. Bu kitabın, bazılarınızı böyle bir geleceğin yaratılmasında katkıda bulunmaya teşvik edeceğini umuyoruz.

Bu Kısmın Özeti: Uzmanlaşmış akreditasyonun (örn., klinik çocuk, nöropsikoloji), her ne kadar bazıları bunun alanı güçsüzleştireceğinden endişe duysa da, uygulanması yakındır. Klinisyenler, yeni klinik psikologlara kanıta-dayalı uygulamalarla ilgili

en iyi eğitimin nasıl verileceği konusunda tartışmalar yürütmüşlerdir ve bu tartışmalar devam edecektir. Klinisyenler, pozitif psikolojinin ve Web-temelli eğitim, Web-temelli hizmet sağlama ve bilgisayar-destekli değerlendirme ve tedavi gibi teknolojik gelişmelerin büyüyen etkilerinin daha çok farkına varacaklardır. Toplumdaki ruh sağlığı okuryazarlığını geliştirebilmek için (ve ihtiyaçlara duyarlı bir pazarın temin edilmesine yardımcı olabilmek için) geleceğin klinisyenlerinin yaygınlaştırma – topluma, kanıta-dayalı tedaviler ve ruh sağlığı hizmetleriyle ilgili kullanışlı bilgilerin sunulması - konusunda daha iyi işler çıkarmaları gerekmektedir. Son olarak, geleceğin klinik bilim insanlarının, biyoloji, genetik, genomik ve diğer nörobilimlerdeki bilim insanlarıyla birlikte çalışmaları gerekecektir.

BÖLÜM ÖZETİ

Klinik psikoloji, 21. yüzyılda kendi bilimsel ve mesleki kimliğini geliştirmeye devam ettikçe beş mesleki meselenin temel önemi ortaya çıkmaktadır. Bu meseleler, eğitimi, düzenlemeleri, etiği, bağımsızlığı ve klinik psikoloji mesleğiyle ilgili olan çok-kültürlü yeterliği içermektedir.

1940'ların sonundan beri klinik psikoloji programları, tipik olarak, psikolojinin bilimsel temellerini klinik hizmet becerilerinin geliştirilmesinden daha fazla vurgulayan bir bilim insanı-uygulamacı müfredatı olan Boulder modelinin bazı versiyonlarını takip etmiştir. O zamandan beri birçok eğitim konferansı, Boulder modelini yeniden doğrulamıştır, ancak bugün, mesleki becerileri ön plana çıkartan eğitim modelleri de bulunmaktadır. Bunların birçoğu, psikoloji bölümlerinde ya da özel profesyonel psikoloji okullarında verilen Psikoloji Doktorası (PsyD) programları ve uygulama-oryantasyonlu PhD programlarıdır.

Klinik psikologlar için mesleki düzenlemelerin birçok çeşidi vardır; (a) kimlerin "psikolog" ünvanını kullanabileceğini (sertifikasyon yasaları) ve kimlerin psikolojik hizmet verebileceğini (lisans yasaları) belirleyen kriterleri oluşturan yasalar, (b) terapistin uyarma görevini belirleyen yasalar ve (c) klinik mesleki kötüye kullanım iddialarını değerlendiren davalar.

Psikolojideki etik kurallar benzersizdir, çünkü bu kurallar, psikologların gerçek etik ikilemler karşısında edindikleri deneyimlere dayanarak geliştirilmiştir. "Psikologlar için Etik İlkeler ve Davranış Kuralları" olarak bilinen bugünkü versiyon, Giriş, Genel Prensipler ve hizmetlerin reklamının yapılmasından test etmeye, gizlilikle ilgili kurallardan danışanlarla kurulan cinsel yakınlıklara kadar geniş çapta özgül konu başlıklarını kapsayan çok sayıda Etik Standart'tan meydana gelmektedir.

Klinik psikolojinin bağımsız hizmetler verme yetkisine sahip bir meslek olma statüsünü kazanmaya ve korumaya yönelik gayreti uzun zaman almıştır, zorluklarla karşılaşmıştır ve halen devam etmektedir. Bu çabaların ilki, klinisyenlerin psikoterapi yapma hakkını elde etmeleri yönünde gerçekleşmiştir. Daha sonra, klinik psikologların

hastanelerde bağımsız olarak uygulama yapıp yapamayacakları ve birçok kamusal, özel ve ödemesi önceden yapılmış ruh sağlığı sigortası planları kapsamında psikologların hizmetlerinin karşılanmasının uygun olup olmadığı tartışılmıştır. Bu haklar bugün birçok eyalette kazanılmış ve makul kabul edilmiş olsa da, klinik psikologların HMO'lar, grup tıbbi uygulamaları ve diğer sağlıkla-ilişkili kurumlar dışında çalışmalarını giderek daha da zor hale getiren şartlara sahip olan gözetimli bakım sistemlerinin gelişmeye devam etmesi karşısında bu hakların bir kısmının geçersiz hale geldiği de görülmektedir. Psikologların reçete yazma yetkisi elde etmesine yönelik ilgi artmaktadır, ancak bu atılımın bazı avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır.

Bugün, klinik psikoloji alanı farklılıkların anlaşılmasına kendisini daha çok adamıştır ve çok-kültürlü yeterliğin geliştirilmesine yönelik güçlü bir vurgu bulunmaktadır. Alan, farklı danışan popülasyonlarının ihtiyaçlarına yanıt verebilmek için eğitim programlarını ve hizmet işlevlerini şekillendirmeye yönelik zor bir meseleyle karşı karşıyadır.

ÇALIŞMA SORULARI

1. Klinik psikologların eğitiminde değişikliklere neden olan farklı ulusal konferansları tartışın ve bu konferansların eğitimlerin odak noktasını nasıl değiştirdiklerini belirtin.
2. PhD ya da PsyD programlarına giren öğrenciler, nitelik ve programdan elde edilen nihai sonuçlar bakımından nasıl farklılaşmaktadır? PsyD programlarının heterojenliği için hangi değişkenler önem taşımaktadır?
3. Klinik psikolojideki güncel olan üç temel eğitim modelini listeleyin. Bu modellerin avantajlarını ve dezavantajlarını tartışın.
4. Lisans almanın amacı nedir ve lisans genelde nasıl elde edilmektedir?
5. ABPP diploması nedir ve klinik psikolojide neden önemli olabilmektedir?
6. Dört etik prensip sıralayın ve önemlerini tartışın.
7. Etik ihlâllerle nasıl başa çıkılmaktadır?
8. Uyarma görevi nedir ve uyarma göreviyle en fazla ilişkili olan vaka hangisidir?
9. Klinik psikologların aleyhine açılan mesleğin kötüye kullanımı davalarının en yaygın gerekçeleri nelerdir?
10. Psikoloji ve psikiyatri alanları arasındaki ilişkinin üzerinde geçmişte neler etkili olmuştur? Günümüzdeki en büyük çekişme konusu nedir?
11. Gözetimli bakım klinik psikoloji alanını nasıl etkilemiştir?
12. Klinik psikologlar için, reçete yazma yetkisi elde etmenin avantajları ve dezavantajları nelerdir?
13. Klinik psikolojinin çok-kültürlü yeterlik meselesini neden önemsemesi gerektiğini açıklamak için bir gerekçe belirtin.

14. Psikolojinin geleceği ile ilgili ele aldığımız temel noktalar arasından hangilerinin dünya çapında insanların ruh sağlığının iyileştirilmesi açısından daha çok gelecek vaadettiğini düşünüyorsunuz?

WEB SİTELERİ

- Psikolojik Klinik Bilimler Akademisi (APCS): http://psych.arizona.edu/apcs/index.php
- APA Etik Prensipleri: http://www.apa.org/ethics/
- APA'nın Piskolojiyi Günlük Kullanıma Sokma Girişimi: http://www.psychologymatters.org
- APA Bölüm 42, Bağımsız Pratikte Çalışan Psikologlar: http://www.division42.org
- APA Bölüm 55, Amerikan Psikoterapinin Geliştirilmesi Topluluğu (ASAP): http://www.Division55.org
- Amerikan Profesyonel Psikoloji Kurulu (ABPP): http://www.abpp.org

BÖLÜM 16

Çeviren:
Prof. Dr. İhsan Dağ

Klinik Psikolojide Lisansüstü Eğitime Girmek

Bölüme Bakış: Öğrenciler klinik psikolojide lisansüstü eğitime başvurmayı düşündüklerinde bazı sorular sorarlar. Bu bölümde o sorulardan bazılarına cevap vermeyi umuyor ve potansiyel başvuru sahiplerinin dikkate almaya ihtiyaç duyacakları diğer soruları da ortaya çıkarıyoruz. Klinik psikolojide lisansüstü eğitime başvurup vurmama kararıyla ilişkili sorularla başlıyoruz: (a) Ne tür bir programla ilgileniyorum? (b) Şu anda yaşamımda klinik psikolojide bir doktora programının gerektirdiği yükümlülükleri yerine getirmeye hazır mıyım? (c) Akademik geçmişim (credentials) lisansüstü eğitime başvurmak için yeterince güçlü mü? (d) Akademik geçmişim buyken ne tür bir programa gerçekçi olarak talip olabilirim? Ardından lisansüstü eğitim okullarına başvurunun lojistiğine geçip şunlar gibi sorulara cevap vereceğiz: (a) Çeşitli programları nasıl değerlendirebilirim? (b) Lisansüstü programa başvuru neleri içerir? ve (c) Kabul edilirsem hangi faktörleri dikkate almalıyım? Bu bölümde 'Bu Kısma Bakış' ve 'Bu Kısmın Özeti' başlıklarını bir yana bırakıp, bunlar yerine 'sıkça sorulan sorular' şeklinde başlıkların soruları, izleyen paragrafların da cevapları oluşturduğu formatı koyduk.

NE TÜR LİSANSÜSTÜ PROGRAMLAR KARİYER AMAÇLARIMI KARŞILAMAMA YARDIMCI OLACAK?

Üniversite sonrası yaşamı düşünürken, kendinize sormanız gereken ilk sorular,"Ne tür bir kariyer istiyorum?" ve "Kariyer amaçlarımı karşılamak üzere ne tür lisansüstü programlar var?" olmalıdır. Klinik psikoloji alanı içinde düşünülebilecek birçok kariyer seçenekleri vardır. APA'nın http://www.apa.org/students/brochure internet adresinden incelenebilecek ücretsiz broşürü "Psikoloji: Bilimsel Problem Çözücüler—21. Yüzyıl Kariyerleri" belgesine bakılabilir. Klinik psikolojinin içinde ve dışında düşünülebilecek birçok kariyerler vardır. Genellikle kariyer tercihleriniz hangi programlara başvuracağınıza karar vermenizde yardımcı olacaktır. Birçok öğrenci bir klinisyen (psikoterapist) ya da bir psikoloji profesörü olma olasılığını bilir. Aşağıda klinik psikolojideki diğer kariyer seçeneklerinden bazıları görülmektedir.

Bir tıp merkezinde idarecilik
Çocuk terapistliği
Klinik nöropsikologluğu
Üniversite danışma merkezi klinisyenliği
Yetkili koçluk ve danışmanlık
Adli psikologluk
Gerontologluk
Bebek ruh sağlığı uzmanlığı
Askeri psikologluk
Halk sağlığı eğitimciliği
Tıp merkezi araştırmacılığı
Kâr amacı gütmeyen bir araştırma kuruluşu araştırmacısı
Spor psikologluğu
Dava danışmanlığı

Araştırma / Klinik Vurgu?

Klinik psikolojide tüm üniversite temelli lisansüstü programlar klinik işlevlerde olduğu kadar araştırma konusunda da eğitim sağlar, fakat kurumdan kuruma vurgulamada farklar vardır. Programla ilgili diğer bilgileri toplarken her programın vurgusunu öğrenme çabanız değerlidir. Bir programın tanımlamasındaki ufak farklılıklar (örn., bilimci–uygulamacı / klinik bilimci; Bölüm 15'e bknz: "Klinik Psikolojide Mesleki Konular") programın eğitim vurgusu hakkında büyük ipuçları verebilir. Öncelikli kariyer ilginiz ruh sağlığının, psikopatolojinin, önlemenin ve tedavinin araştırılması ise, o zaman klinik psikolojide bir doktora (PhD) programı muhtemelen en iyi seçeneğinizdir. Bu tür programlar tipik olarak en çok araştırma ve klinik araştırma seçeneklerinin en geniş çeşitleri üzerine eğitim sunar. Klinik araştırmacılar çeşitli ruh sağlığı merkezlerinde, hastanelerde, tıp fakültelerinde, kamu ve özel merkezlerde kariyer olanağı bulurlar. Araştırma yönelimli klinik PhD programları ayrıca klinik çalışma eğitim ve süpervizyonu da sağlar ve böylece bu programların mezunları çalışma ehliyeti (lisans) gereken şartları sağlamayı sürdürdükleri (güncel tuttukları) sürece klinik çalışmaya geçme seçenekleri de tipik olarak vardır.

Belli bazı klinik olmayan psikoloji PhD programları da klinik araştırma için olanaklar sağlayabilir. Gelişim, kişilik, deneysel ya da sosyal psikoloji doktora programları bazen önemli klinik uygulamalarla araştırmalar yürütürler (örn., çocukluk psikopatolojisi, pozitif psikoloji). Katı araştırma yönelimli programlar tanımlama bilgilerinde bu gerçeği açık hale getirirler ve "klinik psikoloji"yi program adı olarak kullanmaktan kaçınabilirler.

Bu klinik olmayan programlar klinik programlardan daha az başvuru çekerler ve bayağı rekabetçi de olsalar, klinik programlardan daha az rekabetçi olabilirler. Bununla beraber, bu programlarda klinik araştırma seçeneği klinik PhD

programlarından daha sınırlı olabilir ve mezunları psikoterapi ya da uygulama çalışma ehliyeti için aday olamayacaklardır.

Eğer öncelikli ilginiz klinik çalışma, özellikle de psikoterapi ise, o zaman klinik psikoloji içinde ve dışında bazı seçenekleriniz vardır. Bölüm 1'de, mezunları değerlendirme, psikoterapi ya da danışma yapan birkaç ruh sağlığı mesleğini tanımlamıştık. Bunlar, danışma psikolojisi, okul psikolojisi, sosyal hizmet, rehabilitasyon danışmanlığı, evlilik ve aile terapistliği, psikiyatri ve psikiyatri hemşireliği idi. Bu alanların her birinin lisansüstü başvuru gerekliliklerinin ayrıntılarını sağlayacak yerimiz yok ama ilgilenenler için bu Bölümün ne tür bilgilerin araştırılması gerektiğine yardımcı olacağını umuyoruz.

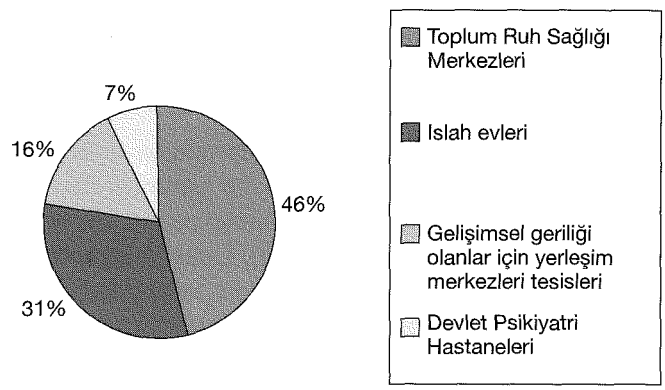
MA, PhD, ya da PsyD?

Birçok öğrenci eğer klinik çalışma istiyorlarsa klinik psikolojide bir PhD programına girmek zorunda olduklarını düşünür görünüyorlar. Gerçekte, psikolojide doktora derecesi alanların üç katı kadar öğrenci psikolojide master (yüksek lisans) derecesi alıyor (Morgan ve Korschgen, 2006). Klinik PhD programlarını gözden geçiren öğrencilerden birçoğu eğitim ve istihdam ihtiyaçlarını bir master programında ya da ruh sağlığı alanında kariyerlere imkân sağlayan eğitimleri veren diğer programlarda elde edebilirler. Düzenlenmiş bakım hizmetlerinin gelişmesi doğrudan hizmet veren bir kariyeri isteyenler için master düzeyinde iş pazarını uyarmıştır. Böylece, klinik psikolojide master derecesi geçmişte olduğundan çok pazarlanabilir olmuştur. Dahası, çalışma ehliyeti olan doktoralı bir psikologdan daimi süpervizyon alma gereksinimini karşılayan master derecelerine bu büyük geridönüş eğilimi değişebilir. Örneğin Kentucky Eyaleti, belli mesleki deneyim ve eğitim gerekliliklerini karşılayan master dereceli psikologların bağımsız çalışma için çalışma ehliyeti alabilmelerine izin vermektedir. Florida gibi diğer eyaletler, ruh sağlığı ile ilişkili bir alandan (örn., klinik ya da danışma psikolojisi veya rehabilitasyon danışmanlığı) master dereceli meslek elemanlarının 'Çalışma Ehliyetli Ruh Sağlığı Danışmanı' olarak çalışma ehliyeti almalarına izin vermektedir, ki bu da nihayetinde bağımsız çalışma ehliyetidir. Böylece, eğer tam zamanlı bir klinik kariyere sahip olmakla ilgileniyorsanız ve eğer araştırma eğitimine ilginiz sınırlıysa, o zaman klinik psikoloji ya da ilişkili bir alanda bir master derecesini elde etmeyi düşünmeniz sizin için akıllıca olabilir. Klinik psikolojide master derecesinin size ruh sağlığı hizmetleri sunan tam zamanlı bir iş sağlamada güvenebileceğiniz bir derece olduğunu beklemek mantıklıdır (MacKain, Tedeschi, Durham ve Goldman, 2002).

Bununla beraber, master derecesinin bir doktora derecesi kazanmakla kaçınılabilecek bazı sınırlılıkları da vardır. Birçok eyalette eğer siz çalışma ehliyetli bir psikolog olmak istiyorsanız (yani bu, *danışman* yerine *psikolog* adını gerçekten kullanmanız anlamına gelir) ya bir PhD ya da bir PsyD doktora derecesine sahip olmak zorundasınızdır. Master dereceli klinisyenlerin gelir düzeyleri tipik

olarak daha düşüktür ve ilerleme olanakları da daha azdır. Bir üniversitede ya da yüksek okulda profesör olmak veya hibe (grant) kuruluşlarından program destekleri almak gibi belli kariyer fırsatları genellikle doktora derecesi olmayanlar için imkân dahilinde değildir.

Şekil 16.1 master dereceli klinisyenler için daha kısıtlı olabilecek iş ortamlarını göstermektedir. Böylece, doktora derecesi size, yaşamınız boyunca bir şekilde değişme ihtimali olan kariyer ilgilerinize yardımcı olabilecek daha fazla esneklik vermektedir.

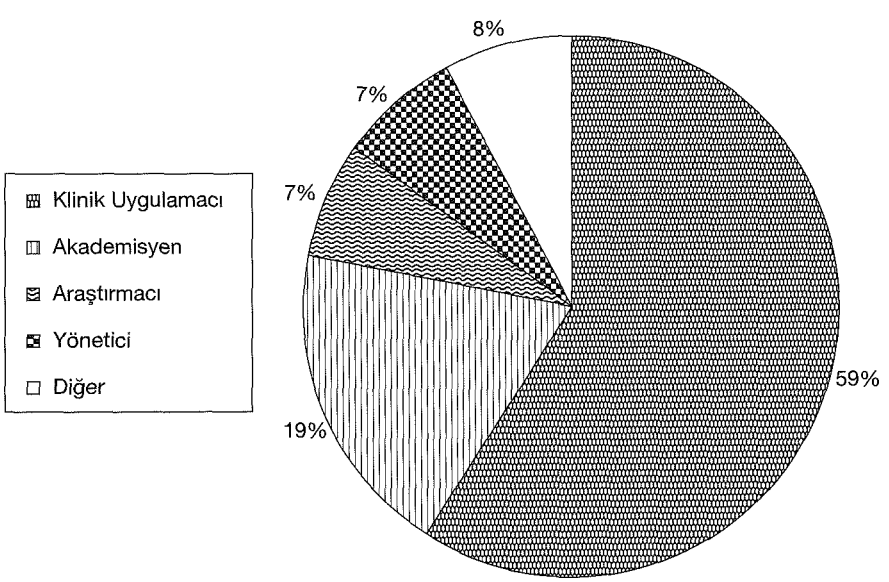


ŞEKİL 16.1 Psikolojide Master Derecesi bulunan Bireylerin İş Ortamları. North Carolina'da eyalette master dereceli klinisyenlerin çalıştıkları yerleri belirlemek üzere yapılan bir çalışmaya dayanmaktadır. Bu eyalette "LPA" (Çalışma Ehliyetli/Lisanslı Assosiye Psikolog = Licensed Psychological Associates) olarak bilinen master dereceli klinisyenler terapi yürütebilirler ama doktora dereceli çalışma ehliyetli bir psikologdan süpervizyon almak zorundadırlar. Bu veriler 345 LPA'lı klinisyenin çalıştıkları yerlerin dağılımını yansıtmaktadır.

Doktora düzeyinde, PhD ve PsyD programları seçenekleriniz vardır. Geleneksel olarak, PhD derecesi klinik psikolojide son nokta olarak kabul edilir. Bölüm 15 de tanımlandığı gibi, PsyD programları araştırma vurgusunu azaltırken klinik eğitime orantısal olarak daha fazla vurgu yaparlar. Bununla birlikte, PsyD programlarının çok değişiklik gösterdiğini hatırlamak da önemlidir: Bazıları Boulder modelini izler ve PhD programlarının yaptığı kadar araştırmayı vurgular, bazıları da Vail modelini izler ve araştırmayı dikkate değer oranda daha az vurgularlar. Araştırma vurgusunu azaltan programlar hâlâ öğrencilerin istatistik ve araştırma yöntemleri bilgilerini kazanmalarını gerektirirler ama öğrencilerin görgül temelli bir tez yürütmeleri genellikle gerekli değildir. Şekil 16.2 klinik psikologların kendi mesleki rollerini nasıl gördüklerinin dağılımını göstermektedir. Bölüm 15 de tanımlandığı gibi, alanda göreli olarak son zamanlardaki bir gelişme PsyD derecesi veren meslek okullarının sayısında bir artıştır. Bu okullara özgü olan şey bunların sıklıkla özgül bir psikoloji bölümü ya da üniversite ile

ortaklıklarının olmamasıdır. Bu tür bağımsız mesleki okullar araştırma eğitimine en az vurgusu olanlardır. Bu programlar bazı öğrenciler için çekicidir çünkü araştırmaya nazaran uygulamaya o kadar büyük ağırlık verirler ve seçim kriterleri PhD programlarından dikkate değer miktarda düşüktür (bknz. Tablo 16.1). Bununla beraber, bazı uyarıcı notları vermek gereklidir. Birincisi, bu programlar kendi başına ayakta duran (bağımsız) programlar olduklarından, mali kaynakları öğrenci harçlarından oluşur. Böylece, tıp ve hukuk fakültelerine benzer şekilde harçlar oldukça yüksek olabilir ve öğrencilere çok az mali destek sağlanabilir. Bunun aksine, birçok PhD programı öğrencilerine araştırma asistanlığı ya da öğretim asistanlığı pozisyonları ve harçtan muaf tutmayı da içeren bir miktar mali destek sağlar. İkincisi, PsyD programları kendi işleyişleri açısından mali başarı elde etmek için büyük giriş sınıflarını (örn.,100 öğrenciye kadar) kabul etmeyi gerektirir. Böylece, öğrenciler giriş sınıfları 5-10 öğrenciden oluşan bir PhD programında görecekleri bireysel ilginin aynısını elde edemezler. Sonuncusu da, bu programların birçoğundaki görece zayıf araştırma eğitimi mezunlarının araştırma yönelimli klinik pozisyonlara daha az yükselebilmeleri ya da klinik çalışmalarını araştırma ile daha az birleştirebilmeleri anlamına gelmektedir.

Bu noktalar klinik psikolojide doktora derecesi programlarına girmenin efsane ve gerçeklerinin sunulduğu Tablo 16.2 de de görülmektedir.



ŞEKİL 16.2 2003 de Klinik Psikologların Kendi Mesleki Rollerini Görüşleri

(Kaynak: J. C. Norcross, C. P. Karpiak ve S.O. Santoro, 2005,"Clinical psychologists across the Years: The division of clinical psychology from 1960 to 2003," Journal of Clinical Psychology, 61, 1467–1483.)

TABLO 16.1

APA'dan Akredite Klinik Psikoloji Programlarının Ortalama Kabul Oranları

	Bağımsız PsyD	Üniversite temelli PsyD	Uygulama yönelimli PhD	Eşit vurgulu PhD	Araştırma Yönelimli PhD
Başvuru sayıları	186	164	154	170	189
Kabul sayıları	93	53	18	21	13
Kabul oranları %	50	41	10	10	6

KAYNAK: Insider's Guide to Graduate Programs in Clinical and Counseling Psychology, 2006/2007 Edition, by T. J.Mayne, J. C.Norcross,and M.A.Sayette,2006,s. 41 (New York: Guilford Press).Copyright 2006 by Guilford Press. İzinle kullanılmıştır.

ŞU ANDA YAŞAMIMDA KLİNİK PSİKOLOJİDE BİR DOKTORA PROGRAMININ GEREKTİRDİĞİ YÜKÜMLÜLÜKLERİ YERİNE GETİRMEYE HAZIR MIYIM?

Master ve PhD dereceli kariyer seçeneklerini keşfettikten sonra ve neyi başarmayı istediğinizi dikkatlice değerlendirdikten sonra, size büyük kariyer esnekliği ve araştırma ve klinik hedeflerinizi en iyi şekilde elde etme şansı sağlayan bir doktora programına girmeye karar verdiniz. Kendinize sormak zorunda olduğunuz bir sonraki soru böyle bir programın gerekliliklerine kendinizi adayıp adayamayacağınızdır. Klinik psikolojide bir doktora programı sizin kendinizi zaman, mali, akademik ve duygusal yönlerden adamanızı (commitments) gerektirir.

Zamansal Adamalar

Lisansüstü okulda haftalık tipik gereklilikler tam bir akademik ders yükü ile birlikte araştırma ya da öğretim asistanlığı ya da süpervizyon altında klinik çalışma (örn., değerlendirme ya da terapi) yapan bir öğrenci olma gibi haftalık 20 saatlik bir işi kapsar. Buna ilaveten, sizden tezinizi tamamlamaya yönelik bağımsız araştırmanızda daimi ilerlemenize zaman bulmanız beklenir. Daha araştırma yönelimli programlarda danışmanınızla araştırma yapmak kadar bağımsız araştırmanızı sunmanız ve yayımlatmanız da beklenecektir. Böylece, klinik programlardaki lisansüstü öğrencilerin yılın 12 ayında haftada 60 saat ya da daha fazla çalışma yapmaları alışılmadık bir durum değildir.

Lisans dönemindekinden farklı olarak, yaz ayları doktora öğrencileri için bir dinlenme ve gevşeme zamanı değildir. İronik bir şekilde, akademisyenler kadar birçok öğrenci yaz aylarını gerçekte daha çok çalışma yapabilecekleri bir dönem olarak görürler. Böyle bir programı tamamlamak için en fazla asgari ücretle yaşamanızı gerektirecek ortalama 5 ilâ 7 yılınızı geçirmeye gerek vardır. Buna ilaveten, yeni çalışma ehliyeti gereklilikleri mezuniyetinizden sonra çalışma ehliyeti için gereken süpervizyonu sağlamanız için gerekli olan doktora sonrası

bir pozisyonda 1-2 yıl daha geçirmenizi hemen hemen zorunlu kılar. Böylece, iş pazarına tam olarak adım atabilmeniz için lisansüstü okuluna girdikten sonra 6 ilâ 9 yıl geçmesi gerekecektir. Genellikle, ne kadar araştırma yönelimli bir program ise o programı tamamlamak da o kadar uzun zaman alır.

Mali Adamalar

Lisansüstü eğitimin yüksek maliyeti yüzünden doktora programları öğrencilerinin büyük bir çoğunluğu ödünç para alırlar. Yüklendikleri borç da devam ettikleri programın türüne göre değişir. APA tarafından yapılan bir çalışmada doktora derecelerini yeni tamamlamış lisansüstü mezunlarının %68'inin bir çeşit borcu olduğu belirlenmiştir (Bailey, 2006). Uygulamaya yönelik programlardan mezun olanların borçları da daha yüksektir. Araştırma yönelimli programlardan derece alanların borçlarının medyan değeri 35,000 $ iken, uygulama yönelimli derece alanlarda bu rakam 70,000 $ dır (Munsey, 2007b). Bazı PsyD program mezunlarının borcu 100,000 $ a ulaşmıştır (Mayne ve diğ., 2006). Klinik psikolojide işe başlama ücretleri bu borçları kolayca ödeyecek kadar yüksek değildir, borcu bitirmek genellikle birkaç yılı bulur. Bununla birlikte ne şanstır ki birçok lisansüstü program gelir olanakları sunar, genellikle de asistanlık ya da mali yardım olarak. Yıllar geçtikçe öğrencilere fon bulma artmış olmasına rağmen, haftalık 20 saatlik bir öğretim ya da araştırma asistanlığı pozisyonunun medyan ücret miktarı vasattır. Bu medyan değer, 9 ay süren 2005/2006 akademik yılında 12,000 $ dır (Munsey, 2007c). Birçok üniversite yarışmacı bir temelde burslar da vermektedir. Bursiyerlik (fellowship) ya da ücretli geçici akademik pozisyon (scholarship) şeklindeki bu burslar üstün akademik ve araştırma potansiyeli bulunan öğrencilere destek olmak ve cesaretlendirmek amaçlı karşılıksız hibe (grants) olarak verilir (ve bunun lisansüstü eğitimi çok iyi başarmaktan başka formel bir iş karşılığı da yoktur). Öğrenciler bu üniversite çapındaki fellow ya da skolar burs pozisyonlarını o üniversitenin web sitesini kontrol ederek bulurlar. Örneğin programlar için bu programlara kabul edilen öğrencilerin farklılıklarını artıracak burslar sunmak nadir değildir. Birçok program bir tür yıllık öğrenim ücretinden (tuition) (harcından) muafiyet de sağlamaktadır. Bazıları %50 muafiyet, bazıları da tam muafiyet de sunabilmektedirler ve bunun anlamı öğrencinin hiç öğrenim harcı ödememesidir. Alternatif olarak, program eyaletin harç payını alıp kendi harcından feragat edebilmekte ve hatta öğrenci başka bir eyaletten de geliyor olsa bunu yapabilmektedir.

TABLO 16.2

Klinik Psikoloji Lisansüstü Eğitimiyle İlgili Efsaneler ve Gerçekler

Konu	Efsane	Gerçek
Lisansüstü okul kabul oranları	PsyD programına herkes girebilir ama PhD programına girmek çok zordur.	APA'dan akredite programlar arasında PsyD programlar, başvuranların bazıları az bazıları çok %40'ını; PhD programları ise, başvuranların bazıları az bazıları çok %10'unu kabul ediyorlar. PsyD programları tipik olarak PhD programlarının 2-3 katı öğrenci kaydı alıyorlar ama daha çok PhD programı bulunduğundan, her yıl verilen PhD ve PsyD diplomaları sayısı yaklaşık aynı oluyor.
Mali yardımlar	Bir PsyD programına devam edersen mali yardım alamazsın ama bir PhD Programına devam edersen alırsın.	Üniversite temelli PsyD programlarındaki öğrencilein %60'ından fazlası ama bağımsız klinik programlara devam edenlerin yalnızca %26'sı bir miktar mali yardım alıyor. Mali yardım için muhtemelen programın türünden çok üniversite bağlantısının olup olmaması fark yaratıyor.
Klinik akademik kadronun kuramsal yönelimi	Geleneksel PhD programlarının akademik kadrosu çoğunlukla bilişsel davranışçı iken, PsyD programlarınınkiler psikodinamik ve hümanistik yönelimlidir.	Bilişsel davranışçı yönelim PhD ve PsyD klinik programlarında en sık rastlanan eğilimdir. Üniversite temelli olanların akademik kadroları bilişsel davranışçı yönelim seçeneğini daha fazla işaretliyorlar. Hümanistik yönelimi işaretleyenlerin oranı BDT'den düşük de olsa en yüksek bağımsız okullardadır.
Kanıta dayalı uygulamalı eğitim	PsyD programları öğrencileri görgül olarak test edilen psikoterapiler konusunda eğitmezler.	Programların çoğu, el kitapları bulunan ve en az 2 iyi seçkisiz kontrollü çalışmada etkililiği gösterilmiş tedavilerin eğitimini verir ama azı bunlar üzerine hem didaktik eğitimi hem de klinik süpervizyonu gerektirir. Mesleki klinik psikoloji (PsyD) programları, bunu gerektirmeyen en yüksek oranda (%67) programlardır.
Ulusal Çalışma Ehliyeti (Lisans) sınavlarındaki başarı	PsyD öğrencileri Psikolojide Uygulama Sınavına (EPPP) iyi hazırlanmamaktadır.	PsyD öğrencileri ulusal çalışma ehliyeti sınavlarında ortalamada daha düşük not alırlar ama bireysel puanlarda büyük bir değişkenlik vardır. Yüksek sınav puanları, az öğrencili, hoca-öğrenci oranı daha iyi ve geleneksel (Boulder modeli) PhD programlarla güvenilir bir bağlantı gösterir.

KAYNAK: J.C. Norcross, P.H. Castle, M.A. Sayette ve T. J. Mayne, 2004; M.M. Weissman, H.Verdell, M.J. Gameroff, S. E. Bledsoe, K. Betts ve diğ.,2006.

Özellikle bağımsız meslek okullarındaki çoğu programın öğrencilerinin çok büyük bir kısmına mali destek sağlamadığına dikkat edilmelidir (Norcross, Castle, Sayette ve Mayne, 2004). APA'dan akredite klinik psikoloji doktora programları üzerinde yapılan bir araştırmada bağımsız PsyD programlarına giren öğrencilerin yaklaşık %6'sının; araştırma ve uygulamaya eşit ağırlık veren PhD programlarına girenlerin %57'sinin; araştırma yönelimli bir PhD programına girenlerin %84'ünün tam burs aldıkları ortaya konmuştur (Norcross ve diğ., 2004). Böylece, aradığınız program türünün muhtemelen cüzdanınız üzerinde de bir etkisi olabilecektir. Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH) Borç Geri Ödeme Programı olarak adlandırılan görece yeni bir program, öğrenci kredi borcu olan psikoloji lisansüstü öğrencilerinin daha çok gereksinim duyduğu yardımı bünyesine katmıştır (Clay, 2006b). Eğer mezunlar 2 yıl için zamanlarının yarısını araştırma yönelimli bir pozisyonda (örn., kâr amacı gütmeyen ya da devletçe desteklenen ve klinik, sağlık ya da pediyatrik psikoloji araştırmalarında çalışma) çalışmaya adarlarsa, öğrenci kredilerinin geri ödemeleri için yılda 35.000 $'a kadar para alabiliyorlar. Öğrenciler bu fona bir yıldan fazlası için de başvurabiliyorlar (Clay, 2006b). Bu federal program rekabetçidir, bu yüzden bu fonu almak garantide değildir ama bu program araştırma yönelimli birçok öğrenciye borçlarını azaltırken danışanlara yardım etmede gereksinim duyacakları araştırma bilgilerini artırmaya yardım etmektedir. Klinik yönelimli öğrencilerin Ulusal Sağlık Hizmetleri Korporasyonu üzerinden bir borç geri ödeme seçenekleri de vardır (Clay, 2006b). Birleşik Devletler içinde az hizmet götürülen bir alanda (örn., sağlık hizmetlerinin sınırlı olduğu fakir bir kent bölgesinde ya da kırsal alanda) en az 2 yıl çalışmaya kendini adayan öğrenciler borçlarının 50.000 $' na kadar geri ödemesi için başvurabilirler. Bu program da rekabetçidir ama başarılı başvuru sahipleri aksi durumda hizmet alamayan bireylere psikolojik hizmetleri sağlamaya yardım ederken bir taraftan da borçlarını anlamlı miktarda azaltabilirler. Bu programlar hakkında daha ayrıntılı bilgiye http://www.lrp.nih.gov adresinden ve http://www.nhsc.bhpr.hrsa.gov adresinden ulaşılabilir. Bu programların her ikisi de Federal Hükümet tarafından fonlanmaktadır ve farklı bütçe yıllarında değiştirilebilir. Bu nedenle lisansüstü derecenizi tamamlamaya yakın en güncel bilgileri araştırmalısınız.

Akademik ve Duygusal Adamalar

Klinik psikolojide doktora programlarının parasal maliyetine ek olarak, başka adamalarda bulunmanız da beklenir. Birincisi, sizden daha önceki akademik çabalamalarınızdan çok daha fazla çalışmanız istenir. Ek olarak klinik psikoloji programlarının rekabetçiliği karşısında, öğrencilerin çoğu genellikle kendilerini aile ve arkadaşlarından uzaklaştıran bir programa devam ederler. Bu tür bir uzaklaşma muhtemelen öğrenciler programın sonlarına geldiklerinde 1 yıllık tam zamanlı intörnlük altına girdiklerinde de olacaktır. Bu sıkıntı verici girişiminizin

amacı klinik psikolojide doktora programlarına başvurma konusunda cesaretinizi kırmak değildir. Daha ziyade, bu konuları, klinik psikolojide doktora programlarına tüm potansiyel başvuru sahiplerinin başvuruları için gerekecek yüzlerce dolar ve sayısız saatlerini harcamadan önce, başlangıçtaki karar verme sürecine daha iyi hazırlanmaları için gündeme getiriyoruz. İşitebileceğinizin aksine, klinik psikolojide lisansüstü okuluna başvurunuz, lisans eğitiminizi tamamladıktan sonra bir süre ara vermeye karar verirseniz (bu ara dönemde ne yaptığınıza bağlı olarak) riske girmeyecektir. Lisansüstü okuluna başvurmadan önce bir ara vermeye karar verdiyseniz, başvurunuzu iyileştirmeye yönelik yapabileceğiniz bazı şeyler vardır. Birincisi, klinik bir ortamda ya ruh sağlığı çalışanı ya da araştırma asistanı olarak alanda bir pozisyon elde etmeye çalışın. Bu seçeneklerin ikisi de sizin alana bağlılığınızı belgelemeye yardımcı olacak ve aynı zamanda size büyük bir deneyim ve geleceğinize karar vermeye yarayacak daha fazla içgörü kazandıracaktır. Eğer bu tür klinik pozisyonlarda maaşlı bir yer sağlayamazsanız gönüllü çalışacağınız bir pozisyon elde etmeye çalışabilirsiniz. İkincisi, bir üniversiteye yakın yaşıyorsanız, birkaç lisansüstü ders almayı düşünün. Bu da sizin alana bağlılığınızı belgelemeye ve lisansüstü okulun size uygun olup olmadığına karar vermenize yardımcı olacaktır. Eğiliminiz klinikle ilgili dersler almak da olsa, lisansüstü başvuruları değerlendirme komiteleri eğer klinik olmayan alanlardan (örn., istatistik, araştırma yöntemleri, öğrenme veya kişilik kuramları gibi konularda önseminer dersleri) dersler alıp da çok iyi yapmışsanız muhtemelen daha çok etkilenecektir. Ek olarak, bu tür derslerden aldığınız krediler bir lisansüstü programa girdiğinizde de sayılabilecektir, oysa daha önceden alınmış klinikle ilgili dersleri tekrar etmeniz istenebilecektir. Tüm bu saydıklarımızın ötesinde inanıyoruz ki klinik psikolojide bir doktora programına girmeye kendini adamak ve sebat göstermek amaçlarınıza ulaşmada uzun bir soluk sağlamaya yardımcı olacaktır. Sosyal psikolojide *grit* (dayanıklılık) olarak adlandırılan yeni bir kavram keşfedildi (Duckworth, Peterson, Matthews ve Kelly, 2007). *Grit* "uzun erimli amaçlar için tutku ve sebat gösterme" olarak tanımlanmaktadır (s. 1087) ve bunun eğitim başarısını ve akademik ortalamayı yordadığı da bulunmuştur. *Grit* ZB ile anlamlı ilişkili değildir ama sorumluluk ile ilişkilidir. Bu kavramı klinik psikolojide bir PhD programına başvurmayı araştırmanızda kendi *grit*'inizi düşünmenize yardımcı olması için burada verdik.

TABLO 16.3

Yeni Doktora Mezunlarının Şimdiki İşlerinden Doyumları

2005 de psikolojide doktoradan yeni mezun olanlar üzerinde yapılan geniş bir araştırmaya dayalı olarak, şimdiki işlerinin farklı özelliklerinden doyum sağlayan ya da çok doyum sağlayan yeni mezunların yüzdeleri

Gelir/ücret	%63.4
Menfaatler	%73.4
İlerleme fırsatları	%59.1
Kişisel gelişim fırsatları	%76.0
Tanınma fırsatları	%72.9
Supervizör	%74.7
Grup çalışanları	%85.8
Çalışma kosulları	%80.4

KAYNAK: APA 2005 Doktora İstihdam Araştırması Tablo 5c'deki verilerden alınmıştır (http://www.research.apa.org/des05tables.html).

Şunu da ifade etmeliyiz ki, çoğumuz için lisansüstü okul heyecan verici ve ödüllendirici bir dönemdir. İşyüküne ve göreli yoksunluğuna rağmen, öğrenme, kişisel gelişim ve arkadaş ve meslektaşlarla ilişkiler anlamında zenginlikleri de vardır. Mezunların okulu bitirdikten sonraki yakın dönemde işlerinden memnun olduklarını bilmek de yüreklendiricidir. Tablo 16.3'de görülebileceği gibi, yakın mezunların büyük çoğunluğu ilk tam zamanlı işlerinin bir çok yönünden ya doyum sağlıyorlar ya da tam doyum sağlıyorlar.

AKADEMİK GEÇMİŞİM KLİNİK PSİKOLOJİDE LİSANSÜSTÜ EĞİTİME BAŞVURMAK İÇİN YETERİNCE GÜÇLÜ MÜ?

Akademik geçmişinizi objektif bir şekilde değerlendirmek ve güçlü ve zayıf yönlerinizin farkında olmak için, klinik psikolojide lisansüstü başvuru komitelerinin kullandıkları kriterleri bilmek önemlidir. Bunlar (a) zorunlu dersler, lisans eğitimi deneyimleri, özellikle araştırma deneyimi; (b) Lisansüstü Giriş Sınavı (Graduate Record Exam / GRE) puanları; (c) Genel Akademik Ortalama (GPA); ve (d) referans/tavsiye mektupları. Elbette her bir lisansüstü program bu kriterlere farklı ağırlık verebilir ve başka bazı faktörleri de (örn., niyet mektupları, mülâkatlar) dikkate alabilir, ama tüm klinik doktora programlarınca bu kriterlerin hepsi bir dereceye kadar kullanılma eğilimindedir.

Lisans Eğitimi Dersleri ve Deneyimleri

Dersler. Lisans eğitim programınız (majör) muhtemelen lisansüstü eğiti-

me hazırlık mahiyetinde, psikolojiye giriş, (laboratuvar dahil) deneysel psikoloji ve istatistik içeren çekirdek bir program olacaktır. Bunlar, uzmanlık alanından bağımsız olarak birçok lisansüstü program için minimum gerekliliklerdir. Klinik psikolojide doktora düzeyinde eğitim yapacak bir öğrencinin alabileceği en önemli dersin araştırma yöntemleri olduğuna dikkatinizi çekeriz (Mayne ve diğ., 2006). Klinik yönelimli alanlarda kariyer için, lisans eğitiminiz sırasında ayrıca anormal psikolojisi, anormal çocuk psikolojisi, davranış değiştirme, klinik araştırma yöntemleri ve ilgi alanınıza özgü diğer dersleri de almayı düşünmelisiniz. Bir konuyu derinlemesine öğrenebileceğiniz küçük gruplu 'ileri seminer' derslerinden (eğer mümkünse) almaya çalışmanızı cesaretlendirmek isteriz. Bazı programlar notları çok iyi olan yüksek motivasyonlu öğrencilerin derece peşinde olmaksızın bir lisansüstü dersi almalarına da izin verirler. Tüm bu türden lisans ders faaliyetleriniz ne tür bir kariyer yapmaya karar vermenize ve Lisansüstü Giriş Sınavlarının Konu Testlerinde daha yüksek puanlar elde etmenize yardımcı olacaktır.

Araştırma Deneyimi. Ders faaliyetlerinize ek olarak, onursal tez ve /ya da araştırma asistanlığı deneyimi gibi bağımsız araştırma genelde PhD Programları için çok yararlı ve esaslıdır. Önceden de belirttiğimiz gibi, bu tür faaliyetler size sadece istenen deneyimi kazandırmakla kalmaz ama aynı zamanda hocaların sizin akademik potansiyelinizi gözlemlemelerine ve değerlendirmelerine dahil etmelerine ve tavsiye mektuplarına izlenimlerini yazmalarına yardımcı olur. Klinik psikolojide doktora programlarına başvurmadan önce araştırma deneyimi kazanmanız gerekliliğinin birçok nedeni vardır. Birincisi, klinik psikolojide PhD hem bir araştırma derecesi hem de bir klinik derecedir ve lisansüstü eğitiminizi pekâlâ en az klinik çalışma kadar araştırma üzerine de yapabilirsiniz. Başvuru komiteleri başvuranların araştırmanın neleri kapsadığını anlamış olduklarından ve bu tür faaliyetlere katılmaktan zevk aldıklarından emin olmak isterler. İkincisi, birkaç araştırma projesinde çalışmak size lisansüstrü okulda araştırmanın ne tür bir şey olacağına dair mükemmel bir anlayış sağlayacaktır. Lisans öğrencilerinin araştırma asistanlığını kabul etmeleri nadir bir durum değildir, çünkü sadece araştırma içinde yer almayı sevmelerinden değil ama lisansüstü başvurularında bu deneyimin yardımcı olacağını bilirler. Diğer yandan, eğer araştırma işinin size göre olmadığını farkederseniz, o zaman, lisansüstü eğitiminiz araştırma faaliyetlerine odaklanacağından, klinik psikolojide bir doktora programına başvurup vurmayacağınızı yeniden gözden geçirmek isteyebilirsiniz. Üçüncüsü, belirttiğimiz gibi, hocalarınızla araştırmalarında çalışmak sizin lisansüstü okul için potansiyelinizi çok daha net belirten referans mektupları elde etmenizin mükemmel yoludur. Dördüncüsü, araştırma projelerinde çalışmak size lisansüstü okulda hangi araştırma alanlarında çalışıp hangilerinde çalışmayacağınıza karar vermede yardımcı olur. Bu bilgi, daha sonra, sizin, akademisyenleri en büyük ilgi alanlarınızda çalışan psikoloji bölümlerine başvurmayı tercih etmenizde yardımcı olur.

Sonuncusu, araştırma deneyimi olası bir mülâkatta hocalarla konuşmak için mükemmel bir temel oluşturur. Gerçekte, son zamanlarda PhD program mülâkatlarına katılanlar arasında bağımsız onursal tez yapmış ya da kapak niteliğinde araştırma deneyimi olma konusunda artan bir eğilim vardır. Böylece, bu tür deneyimleri olmadan başvuranlar mülâkat süreçlerinde farklı bir dezavantaja sahiptirler, çünkü böyle onursal tez çalışması gibi özgün bir konuda bağımsız bir araştırma projesinden kazanabilecekleri derin bilgiden yoksundurlar.

Klinik Deneyim. Eğer klinikçi olmak ama klinik bir poülasyonda asla çalışmamak istiyorsanız o zaman biraz klinik deneyim kazanmayı düşünmeye teşvik ederiz. Sıklıkla, yapılandırılmış programlar (örn., intiharı önleme ya da krize müdahale üzerine çalışmak veya çocuk yararına bir programda çalışmak) gönüllü çalışmanız için yakın bir süpervizyon sağlayacağı kadar mükemmel bir eğitim de sağlar. Psikolojik sorunları bulunan danışanlarla çalışmak çok talepkâr ve herkesin kaldıramayacağı bir süreç olabilir. Klinikçi olmayı isteyip de klinik bir ortamda gönüllü deneyim sonrasında fikrini değiştiren meslektaşlarımızın olduğunu biliyoruz. Diğerleri deneyimin ödüllendirici ve ilgi ve merak uyandırıcı olduğuna dair kendi inançlarını doğruladığını görürler. Klinik deneyim öğrencilerin ruh sağlığı mesleğinin onlara göre olup olmadığına ve hangi özgül alanla ilgileneceklerine (örn., çocuk, madde bağımlılığı) karar vermelerinde yardımcı olmakla beraber, lisansüstü aday seçim sürecinde özel bir öneme sahip kabul edilmemektedir. Bu özellikle klinik psikolojide doktora programları için doğrudur. Klinik eğitime daha fazla önem veren diğer türden programlar (örn., master, PsyD ya da danışmanlık psikolojisi), lisans eğitimi sırasında edinilen klinik deneyime daha fazla değer verebilirler.

Programdışı Faaliyetler. Programdışı faaliyetlere (örn., psikoloji klüpleri, Psi Chi gibi onursal dernekler) katılım, alanı öğrenmenize ve çeşitli uzmanlıklardan profesyonellerle temasa geçmenize yardımcı olur. Bu gibi klüpler ya da gruplar psikolojide farklı kariyerler, Lisansüstü Giriş Sınavlarına nasıl hazırlanacağınız ve lisansüstü okullara nasıl başvuracağınız üzerine konuşmalar dinlemenizi sağlarlar.

Lisansüstü Giriş Sınavı (Graduate Record Exam / GRE) Puanları

Birçok lisansüstü okulu başvuranları değerlendirmelerine yardımcı olmak üzere standardize testler kullanır. Zaten belirtildiği gibi, en yaygın örnek Lisansüstü Giriş Sınavıdır (GRE) ve hem genel bir testi hem de Psikoloji Konu / Alan Testini içerir. Öğrenciler bunu duymaktan hoşlanmazlar ama, GRE sınavındaki performans, lisansüstü okuldaki başarının önemli bir yordayıcısıdır ve bu yüzden lisansüstü seçim komitelerinin kullandıkları en önemli kriterlerden biridir. Bir meta-analizde (Kuncel, Hezlett ve Ones, 2001) tüm disiplinlerde hem GRE puanları ve hem lisans Genel Akademik Ortalamanın, ölçülen bir dizi sonuç ölçüsü (örn.,

lisansüstündeki akademik ortalama, yayın atıf sayıları, hoca derecelendirmeleri) arasında, lisansüstü okuldaki performansın anlamlı ve güçlü yordayıcıları olduğu bulunmuştur. Öğrenciler, başvuru komitelerince ön değerlendirmeyi geçmek için GRE den kaç puan almış olmak gerektiğini sorarlar. Bu birkaç nedenden dolayı cevabını bulması zor bir sorudur. İlki, programlar gelen öğrencilerden bekledikleri GRE puan aralığı açısından önemli değişim gösterirler. İkincisi, lisansüstü programların sıklıkla bu GRE puanları için bir kesme noktaları yoktur ama bunun yerine ne aradıklarına ilişkin ilkeler koyarlar. Örneğin, okullar tarafından lisansüstü klavuzlarında rapor edilen en düşük kabul edilebilir GRE puanı, lisansüstü giriş sınıflarının medyan GRE puanlarının önemli oranda altında olma eğilimindedir. (Morgan ve Korschgen, 2006). Bir diğer deyişle, GRE puanınız bir okulun kabul edilebilir en az puanını tutuyor ya da biraz üstündeyse (örn., her alt testten ortalama 500 puan), muhtemelen o programa alınmazsınız. Eğer APA'dan akredite bir klinik doktora programına kabul edilmek istiyorsanız, bu tür programlara dikkate değer bir aday olabilmek için GRE nin alt testlerinden ortalama en az 600 puan almanız ideal olacaktır (Mayne, Norcross ve Sayette, 2006). GRE sınavını bu bölümün sonraki kısımlarında daha ayrıntılı tartışıyoruz.

Genel Akademik Ortalama (Grade Point Average / GPA)

Eğer GRE genel yeteneğinizin güvenilir ve geçerli bir yordayıcısı olarak görülüyorsa, Genel Akademik Ortalamanız da üniversitede lisans eğitimi sırasında gösterdiğiniz çabanın ve hatta yordanan potansiyelinizin de ötesinde çalışma istekliliğinizin mükemmel bir göstergesi olarak görülür. Burada da PhD programlarının başvuranların GPA larında ne beklediklerine dair mutlak puan düzeyleri vermek mümkün değildir. PhD klinik programlarının giriş sınıfları üzerinde yapılan araştırmalar, başvuruda güçlü bir aday olabilmek için 4 üzerinden en az 3,5 ya da 3,6 düzeyinde bir notun gerektiğini göstermektedir (Norcross ve diğ., 1996). Böylece, eğer marjinal bir GPA'nız varsa, bunu yükseltmek için düşük notlu derslerinizi tekrar almayı ciddi olarak düşünmelisiniz. Örneğin lisansta istatistik dersinizden B- almış iseniz, bu notunuzu yükseltmek için dersi yeniden almanız pekâlâ tavsiye edilebilir. Aksi takdirde, B- nin kabul edilebilir en düşük not olduğu yerlerdeki başvuru komiteleri lisansüstü istatistik derslerini başarabilme yeteneğinizden endişe edecektir.

Referans / Tavsiye Mektupları

Başvuru komitesi üyeleri bir referans mektubunu okurken adayın şu özellikleri konusundaki yorumlara dikkat ederler: lisansüstü eğitim için genel potansiyeli, çok çalışmaya istekliliği, kişilerarası becerilerinin düzeyi, klinik çalışmadaki başarı olasılığı. Mektubu yazanların bunları sadece sınıftaki temasınız esnasında öğrenmeleri çok muhtemel değildir. Sınıfta en yüksek notlardan birini almış da olsanız, bu o hocanın sizinle tek teması ise, sizin için yazabileceği çok fazla bir şey yoktur. Bu yüzden, hocalarla sınıf dışında da etkileşimde bulunmanın yolları-

nı bulmanız sizin için hayatidir. Bunu yapmanın en iyi yolu da hocanın araştırma grubunun gönüllü ya da ücretli bir üyesi olmaktır. Ek olarak, sizin çok ilginizi çeken bir ders konusunda soru sormak için hocanızın kapısını çalabilirsiniz. Birçok hoca öğrencilerinin, özellikle de aldıkları bir nottan şikâyetçi olmak ya da bir ödevi niçin yapamadığını açıklamak dışında bu tür kısa konuşmalarına sıcak bakar. Referans mektupları hakkında iyi bir düşünce, ideal olarak, hocanın, başka faktörler arasında sizin motivasyonunuz, titizlik düzeyiniz, konu hakkında zekice düşünebilme yeteneğiniz, bağımsız sorumluluk alabilme yeteneğiniz ve olgunluk düzeyiniz hakkında yazabilecek durumda olmasıdır. Bu alanlarda hocanıza davranış gözlemleri yapmasını sağlayacak şekilde davranmanız gerekir ki, sizin hakkınızda bilgi verici ve pozitif bir mektup yazabilsin.

AKADEMİK GEÇMİŞİM BUYKEN NE TÜR BİR PROGRAMA GERÇEKÇİ OLARAK TALİP OLABİLİRİM?

Lisansüstü okuluna başvururken yapmanız gereken en zor şeylerden biri akademik geçmişinizi (credentials) değerlendirirken gerçekçi olmaktır. Maalesef birçok adayın akademik geçmişi klinik psikolojide PhD programlarına girme hakkı kazanmalarına yetecek güçlülükte değildir. Klinik PhD programları rutin olarak 100 ilâ 400 başvuru alırlar ve genellikle de sonunda 5-10 öğrenci alırlar. Böylece, bu programlar son derece rekabetçidir ve yukarda tanımlanan seçme kriterlerinden herhangi birindeki bir açık kabul alma şansınızı azaltabilir. Diğer seçenekleri de takip etmediğiniz durumda, kendinizi başarısızlık ve hayal kırıklığıyla karşı karşıya bırakabilirsiniz.

Şanstır ki, birkaç seçenek vardır. Örneğin, klinik psikolojide master programları PhD programlarından beklenen GRE ve GPA puanları açısından genellikle daha düşük başvuru kriterlerine sahiptir. Bu programları, ya en son bir master derecesi almak için ya da bir PhD programı için ilk basamak olarak kullanmayı tercih edebilirsiniz. Klinik eğitim veren danışmanlık, okul ya da diğer psikoloji programları da klinik psikolojide PhD programlarından daha az reklabetçi olma eğilimindedir. Daha önce belirtildiği gibi, bu programlardaki öğrenciler sıklıkla daha çok uygulamalı eğitim ve deneyim alırlar ve master düzeyli iş imkânları ve hatta potansiyel çalışma ehliyeti ihtimâli ortaya çıkar. Son olarak, psikolojide klinik olmayan (örn., gelişim, sosyal) PhD programları daha az başvuru sahibine çekici gelmektedir ve klinik programlarına kıyasla daha düşük başvuru kriterlerine sahiptir. Eğer psikoloji alanında çalışmaya kendinizi adamışsanız ve bir araştırma çevresinde kalmak istiyorsanız, klinik olmayan bir psikoloji programını, ruh sağlığıyla ilgili bir başka alanda doktora ya da master programından daha ödüllendirici bulabilirsiniz.

Kısaca, klinik psikolojide PhD programları herkes için değildir; çok rekabetçidirler; öğrencilerden büyük talepleri vardır, bitirmek için 5-7 yıla ihtiyaç olur ve araştırmayı daha çok vurgularlar. Akademik geçmişinizi ve arzu ettiklerinizi birlikte

değerlendirmeniz ve klinik psikolojide doktora programlarına başvurup başvurmayacağınızı belirlemeniz için bazı klavuzlar sağladıktan sonra, başvuru sürecine girmeden önce düşünmeniz gereken bazı daha genel konuları ele alacağız.

KLİNİK PSİKOLOJİDE LİSANSÜSTÜ EĞİTİME BAŞVURMAYA KARAR VERDİM. İLK ÖNCE NE YAPMAM GEREKİR?

Lisansüstü programları seçmede gereksinimlerinizi karşılayacak eğitimi ve mesleki çevreyi size sağladıklarından emin olmak isteyeceksiniz. Bu yüzden kişisel amaçlarınızı, hedeflerinizi ve planlarınızı açık hale getirmelisiniz. En çok araştırmayla mı, klinik uygulama ve araştırma arasında dengeli bir eğitimle mi yoksa öncelikle klinik uygulamayla mı ilgileniyorsunuz? Doktora düzeyindeki programlarla mı yoksa master düzeyindeki programlarla mı ilgileniyorsunuz? Özgül bir danışan popülasyonuna ilginiz var mı? Bunlar, başvuru sürecine başlamadan önce kendinize sormanız gereken sorulardan bazılarıdır. Olası tüm sorularınız için belirgin cevaplarınız olmayacaktır ama bazı cevaplarınız olacaktır ve bunlar lisansüstü program seçmede sizin için neyin en önemli olduğunu muhtemelen gösterecektir. Ek olarak, akademik geçmişiniz ne kadar güçlü ise, hangi programa başvuracağınıza ilişkin karar vermede bu faktörleri daha serbestçe kullanabilirsiniz. Böylece, psikolojide 3,5 GPA'sı ve her bir GRE alt testinden ortalama 550 puanı bulunan öğrenciler herhangi bir PhD programına girme konusunda muhtemelen endişelenmek durumunda kalacaklardır. Oysa 4,0 GPA'sı ve GRE nin her alt testinden 700 puanı olanlar çeşitli faktörler açısından (örn., akademisyenlerin araştırma ilgi alanları, sunulan mali destek, coğrafi bölge) kendi gereksinimlerine ideal uygunlukta programları belirleme lüksüne sahip olacaklardır.

BİR DOKTORA PROGRAMINA BAŞLAMADAN ÖNCE BİR MASTER PROGRAMINA BAŞVURMALI VE TAMAMLAMALI MIYIM?

Önce de belirtildiği gibi, klinik psikolojide doktora derecesi kazanmak için farklı yollarınız vardır. Birçok klinik PhD programı sadece doktoralı klinisyen hazırlamak üzere dizayn edilmiştir. Bunlar belli bir minimum krediyi sağladıktan ve bir de master tezi hazırladıktan sonra master derecesi verirler, ama bu bölümlerin yalnızca doktora derecesi için başvuru kabul ettiklerini bilmek önemlidir. Nihai olarak bir master derecesi kazandıysanız ve ilerde PhD veya PsyD derecesine ulaşmak üzere yola devam etmek istiyorsanız, bu yapılabilir. Ancak, nihai amacınız klinik psikolojide bir PhD programını kazanmak ise o zaman sizin için en iyi yol bu PhD programlarına doğrudan başvurmaktır. Eğer niteliklerinizin bir PhD programına başvuru için yeterince güçlü olup olmadığından emin değilseniz, o zaman nihai master programına başvurmayı bir yedek plan olarak düşünmelisiniz. Bu programlardan birçok mezun formal eğitimlerini master düzeyinde sona erdirirler ama bazıları doktora programlarına gider.

Master derecesi daha sonradan bir doktora programına başvuru şansınızı

nasıl etkiler? Master derecesi klinik psikolojide bir doktora programına başvurmada şansınızı ne azaltır ne de artırır ama daha çok master programı süresince ne yaptığınız bir klinik doktora programına kabul edilmede önemli olacaktır. Lisnasüstü okullar bulabilecekleri en iyi adaylarla ilgilenirler. Akademik geçmişiniz mükemmel ise, bir doktora programına kabul edilme şansınız iyidir. Akademik geçmişini düzeltme ihtiyacı duyan bazı öğrenciler master derecesi çalışmalarını bu amaçlarına ulaşmada yardımcı bulabilirler, ama doktora başvuru komiteleri karar verirken tüm akademik çalışmanızı dikkate alır. Lisans düzeyinde orta notlara sahip bir akademik kayıt bir master derecesiyle telafi edilmiş diye gözardı edilmez, ama bu master düzeyi iyi notlar bir adayın ciddi olarak değerlendirilmesine yardımcı olabilir. Bir master programına kabul edildiyseniz notlarınızı yükseltmek için derslerinize mükemmel olarak çalışabilir, sınav sonuçlarınızı (GRE'ye çalışıp yeniden girmek) yükseltmek için ya da daha çok araştırma deneyimi kazanmak için zaman harcayabilirsiniz.

MASTER DERECESİNİ KAZANDIKTAN SONRA EĞİTİMİMİ SONLANDIRMAYI SEÇERSEM, KLİNİK ÇALIŞMA YAPMA İMKÂNLARIM KISITLANIR MI?

Tarihsel olarak, doktora, mesleğin standardı olarak düşünülür. Ayrıca tüm Birleşik Devletler eyaletlerinin psikologlar için bazı sertifikasyonlar ya da çalışma ehliyetleri elde etmeyi (lisanslama) zorunlu tuttuklarını dikkate almalısınız (bknz. Bölüm 15). Bu gereklilikler eyaletler arasında değişse de, birçoğunda kazanılmış bir doktora derecesi önkoşuldur. Yönlendirilmiş bakım sisteminin gelişimi doğrudan hizmetlerde görev alacaklar için master derecesini iş pazarında kabul etmeyi teşvik ederken, master derecesiyle klinik çalışmaya karar vermeden önce bu işlerin kariyer beklentilerinizle eşleşip eşleşmediğinden emin olun. Bu, eğer nihai amacınız klinik uygulama ise özellikle doğrudur. Bunu söylemekle beraber, Kentucky ve diğer eyaletlerdeki lisanslama yasalarındaki son değişiklik master dereceli klinikciler için bağımsız çalışmanın geleceğinin daha ümit vaadeder olduğunu düşündürmektedir. Yönlendirilmiş bakım sistemlerinin etkisi ve lisanslama yasalarındaki değişiklikler ışığında 5 ilâ 10 yıl içinde klinik psikologlar için master düzeyinde (ve hatta PhD düzeyinde) iş pazarını tahmin etmek mümkün değildir.

BAŞVURU İŞLEMLERİ

Şimdi, klinik psikolojide lisansüstü programlara başvuruda dosya hazırlamadaki adımların gözden geçirilme zamanıdır. Başvuru sürecinin tüm aşamalarında yardımcı olabilecek çok değerli kaynaklar vardır.

Lisansüstü Okullar Hakkında Nasıl Bilgi Alır ve "İyi" Programları Nasıl Belirlerim?

Lisansüstü programları "iyi" ya da "kötü" olarak etiketlemek zordur. Cevaplanması gereken gerçek soru, bir üniversitenin, bölümün, programın sizin gereksinimlerinize uyup uymadığıdır. Cevabın bir kısmı her programın "araştırma"

ya da "klinik" vurgusunda bulunur ve bununla ilgili bilgiyi programın akademisyenleri ile hali hazırdaki lisansüstü öğrencilerinden toplayabilirsiniz. Bölüm ya da programın büyüklüğünü, sizin ilgilendiğiniz alanlarda araştırma yapan hocaların bulunup bulunmadığını, hoca başına düşen öğrenci oranını, çeşitli uygulama yaşantısı imkânlarını, kampüsün büyüklüğünü ve konumunu, programa başatlık eden kuramsal yönelim(leri) dikkate alabilirsiniz.

Başvuru sürecinin tüm aşamalarında yardımcı olabilecek çok değerli kaynaklar vardır. Bazıları Tablo 16.4'de listelenmiştir, ama başvuru sürecinde öğrenciler için çok yararlı oldukları için 3 kitabı burada vurgulayacağız.

Psikolojide Lisansüstü Çalışma (Graduate Study in Psychology) (American Psychological Association, 2008) Birleşik Devletler ve Kanada'daki tüm master ve doktora programlarını listeler. Kitap hangi programların APA tarafından akredite olduklarını belirtir. Ayrıca diğer alanlardaki (örn., endüstri örgüt, davranışsal nörobilimler, bilişsel, vb) programları da listelediğinden psikolojinin herhangi bir alanında lisansüstü eğitimi düşünen öğrenciler için kullanılabilir.

Benzer şekilde, *Adım Atmak: Psikolojide Lisansüstü Okula Başvuru için Adım Adım Plan (Getting In: A Step-by-Step Plan for Gaining Admission to Graduate School in Psychology),* 2. Basım (American Psychological Association, 2007a) psikolojinin tüm alanlarında lisansüstü programlara başvuru süreci konusunda ayrıntılı bilgi sağlar. Kitaptaki bölümlerin çoğu başvuru sürecinin özgül yönlerine (başvuracak programı seçme, cv hazırlama, niyet mektubu yazma, vb.) odaklanır ve başvuru süreçleri için bir zaman tablosu eki de vardır.

Eğer klinik ya da danışma alanında bir doktora programına başvurmaya zaten karar vermişseniz, olağanüstü bir kaynak şudur: *Klinik ve Danışmanlık Psikolojisinde Lisansüstü Programlar Rehberi (Insider's Guide to Graduate Programs in Clinical and Counseling Psychology) 2008/2009 Baskısı* (Norcross, Sayette ve Mayne, 2008). Bu kitap başvuru süreçlerine odaklanır ve Birleşik Devletler ve Kanada'daki tüm APA'dan akredite PhD ve PsyD programlarının, her biri için yararlı bilgiler ile birlikte listesini verir. Birçok başvuranın özel ilgisi dahilinde kitapta her programın 1 ilâ 7 puan arasında (1: tamamıyla klinik yönelimli; 4: klinik ve araştırma becerilerine eşit vurgu yapan; 7: tamamıyla araştırma yönelimli olmak üzere) bir derecelendirmesi de vardır. Bu bilgi genellikle klinik eğitim direktörünün bildirimine dayanır ve öğrencilere gereksinim ve ilgileriyle tutarlı programlar bulmalarında yardımcıdır. Tablo 16.4 diğer yararlı kaynakları listelemektedir.

Bilgiye çevrim içi de ulaşılabilir. APA'nın Web Sitesinde lisansüstü okullar ve başvuru süreçleri hakkında bilgi veren yararlı bir kaynak bulunmaktadır (http://www.apa.org). Burada da APA'dan akredite programlar, psikolojide kariyer seçenekleri ve psikoloji alanındaki çeşitli işlerin ücret bilgileri bulunabilir. Diğer bir değerli web sitesi de özgül programların linklerini veren şu sitedir: http://www.psychwww.com/resource/deptlist.htm.

TABLO 16.4

Psikoloji Okuyacaklar ve Lisansüstü Okula Başvurmayı Düşünenler İçin Yararlı Kaynaklar

Bu tam bir liste değilse de, bu kitapların birçoğu, psikolojide kariyer yapmayı ve lisansüstü okula başvurmayı planlayan öğrencilere olağanüstü derecede yardımcıdır.

Psikoloji Okumak ve Farklı Kariyer Seçeneklerini Düşünmek

Psikolojide Derece Alabileceğiniz Kariyer Yolları (Career Paths in Psychology: Where Your Degree Can Take You), 2nd ed., by Robert J. Sternberg (Washington, DC: American Psychological Association, 2007)

Psikolojide Kariyerler: Değişen Dünyada Fırsatlar (Careers in Psychology: Opportunities in a Changing World), 2nd ed., by Tara L.Kuther and Robert D. Morgan (Belmont, CA: Thomson/Wadsworth, 2007)

Psikolojide Okumak: Psikoloji Lisans Eğitimi Alanlar için Kariyer Seçenekleri (Majoring in Psychology? Career Options for Psychology Undergraduates), 3rd ed., by Betsy L. Morgan and Ann J.Korschgen (Boston: Allyn and Bacon, 2006a)

*Psikoloji Kariyerlerinde Fırsatlar (*Opportunities in Psychology Careers), by David E. Super and Charles Super (Chicago: VGM Career Books, 2001)

Psikolojiyi Seçecekler için Elkitabı (The Psychology Major's Handbook), 2nd ed.,by Tara L. Kuther (Belmont, CA: Thomson/ Wadsworth, 2006a)

Psikolojiden Mezun Olarak Neler Yapabilirsiniz? (What Can You Do with a Major in Psychology?), by Shelley O'Hara (New York: Cliffs Notes, 2005)

Your Career in Psychology: Clinical and Counseling Psychology, by Tara L.Kuther (Belmont, CA: Thomson / Wadsworth, 2006b)

Lisansüstü Okula Başvuru

Adım Atmak: Psikolojide Lisansüstü Okula Başvuru için Adım Adım Plan (Getting In: A Step-by-Step Plan for Gaining Admission to Graduate School in Psychology), 2nd ed., by the American, Psychological Association (Washington, DC: American Psychological Association, 2007a)

Psikolojide Lisansüstü Çalışma (Graduate Study in Psychology), by the American Psychological Association (Washington, DC: American Psychological Association, 2008)

Klinik ve Danışmanlık Psikolojisinde Lisansüstü Programlar Rehberi (Insider's Guide to Graduate Programs in Clinical and Counseling Psychology), 2008/2009 Edition, by John C. Norcross, Michael A. Sayette, and Tracy J. Mayne (New York: Guilford, 2008)

Lisansüstü Okulda Yaşam Mücalelesi ve Ötesi

Tam bir Akademik: Bir Kariyer Rehberi (The Compleat Academic: A Career Guide), 2nd ed., by John M. Darley, Mark P. Zanna, and Henry L. Roediger (Washington, DC: American Psychological Association, 2004)

Psikolojide Lisansüstü Okul Sonrası Yaşam: Yeni Psikologlardan Tavsiyeler (Life after Graduate School in Psychology: Insider's Advice from New Psychologists), by Robert D. Morgan, Tara L. Kuther, and Corey J. Habben (NewYork: Psychology Press,2005)

Lisansüstü Okulla Görüşmek: Lisansüstü Öğrencileri için bir Rehber (Negotiating Graduate School: A Guide for Graduate Students), 2nd ed., by Mark H. Rossman (Thousand Oaks, CA: Sage,2002)

Portatif Akıl Hocası: Psikolojide Başarılı Bir Kariyer İçin Uzman Rehber (The Portable Mentor: Expert Guide to a Successful Career in Psychology), by Mitchell J. Prinstein and Marcus Patterson (New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2003).

Lisansüstü Okulda Başarmak (Succeeding in Graduate School: The Career Guide) for Psychology Students, by StevenWalfish and Allen K. Hess (Mahwah, NJ: Erlbaum, 2001)

Klinik Psikoloji Üniversite Direktörleri Konseyi (The Council of University Directors of Clinical Psychology / CUDCP); http://www.am.org/cudcp/) birçok klinik programın linki olan bir web sitesine sahiptir. Buradaki programların tamamının APA'dan akredite programlar olmadıklarına dikkat etmeli ve bir programın akreditasyon statüsünü bu web sitesi dışında başka bir kaynaktan doğrulamalısınız. Öğrencilerin hangi programa başvuracaklarına karar vermelerine yardım etme amacıyla, CUDCP gönüllü bir programa sahiptir ve bununla klinik programların başvurularına ilişkin bilgiler ve sonuçlar görülebilir. Bu bilgi programları aynı değişkenler (örn., başvuranların sayısı, kabul edilenlerin sayısı, son alınan öğrencilerin GRE ve GPA ortalamaları, başvuran ve intörnlüğü garantileyen lisansüstü öğrenci sayı toplamları, mezun sayısı, mezun olmak için geçen ortalama süre) açısından doğrudan karşılaştıracak potansiyel başvurucular için çok yararlıdır. Farklı doktora programlarını çevrimiçi olarak tarıyorsanız, klinik psikoloji web sayfasına gidip tüm bu bilgilere (sıklıkla öğrenci verileri, öğrenci istatistikleri ya da başvurular ve sonuç verileri olarak tanımlanır) tablo formatında bakınız.

Ocak 2007 itibarıyla, Amerikan Psikoloji Birliği (APA) APA'dan akredite tüm doktora programlarının başvuranlara şu bilgileri de ayrıca sağlamalarını gerektirmektedir:

- Programı bitirmek için gereken süre.
- Programı tamamlamanın maliyeti (örn., kayıt ücreti, harç,mali yardım seçenekleri vb.).
- Mezunların intörnlük elde etme başarısı.
- Ayrılanlar (yani, her yıl programa kaç öğrenci girerken bunlardan kaçı sonradan bırakıyor).
- Son 10 yılda mezunların kaçı ve % kaçı çalışma ehliyetli (lisanslı) olabilmiştir (bu gereklilik 2008'de kondu).

Bu bilgiler öğrencilerin programları aynı değişkenler üzerinde karşılaştırmalarına yardım anlamına gelmektedir. Öyle ki, bu sayede öğrenciler lisansüstü eğitimleri için seçenekleri dikkate alırken bilgilendirilmiş bir şekilde karar verebilirler (Munsey, 2007b).

Klinik Çocuk ve Ergen Psikolojisi Derneğinin web sitesinde harika bir kaynak daha vardır (APA Bölüm 53; http://www.clinicalchildpsychology.org). Bu, Dr. Mitch Prinstein tarafından yazılmış yararlı ve öğrenci dostu bir kaynaktır ve klinik çocuk psikolojisi ile ilgilenen ve lisansüstü eğitime başvuracak öğrencilere tavsiyelerde bulunur. Bilgilerin çoğu klinik psikolojinin diğer yönleriyle ilgilenen öğrencilerle de ilgilidir, bu yüzden bakmaya değerdir.

Son olarak, Fauber (2006) klinik psikolojiyle ilgilenen öğrenciler için çevrimiçi mesaj panosunun kullanımını önermiştir. Klinik Psikolojide *The Student*

Doctor Network gibi siteler öğrenci adaylarının büyük ilgisini çekmektedir. Öğrenciler, bu tür mesaj panolarını bir bilgi kaynağı ve destek kaynağı olarak kullanır görünüyorlar (Fauber, 2006). Bırakılan mesajlar çoğunlukla diğer öğrencilerin görüşleri olduğundan, öğrenciler kendi başvuruları için hayati olan bilgileri (örn., bir başvuru son tarihi ya da bir profesör hakkında özgül bir bilgi) daha formal sitelerden kontrol etmek isteyebilirler. Ancak mesaj panolarının öğrencilerin aynı süreçlerden geçen başka öğrencilerden güncel bilgiye ulaşmanın bir diğer yolu olduğu görülmektedir. Kısaca, basılı ve çevrimiçi çok zengin bilgi vardır, bu yüzden öğrenciler lisansüstü eğitime çetin başvuru görevi sırasında bol miktarda kaynağa ulaşabilirler.

Açıktır ki, lisansüstü okula başvuru bir anda yapılabilecek bir iş değil ama esaslı bir çalışmadır. Bu çalışmayı başarmada tamamlamanız gereken farklı görevlerin bir listesi aşağıda verilmiştir:

1. GRE genel testini ve en azından her defasında bir konu testini çalış ve geç.
2. Başvuracağınız programlar için Web'i tarayın ve en az 10-15 uygun program belirleyin.
3. Bu programlarla ilgili bilgileri edinin ve her biri için başvuru formlarını ve mali yardım formlarını doldurun.
4. Lisansüstü eğitim aldığınız kurumların tamamının transkriptinizi her bir programa göndermeleri için düzenlemelerinizi yapın.
5. GRE puan belgenizin her bir programa gönderilmesi için düzenleme yapın.
6. Sizin için referans mektubu yazmaya istekli üç profesör belirleyin ve ilk başvuru son tarihinden en az 1 ay önce onlara gerekli formları ve lisans kariyerinize ilişkin bilgileri sağlayın.
7. Bir niyet mektubu yazın ve hocalarınıza okutup aldığınız geri bildirimler ışığında gerektiği kadar revize edin.

Önce "ödevinizi" yapıp, bu kaynakları okur ve web'i tararsanız, güvendiğiniz bir-iki hoca ile başvuru süreciniz için herhangi bir önerileri olup olmadığını görmek için konuşmak isteyebilirsiniz. Ders hazırlarken, araştırma yaparken ve klinik uygulama için güncel kalmaya çalışırken birçok akademisyen yeni fikir ve araştırmaları gözden geçirirler, bilimsel toplantılara, sürekli eğitim çalıştaylarına katılırlar. Alana bu şekilde maruz kalmaları, akademisyenlerin, çeşitli bölümleri, programları, okulları, eğitim ve araştırma ekiplerini, farklı programların doğasını ve kuramsal yönelimlerini, belli bölümlerin yönetimindeki son değişiklikleri ve diğer geçerli bilgileri öğrenmelerine yardımcı olur. Akademisyenlerin doktora programlarının tümünü ve hatta çoğunu bilmelerini beklemek akılcı olmasa da,

birçoğu hakkında iyi bilgi sağlayabilirler. Ek olarak hocaların okullarla başvurunuza yardımcı olabilecek kişisel temasları da olabilir. Bir hocadan kişisel bir tavsiye akademik geçmişinizi aydınlatmada çok değerli bir yardım olabilir ve başvurunuza dikkati artırabilir.

Benzer şekilde, lisans eğitimi aldığınız kurumdaki lisansüstü öğrenciler başvuru süreciyle ilgili çok şey biliyor olabilirler, çünkü birçoğu bu süreçten yakın zamanda geçmiştir. Öğretim görevlisi ya da asistanı olan lisansüstü öğrenciniz varsa onlarla da başvuru süreci hakkında konuşunuz. İlgilendiğiniz programlar hakkında büyük bilgilere sahip olabilirler, çünkü onlar da sadece birkaç yıl önce bunlara başvurmuş, mülâkata girmiş olabilirler.

Mesleki dergiler ve ilişkili yayınlar birçok başvuran için baktıkları bilgi kaynaklarıdır. Gereksinimlerinizi karşılayan programları bulmanın mükemmel bir yolu, ilgilendiğiniz konuları çalışan akademisyenleri bulmak için bu kaynakları kullanmaktır. PsycINFO'yu, Google'ı ve diğer çevrimiçi kaynakları kullanarak yapılacak kapsamlı bir tarama, çalışmaktan hoşlanacağınız akademisyenleri muhtemelen bulacak ve onlara nereden ulaşılabileceği bilgisini de sağlayacaktır. Yaygın olmayan isimleri olan akademisyenlerin e-posta adresleri Google'dan kolayca bulunabilir. Ancak, daha yaygın isimleri olanları bu yolla bulmak biraz zor olabilir. PsycINFO akademisyenisyenlerin e-posta adreslerini genellikle listeler ama bu çalışmazsa, kişinin son yaptığı yayını takip ederek yayında mutlaka bulunan e-posta adresini elde edebilirsiniz.

Sonuçta, bu kaynakların kullanımı klinik psikoloji alanı hakkında ve lisansüstü programlara başvurmak için gereken çok zengin bilgi kazanmanıza yardımcı olacaktır. Bilgiler ilk önce göz korkutucu görünecektir ama daha çok okudukça görüş ve bilgilerin örtüştüğünü daha çok göreceksiniz.

Bir Klinik Psikoloji Lisansüstü Programının Amerikan Psikoloji Birliği (APA) tarafından Akredite Olması Ne Anlama Gelir?

APA akreditasyonu programın, kalitenin en az standardını karşıladığı anlamına gelir (bknz. Bölüm 15). Akreditasyon, bireylere değil ama eğitim kurumlarına ve programlara uygulanır. Akredite bir programdan mezun olmak, böyle bir başarıyı büyük oranda kolaylaştırsa da, iş ya da çalışma ehliyetini garanti etmez. Bir eğitim kurumunun ya da programın işini yapış tarzını ve kalitesini anlatır. Bir mesleğin kalitesi kadar, kamunun güven duygusunu oluşturur (APA,1996,s. ix).

Böylece, herhangi bir akredite programdan PhD ile mezun olmak, okulun görünen ününden bağımsız olarak, övgüye layık bir başarı olarak görülür. Dahası, birçok APA'ca kabul görmüş intörnlük programı sadece APA'nın akredite ettiği programlardan mezun olanları kabul eder. Böylece, klinik psikolojide bir

PhD düşünüyorsanız, taramanızı APA'dan akredite programlarla sınırlamanız için birçok neden vardır.

Klinik Psikolojide APA'dan akredite programların bir listesi APA'nın ana dergisi *American Psychologist* de her yıl Aralık sayısında yayınlanır. Ek olarak, danışma ve okul psikolojisi gibi diğer alanlarda APA'dan akredite programlar ve bir takım PsyD programları da burada yayınlanır. Buna karşılık, master programları APA tarafından akredite edilmez ve bu da yüksek kaliteli master programlarını tespit etmeyi daha zorlaştırır.

Ne Zaman Başvurmalıyım ve Ne Kadar Sürecek bir Takvim Beklemeliyim?

Bazı özgül başvuru takvimleri şu iki kaynakta bulunabilir: *Adım Atmak: Psikolojide Lisansüstü Okula Başvuru için Adım Adım Plan (Getting In: A Step-by-Step Plan for Gaining Admission to Graduate School in Psychology),* 2nd ed.(American Psychological Association, 2007a) ve *Klinik ve Danışmanlık Psikolojisinde Lisansüstü Programlar Rehberi (Insider's Guide to Graduate Programs in Clinical and Counseling Psychology)* 2008/2009 Baskısı (Norcross, Sayette ve Mayne, 2008). Bu rehberlerden birini izlemek gerekli tüm görevleri zamanında yapmanız konusunda sizi emin hale getirmeye yardımcı olacaktır.

Genelde, başlamak için asla erken olmasa da, istediğiniz başvuru tarihinden bir yıldan bir miktar daha önce Haziran- Temmuz'da bilgi aramaya başlamak makuldür (örn., 14 ay sonraki güz başvurusu için Temmuz'da). Bundan önce bilgi aramak bazan kesin olmayan bilgilerle (örn., başvuru tarihleri, gereklilikler yıldan yıla değişebilir) sonuçlanabilir, bununla birlikte programların eğitim felsefeleri o kadar hızlı değişmeyeceğinden, istediğiniz programlara gereksinimlerinizi karşılayıp karşılamayacağı yönünden mümkün olduğu kadar erken bakılabilir.

Hemen tüm lisansüstü programların kendi web sitelerinde, program için tercih edilen bilgi verme yoluyla oluşturulmuş başvuru bilgileri bulunur. Birçok programın web sitesinde kolayca belirlenebilecek şekilde başvuru evrakları ve gerekli tüm bilgiler bulunur ve birçoğunun da Sıkça Sorulan Sorulara başvuru sürecini açık hale getiren cevapları da vardır.

Bölüm başvuru tarihleri değişse de, birçoğununki 1 Aralık ile 15 Ocak arasına denk gelir. Çok azı bundan önce bir kısmı da (çoğunlukla master dereceli programlar ya da meslek okulları) sonrasına son başvuru tarihi koyar. Daha geç başvuru tarihleri koyan bazı bölümler (özellikle master programları) sıklıkla daha başvuru süreci devam ederken başvuranları öğrenci olarak seçerler. Eğer bu "devam eden başvurular" türü programlara başvurursanız, süreç içinde başvurunuzu ne kadar erken yaparsanız o kadar avantajınıza olur.

Kaç programa başvurmalıyım?

Öğrenciler kaç okula başvurmaları konusunda sıklıkla endişelenirler. Tüm öğrencilere uyacak özgül bir başvuru sayısı belirlemek zordur. İki vakayı hatırlıyoruz: Bir öğrenci 6 okula başvurmuştu ve hepsine de kabul edilmişti, bir diğeri ise 27 okula başvurmuştu ve birine kabul edilmişti. PhD programlarına kabul edilmede zorlu bir rekabet olduğundan, genel kural, makul olarak gücünüzün yetebileceği kadar çok programa başvurmaktır. Başvuru sayısı büyüdükçe, kabul edilme şansınız daha iyi olur. Yaşantılarımıza göre, akademik geçmişi görece güçlü öğrenciler bile, en azından bir kabul almayı garantilemek ve aynı zamanda mali destek alma şanslarını artırmak üzere 10 -15 programa başvurmak ister. Mayne ve arkadaşları (2006) klinik ve danışmanlık psikolojisinde öğrencilerin ortalama 13 programa başvurduklarını belirtmişlerdir. Dahası, beşi, akademik geçmişinizin güçlü olarak değerlendirileceği "sağlam" okullar, kalan beşi ise gerektiği kadar güçlü olarak düşünülmeyeceği ama en azından oyunda olduğunuz "hırslı" programlar ve 1-2 tanesi de notlarınızın ortalamanın oldukça altında olduğu ama muhtemelen size çok uyan (örn., araştırma ya da klinik alanda uzmanlık alanınız) "gerilmiş" programlar olmak üzere en az 10 -12 programa başvurmanızı önermektedirler.

Siz potansiyel lisansüstü programlar hakkında bilgi topladıkça, her programın kaç başvurusu olduğunu ve kaç kişinin kabul edildiğini de bir yere not etmelisiniz. Mükemmel klinik doktora programları arasında bile kabul sayıları anlamlı olarak değişir (bu da sonradan programa kabul edilme şansınızı gösterir). Örneğin, klinik psikoloji doktora programları için 2006'da Illinois Üniversitesine (Urbana–Champaign) 125 öğrenci, Boston Üniversitesine ise 608 öğrenci başvurmuştur. Her iki program da mükemmeldir, APA'dan akreditedir ve Psikolojik Klinik Bilimler Akademisi üyesidir, ağırlıklı olarak araştırma yönelimlidir ve alanda çok saygındır. Bununla birlikte başvuru sayıları anlamlı olarak değişir. Bu konuda formel bir çalışma bilmiyor olmamızla birlikte, büyük şehirlerdeki (özellikle kışı sert olmayan şehirlerdeki) programlar ya da yaşamak için daha istendik yerlerdeki programlar küçük kasabalardaki ya da sert iklimli bölgelerdeki karşılaştırılabilir programlara kıyasla daha fazla başvuru alma eğilimindedir.

Böylece, düşlediğiniz okul, havası iyi olan çok istendik bir şehirde ise, daha az popüler yerlerden eşit derecede mükemmel ve az başvurusu olduğundan şansınızı yükseltecek programlara bakmayı da düşünmek isteyebilirsiniz. En son okullar listenize karar verince, o programlardan herhangi birine kabul almadığınızda ne yapacağınızı kendinize sorun. Akademik geçmişiniz (notlarınız) doktora programları için bir miktar marjinalse, herhangi bir doktora programına kabul edilmezseniz yedekten devreye sokmak üzere az miktarda master programına da başvurmayı düşünebilirsiniz. Birçok tanınmış psikolog öncelikle bir nihai master programını tamamlamışlar ve sonradan PhD amaçlarına ulaşmak üzere klinik

psikolojide doktora programlarına yeniden başvurmuşlardır. Bununla beraber, gerçekten size kabul edilemez gelen programlara da başvurmayın. Böyle başvurular başvuru komitesinin ve sizin zamanınızı ve muhtemelen paranızı boşa harcar.

Başvuru Kaça Mâlolur?

Lisansüstü okula başvuru, gereken çaba ve harcanan para açısından pahalı bir süreçtir. GRE sınavı ve diğer testler için toplamda yaklaşık 250 $ maliyet oluşturur. Bölümlerin başvuru ücretleri 20 ilâ 50 $ arasında değişir. Alacağınız her bir transkript için 5 – 10 $ ödersiniz. Ek test rapor ücretleri (örn., GRE puan belgesinin başvurduğunuz her bir okula gönderimi 15 $), posta ve fotokopi ücretleri hızla tırmanır gider. Böylece 10 lisansüstü programa başvuran birinin başvuru sürecinde ortalama maliyetinin 1,000 $ olması beklenebilir. Bu yüzden, başvurulacak programı dikkatle seçmek ve kabul alma şansınızı gerçekçi bir şekilde değerlendirmek önemlidir. Bir mülâkata davet edilecek kadar şanslı iseniz, birçok durumda seyahat giderinizi kendinizin karşılamasının gerekeceğini de bir tarafa not edin.

Mali açıdan anlamlı derecede kasmış iseniz, mali yükünüzü bir şekilde hafifletmenizin yolları vardır. Örneğin, Eğitimsel Test Servisi, üniversitelerinde mali yardım alan ve ailelerinden hemen hiç para almayan öğrenciler için GRE sınav giriş ücreti indirimi sağlamaktadır. Benzer şekilde, bir çok üniversitenin başvuru ücretinde dilekçe ile indirim ya da muafiyet talep edilmesi sistemi mevcuttur ama bu indirimler ve muafiyetler kolay gelmez. Sıklıkla, mali zorluğun kapsamlı bir şekilde belgelendirilmesi zorunludur ve başvuranın belli özellikleri (örn., baskı altında bir etnik / azınlık gruptan gelmek) öğrencinin indirim ya da muafiyet almaya yeterli olduğu konusunda kanıtlı olmalıdır. Eğer para sizin için bir sorunsa, bu seçenekleri araştırdığınızdan emin olun ama hesabınızı bunlara dayamayın.

Lisansüstü Okula Başvuru Hangi Testleri Gerektirir?

Lisansüstü okulların çok büyük bir çoğunluğu başvuru için GRE sınavını gerektirir ve birçok başvuru komitesi kabul kararlarında GRE puanlarına büyük ağırlık verir (Norcross, Kohout ve Wicherski, 2005). Öncelikle GRE'nin içeriğini gözden geçireceğiz, nasıl çalışılacağını tartışacağız ve sonra da lisansüstü okul başvuru sürecindeki rolünü tartışacağız.

GRE Nedir? GRE bir genel testi ve bir de konu (alan) testini (bu örnekte psikoloji alanı) içerir. Genel Test, *Graduate Record Examinations Information and Registration Bulletin* (Educational Testing Service, 2007,s. 5; ayrıca bknz. http://www.gre.org) de şöyle tanımlanır:

Genel Test uzun bir zaman sürecinde gelişen becerileri ölçer ve herhangi kısmi bir alanla ilişkili olması gerekli değildir. Test Sözel Akıl Yürütme (V), Sayısal Akıl Yürütme (Q) ve Analitik Yazma (AW) kısımlarından oluşur. Tipik test alma süreleri şöyledir:

Sözel: 30-dakikalık kısım (30 soru)
Sayısal: 45-dakikalık kısım (28 soru)
Analitik Yazma: İki kısım—her kısım için bir yazma görevi:
Bir konu üzerine bakış açınızı sunun (45 dakika)
Bir görüşü (argümanı) analiz et (30 dakika)

Web sitesinde alt testler daha fazla şöyle açıklanmaktadır:

Sözel Akıl Yürütme—Ölçülen beceriler test alanın yazılı malzemeyi değerlendirme ve analiz etme ve bundan elde edilen bilgileri sentezleme yeteneği; cümlelerin bileşen parçaları arasındaki ilişkileri analiz etme; sözcük ve kavramlar arasındaki ilişkiyi tanıma yetenekleridir.

Sayısal Akıl Yürütme—Ölçülen beceriler test alanın temel aritmetik, cebir, geometri ve veri analizi kavramlarını anlama; sayısal olarak akıl yürütme; sayısal düzende problem çözme yetenekleridir.

Analitik Yazma—Ölçülen beceriler test alanın karmaşık fikirleri açık ve etkili bir şekilde ifade etme; iddialarını ve eşlik eden kanıtlarını sınama; fikirlerini ilgili neden ve örneklerle destekleme; iyi odaklanmış ve ahenkli bir tartışmayı devam ettirebilme; standart yazılı İngilizce'nin bileşenlerini kontrol yetenekleridir.

Psikolojideki doktora programlarının yaklaşık üçte ikisinin gerekli gördüğü Psikoloji Konu (Alan) Testi GRE web sitesinde şöyle tanımlanmıştır:

Testin birçok edisyonu yaklaşık 205 çoktan seçmeli soruyu içerir. Testteki her bir soru en iyi ya da doğru cevabı seçmeyi gerektiren 5 seçenek sunar . . . .

Psikoloji Testindeki sorular, geniş tanımlanmış psikoloji alanı içinde lisans düzeyinde genellikle verilen ders konularından alınır. Sorular, olgusal bilgileri hatırlamayı, ilişkileri analiz etmeyi, ilkeler uygulamayı, verilerden sonuç çıkarmayı, bir araştırma desenini değerlendirmeyi ve / ya da alana araştırma ya da kuramsal katkısı olan bir psikoloğu tanımayı gerektirir.

Psikoloji Testi toplam puana ek olarak iki alt puan ortaya çıkarır. Test iki alt puan ortaya çıkarsa da, üç içerik kategorisinden sorular vardır:

1. Öğrenme, dil, bellek, düşünme, duyum ve algı, fizyolojik psikoloji, etholoji ve karşılaştırmalı psikoloji konularını içeren deneysel ya da doğa bilimleri yönelimli sorular (soruların yaklaşık %40'ı). Deneysel psikoloji alt puanına ve toplam puana katılır.
2. Sosyal ya da sosyal bilimler yönelimli sorular (soruların yaklaşık %43'ü). Bu sorular, klinik ve anormal, gelişimsel, kişilik ve sosyal psikoloji alanları arasında dağıtılır. Sosyal Psikoloji alt puanı ve toplam puana katılır.
3. Genel (soruların yaklaşık %17'si); psikoloji tarihi, uygulamalı psikoloji, ölçme, araştırma desenleri ve istatistik konularını içerir. Sadece toplam puana katılır.

GRE Genel Testi Birleşik Devletler ve Kanada'da sadece bilgisayar tarafından verilir. Kağıt-kalem testi ise bilgisayarlı test sisteminin bulunmadığı ülkelerde mümkündür. Birleşik Devletler ve Kanada çapında yüzlerce resmi test merkezi vardır ve öğrenciler kendilerine uygun bir zamanda Genel Testi alacak şekilde ayarlama yapabilirler. Bilgisayarlı testle sınavı bitirdikten hemen sonra Sözel ve Sayısal kısımların puanlarını öğrenebilirsiniz ve sonuçlarınız size ve belirttiğiniz okullara 15 gün içinde gönderilir. Bilgisayarlı versiyonu yılın hemen her günü alabilirsiniz ama her takvim ayında 1 kez olmak üzere.

Ancak, bilgisayardan alacağınız bu testte cevabı bir kez girdikten sonra değiştirmenize izin verilmez. Bu yüzden, önce tüm testi bir gözden geçirip kolay soruları hızla yapmak ve sonra başa dönüp diğerleri üzerinde uzun zaman harcamak takdiği bu sınavda kullanılamaz. Bu kısıtlama bazı öğrencilerin kaygı düzeyini artırma eğilimindedir çünkü çoktan seçmeli soru formatı için öğrendikleri yolu değiştirmeye zorlamaktadır. Bu nedenle, Eğitimsel Test Servisinin (ETS;http://www.ets.org) sağladığı bilgisayar temelli testlerden daha önce pratik yapmanızı öneririz.

GRE Psikoloji alan testi sadece kağıt-kalem yöntemiyle alınabilmektedir ve yılda sadece 3 defa (genellikle Ekim başı, Kasım başı ve Nisan ortası) yapılmaktadır. Konu testi halen bilgisayar temelli olarak bulunmadığından, standart sınav tarihlerinde önceden kaydolarak almak zorundasınız. Kağıt kalem test sonuçlarını almak yaklaşık 6 haftayı bulmaktadır, bu yüzden bir konu testini alabileceğiniz en geç tarih programladığınız bir başvurudan 6 hafta önce olabilir. Örneğin, başvuracağınız okulun son başvuru tarihi 1 Aralık ise, sadece Ekim testi bu tarihe uyar. Ayrıca, GRE puanınızı daha önceden bilmeniz nerelere başvuracağınızı belirlemede önemlidir. GRE puanınızı öğrenmeden belli lisansüstü programlara başvurmak parayı ve zamanı boşa harcamak anlamına gelebilir. 90'ıncı persentilden puanlara sahip olmak en rekabetçi okullara başvurmayı akılcı kılar, buna karşılık 40'ıncı persentil daha tutucu bir stratejiyi gerektirir.

GRE Sınavına Çalışmalı mıyım? GRE sınavı için çalışabilirsiniz ve çalışmalısınız! GRE web sitesi genel testte bulunan soru tiplerini tanımlar ve bilgisayarlı testi alırken uygulayabileceğiniz bazı stratejileri de verir. GRE Genel Testinin ücretsiz tam bir örneği, performansınızı değerlendirmeniz için yönergeler ile birlikte Eğitimsel Test Servisinin GRE Programı altında sunulmaktadır. ETS ayrıca önceki yıllarda gerçekten uygulanmış GRE Genel ve Konu testlerini de içeren pratik materyali de satmaktadır. Ek olarak, ETS şimdi testin bilgisayar versiyonunu pratik etmenizi ve performansınız hakkında geribildirim almanızı sağlayacak yazılım da satmaktadır. Tüm bu malzeme GRE'de muhtemelen karşılaşacağınız soru tip ve biçimleri ile tanışık olmanıza yardımcı olabilir ve ayrıca gerçek sınavdaki hızınızı pratik etme imkânı verebilir.

GRE genel testine hazırlık kurslarına katılarak (Kaplan ve Princeton Review gibi ntest hazırlayan şirketlerce yüzyüze ya da çevrim içi sunulmaktadır) ve yıllık olarak gözden geçirilmiş test hazırlık kitapları ile de hazırlanabilirsiniz. Yüzyüze ya da çevrimiçi kurslar oldukça pahalı olabildiğinden (birçok yüzyüze kurs 1,000 $'ı bulur), birçok öğrenci test hazırlık kitaplarını kullanma eğilimindedir. Bu kitaplar genellikle bir matematik ve sözel gözden geçirmesi, test almaya ilişkin ipuçları ve örnek test maddeleri sağlar ve birçoğu bilgisayar temelli yardımcı özellikleri de beraberinde getirir. Sıklıkla kullanılan "Nasıl Hazırlanmalı" kitaplarının bazıları, Barron's Educational Series, Arco Yayınları, Kaplan ve Princeton Review tarafından yayınlanmaktadır. Bunlar birçok kitap satış mağazasında ve çevrimiçi mağazada bulunabilir.

Test hazırlık kurslarına ya da kendi kendine hazırlanmaya karar vermek bireysel bir karardır. Bazı öğrenciler disipline bir hazırlanma takvimi hazırlama zamanı ve eğilimine sahip değildir ve bunlar için test hazırlama kurslarının maliyeti karşılanmaya değerdir çünkü kurs ihtiyaç duydukları yapılandırılmışlığı sağlar. Alternatif bir strateji testi ilk almadan önce kendi kendine hazırlanmak ve sonra eğer puanlardan memnun olmamışsanız, daha formel test hazırlanma kurslarını denemektir. Formel bir kurs da alsanız, kendiniz de çalışsanız, bir şekilde GRE Genel testine hazırlanmak önemlidir. Bahis oldukça yüksektir; bir PhD programına kabul edilip edilmeyeceğiniz ve / ya da alacağınız mali desteğin türü büyük ölçüde GRE testlerinde ne kadar iyi olacağınıza dayanacaktır.

Psikoloji alan testi disiplinin tüm alanlarını kapsar. Temel kavramlar kadar muhtemelen isimler, kuramlar ve tanımlamalar testte kapsanacaktır. Kimsenin her alanı bilmesi beklenmez, bu yüzden psikolojinin belli yanlarına maruz kalmamışsanız, bazı sorularda sorun yaşayacağınızdan kuşku yoktur.

Psikoloji alan testine bir psikolojiye giriş ders kitabını kapsamlı bir şekilde gözden geçirerek hazırlanabilirsiniz. Ek olarak, psikoloji tarihi ve / ya da sistemleri ve kuramlarını anlatan kitaplar psikoloji alan testine hazırlanmada kısmen yararlı bilgiler sağlar. Genel GRE testinde olduğu gibi, psikoloji alan testi için de sizi hazırlayacak yüzyüze, çevrimiçi ve basılı malzemeler vardır. Eğer lisansınız psikolojiden değilse, o zaman GRE alan testinde iyi puanlar almak özellikle önemlidir, çünkü sizin alan bilginizi göstermeniz için tek yol olabilir. Lisansınız psikolojiden olsa da olmasa da, GRE genel ve alan testlerine çalışmak ve bu önemli sınavlara kapsamlı olarak hazırlanmak sizin en yüksek yararınızadır.

GRE Başvuru Komiteleri İçin Niye O Kadar Önemli? GRE'nin kullanımı konusunda, özellikle de etnik / azınlık çevrelerinden öğrencilerin potansiyelleri tahmin edilmeye çalışıldığında endişeler bulunsa da (Vasquez ve Jones, 2006), test psikolojide doktora ve master programlarının büyük çoğunluğunun başvuru sürecinde merkezi bir bileşen olarak kalmaya devam ediyor. GRE`nin yordayıcı gücüne ek olarak, bu puanlara başvuru komitelerince değer verilmesinin başka

nedenleri de vardır. GRE, tüm başvuranlar arasında doğrudan karşılaştırma yapılabilecek tek veriyi temsil etmektedir. Tüm öğrenciler tümüyle aynı testi alır, bu yüzden performans üniversite lisans notları ve referans mektupları gibi üniversitesine bağlı standartlardan etkilenmez.

California–San Diego Üniversitesinden bir öğrencinin 600 standart sözel puanının, Vermont Üniversitesinin bir öğrencisinin 600 puanı ile aynı olduğu anlamına gelir. Bu yüzden, GRE öğrencinin lisansüstü okuldaki performansı için geçerli bir gösterge olarak geniş kabul görür. Ek olarak, GRE ve lisans GPA birlikte, yüzlerce başvuru sahibini daha idare edilebilir bir sayıya indirmeye çalışan başvuru komitelerine yardım etmede göreli olarak nesnel bir tarama aracı olarak hizmet edebilir. Komiteler, dramatik olarak sayılarını azalttıkları bu başvuranlara, niyet mektuplarını, tavsiye mektuplarını okuma ve mülâkat yapma gibi daha yakından bir sorgulama yapma, daha niteliksel ve zaman tüketici seçme kriterlerini uygulama imkânı bulurlar (Morgan ve Korschgen, 2006).

Bununla beraber, kabul edilebilir GRE puanları başvurduğunuz program türüne göre değişir. Örneğin, bir master programına kabul, bir doktora programına kabul için gereken kadar yüksek bir GRE puanı gerektirmez. Bir araştırmada master parogramındaki öğrencilerin GRE Sözel ve Sayısal birleşik puan ortalamaları 1053 iken doktora programlarında bu rakamın ortalama 1183 bulunduğu bildirilmiştir (Norcross ve diğ., 2005).

Ancak bu araştırmanın psikolojinin tüm alanlarını kapsadığını ve doktora kategorisinde hem PhD hem de PsyD programlarını kapsadığını unutmayınız. Klinik psikolojide üniversite temelli PhD programlarına kabul için gereken GRE puanlarının 1183'den yüksek olduğu göstergeler vardır. Tümü APA'dan akredite ve Psikolojik Klinik Bilimler Akademisinden 13 klinik phD programının hızlı bir gözden geçirilmesi, GRE puanlarının çok rekabetçi olduğunu, ortalama Sözel puanın 625 ve Ortalama Sayısal puanın 670, birleşik ortalama puanın da 1295 olduğunu göstermiştir. Bu grupta GPA da yüksektir ve ortalama lisans GPA değeri 4 üzerinden 3.72`dir. Daha klinik yönelimli prıogramları isteyen öğrenciler için, meslek okullarına başarılı başvuruların ortalama GRE puanlarını tahmin etmek zordur. Norcross ve arkadaşlarının (2004) klinik psikolojide APA'dan akredite PsyD programlarının son kabul ettikleri öğrencilerin verileri üzerinde yaptıkları çalışmada 41 programdan sadece 12'sinin GRE bilgisini, 13'ünün de GPA bilgisini sağladığı görülmüştür. Böylece, PsyD programlarına girmede başarılı olan öğrencilerin ortalama GRE puanlarını tahmin etmek zordur. PsyD programları için bildirilen en düşük GRE puanı, uygulama ve araştırmaya eşit ağırlık veren programlardakinden ve araştırma yönelimli PhD programlarınınkinden düşüktür (Mayne ve diğ., 2006). Ayrıca, bazı bağımsız, üniversite temelli olmayan PsyD programlarının GRE testini başvuru sürecinin bir parçası olarak gerektirmediğini de bilmeniz gerekir. Üniversitenin farklılıkla ilgili kural ve dü-

zenlemelerine dayalı olarak, GRE'deki ve diğer standardize sayısal testlerdeki puanlara, bu testlerle potansiyelleri tümüyle yakalanamayacak durumdaki etnik azınlık gruplarından gelen kişilerin, uluslararası öğrencilerin, engelli öğrencilerin ve diğer "geleneksel olmayan" ya da dezavantajlı öğrencilerin başvuruları değerlendirilirken bazan çok ağırlık verilmez. Bir başvuru komitesince GRE veya diğer standardize testlere gerek duyulduğunda, bunları herkes sunmalıdır, ama bu puanlara, bazan başvuranın diğer özelliklerine dayalı olarak farklı ağırlıklar verilir.

Not Ortalamam (GPA) Ne Kadar Önemli?

GPA'nız üniversitede gösterdiğiniz çabaların ve potansiyelinizden beklenen ya da onun da ötesinde çalışmaya istekliliğinizin mükemmel bir göstergesi olarak görülür. Böylece, çok parlak bir lisans GPA'sı, GRE'deki parlak düzeyde bir nottan biraz daha az derecede de olsa, çok güzel bir şeydir. Tersine, orta düzey bir GPA ile birlikte alınan parlak bir GRE puanı adayın okula yönelik motivasyonu konusunda ciddi bir endişenin duyulmasına yol açabilir. Hem akademik başarının hem de sıkı çalışma istekliliğinin nesnel ve geçerli ölçülerini sunmaları, GRE ve GPA'nın birlikte neden mükemmel tarama araçları olduklarını gösterir. Başvuru komiteleri bir adayın transkriptini incelerken birkaç noktaya bakarlar. Genel GPA'nız önemli de olsa, komite psikoloji derslerinden aldığınız notların genel ortalamasına bakar. Ayrıca esas alanınız dışındaki derslerle genel notunuzu yükseltip yükseltmediğinizi, yani sizin ne akadar ciddi bir öğrenci olduğunuzu bilmek isterler. Bununla beraber, komiteler, başlangıçta farklı alan dersleri (örn., tıp hazırlık dersleri) almış ve bunlardan zayıf almış olmanızı affetme eğilimindedir. İkincisi, başvuru komiteleri lisans eğitiminizin başından sonuna doğru GPA'inizin seyrine de bakarlar, özellikle de mezuniyete doğru giderek düşüp düşmediğine... Genellikle bu amaçla son 2 yılınızın GPA'ini sunmak zorundasınızdır. Başvuru komiteleri son yıllarınızdakinden ziyade ilk yıllarınızdaki zayıf notlarınızı affetme eğilimindedir. Komite ayrıca zorunlu ama "daha az popüler" olan istatistik ve deneysel yöntemler gibi derslerinize özel dikkat sarfeder.

Lisansüstü Okul Başvurusu İçin Referans Mektuplarına İhtiyacım Olacak mı? Olacaksa Kaç Tane ve Kimden?

Klinik psikolojide birçok lisansüstü program için üç referans mektubuna ihtiyacınız olacaktır. En az iki mektup akademik referanslar, yani, akademik yeteneklerinizi bilen psikoloji hocalarınızdan olmalıdır. İdeal olanı, mektuplardan birinin, sizi araştırmayla ilgili faaliyetlerinizde süpervize etmiş bir akademisyenden olmalıdır.

Diğer disiplinlerden hocalarınız sizin akademik başarınız ve lisansüstü çalışma için potansiyeliniz hakkında ek bir resim sağlayabilecekse, onlardan da referans mektubu isteyebilirsiniz.

Sizi klinikle ilgili bir deneyiminizde ya da bağlantılı bir işte süpervize etmiş birinden getireceğiniz referans mektubuna başvuru komiteleri genellikle çok fazla ağırlık vermezler. Benzer şekilde, senatörler, valiler ve dini liderler gibi "önemli şahsiyetlerden" getireceğiniz referans / tavsiye mektupları da başvurunuza yardımcı olmaz.

Genellikle, bunlar "yazmak istedim.." den ve "bu öğrenciyi tümüyle dikkate alın..." dan fazla bir şey söylemez. Bu tür mektuplar bunu "kendi başınıza başaramayacağınızı hissettiğiniz" izlenimi yaratır. Yazarı, adayın bir lisansüstü öğrenci, araştırmacı ya da klinisyen olarak potansiyelini yargılayacak bir pozisyonda olmadığı sürece, bu tür "prestij" mektupları sunulmamalıdır. Benzer şekilde, bir klinik psikoloğu sosyal olarak tanıyor ama herhangi bir formel mekanizma aracılığı ile tanımıyorsanız (örn., bir arkadaşınızın ya da aile üyenizin psikoloğu), o zaman size bir referans mektubu yazmasını istememelisiniz. Psikologlar Lisansüstü okulda neyin geçerli olacağını bilseler de, sizinle ya da ailenizle var olan sosyal ilişkilerinden dolayı yargıları nesnel olarak kabul edilmez. Birçok referans mektubu mektup yazarın adayı nerden tanıdığına dair bir cümle içerir ve başvuru komiteleri "adayı yaşamı boyunca tanırım veya adayı sıkılgan bir anaokulu öğrencisi olduğundan üniversiteyi bitirdiği yıllara kadar gözlemledim" türünden ifadeler içeren referans mektuplarına sıcak bakmazlar.

Referans Mektubu İsteme Hakkında Neler Bilmeliyim?

Bir hocanıza ya da akademisyene sizin için bir referans mektubu yazma konusunda istekli olup olmayacağını sormak için yaklaştığınızda, hocanız muhtemelen sizinle ilgili hatırladıklarını güncellemek için, araştırma projesinde hangi rolde olduğunuzu, dersinden aldınız notun kaç olduğunu, kazandığınız onur derecelerini ve diğer ayrıntıları bilmek isteyecektir. Faaliyetleriniz, başarılarınız, iş yaşantılarınız hakkındaki bilgiler bir şekilde sınıf temasınızı ve bununla bağlantılı olarak da bir referans mektubunun güvenini ve tonunu artırır.

Aşağıda, sizin için referans mektubu yazacak bir akademisyene sağlamanız gereken bilgiler maddeler halinde verilmiştir (Morgan ve Korschgen, 2006, s. 106):

1. Tam adınız.
2. Ana programınız, yan dalınız, program ve uzmanlaşma bilgileriniz.
3. Ana dal derslerinizin, ikinci yıldan sonra alınan derslerinizin ve tüm lisans öğrenimi boyuncaki notlarınızın ortalamaları.
4. Lisans derslerinizi ve aldığınız notları gösterir bir transkript.
5. Girdiğiniz psikoloji laboratuvar derslerinin bir listesi.
6. Güncel bir cv.

7. Katkı derecenizi tam olarak yansıtacak şekilde araştırma deneyimlerinizin ayrıntılı tanımlaması (yazdığınız ya da katıldığınız herhangi bir araştırma makalesinin kopyası da dahil).
8. Ait olduğunuz organizasyonlar, klüpler ve dernek onur üyeliklerinin bir listesi (alınan sorumluluklar da ifade edilmelidir).
9. Yaptığınız işlerin ve gönüllü çalışmaların kısa bir tanıtımı. Bazı öğrenciler eğitim masraflarını karşılamak için tam zamanlı öğrenci olmalarına rağmen ağır iş yükü de taşırlar, bu bilgi de dahil edilmelidir.
10. Kişisel ve mesleki planlarınızın ve hedeflerinizin anahatları.
11. Referans mektubunuzu yazacak kişiye yardımcı olabilecek diğer bilgiler.

İlk başvurunuz için son tarihten en az 1 ay önce mektubu istediğinizden ve tüm bu bilgileri sağladığınızdan emin olun. Akademisyenlerin genellikle birçok öğrenci için referans mektubu yazdıklarını hatırlayın ve sizinkini yazması için de kendilerine bolca zaman bırakın. Hata olasılığını azaltmak ve süreci hızlandırmak için, hocanızın referans mektubunda herşeyi bir araya getirmesindeki yükü azaltmak istersiniz. Bu yüzden, (a) referans mektubunun gönderileceği her program için adresi üzerine yazılmış ve pul yapıştırılmış bir zarfı sağlamalısınız, (b) eğer belli formların doldurulmasını içeriyorsa, adınızı ve diğer bilgilerinizi yazıp formu ilgili zarfa iliştirmelisiniz ve (c) referans mektubu gönderilecek olan başvurduğunuz okulların, programların (örn., danışma psikolojisinde master programı, klinik psikolojide PhD programı) ve son başvuru tarihlerinin bir listesini sunmalısınız.

Birçok üniversite, (referans mektuplarını da içeren) tüm materyali bir pakette toplayıp adayın getirdiği başvuru sistemine yönelmektedir. Bu programlar için hocanızdan mektubunu zarfın üzeri size yazılmış ve kapatıldıktan sonra imzalanmış olarak sağlamasını isteyin. Zarfın gönderen kısmına hocanızın adının ve adresinin yazılı olduğundan ve hangi üniversite için yazılmış olduğu bilgisinin bulunduğundan emin olunuz.

Listenizde diğerleri arasında bu tür evrakı kendinizin teslim edeceği programlar varsa, hocanıza hangi okullara mektubu kendisinin göndermesi gerektiği, hangileri için size teslim etmesi gerektiğini açık hale getirin. Bazı üniversiteler tümüyle çevrimiçi bir sisteme geçmektedirler. Bunlarda da aday referans mektubu yazacak hocanın adını ve e-posta adresini programa bildirmekte, program hoca ile e-posta yoluyla temas kurarak referans formunu çevrimiçi ortamda doldurtmaktadır. Bunlar için de hocanıza yukarda belirtilen tüm bilgileri üzeri pullu zarf hariç sağlamalısınız.

Referans Mektubumu Görebilecek miyim?

Federal yasalar gereği, siz görmekten feragat etmedikçe, referans mektupları gizli değildir. Birçok başvuru komitesi, referans mektubu yazanların, öğrenci sonunda bunu görmeyecekse çok daha samimi değerlendirmeler yaptıklarını düşündükleri için, mektupları görme hakkınızdan feragat etmeyi düşünmenizi öneririz. Mektubun neleri içereceğinden endişeniz varsa, potansiyel mektup yazacaklara sizi destekleyecek nitelikte yazıp yazmayacaklarını sorunuz, sadece bir referans mektubu yazıp yazmayacaklarını değil. Birçok hoca sizin için istendik bir mektup yazıp yazamayacağını göstermeye isteklidir.

Niyet Mektubuma Neler Yazmalıyım?

Birçok başvuru genellikle 2-3 sayfalık bir çeşit niyet mektubu (personal statement) yazmanızı gerektirir.

Buna dair güzel tavsiyeler de *Adım Atmak: Psikolojide Lisansüstü Okula Başvuru için Adım Adım Plan (Getting In: A Step-by-Step Plan for Gaining Admission to Graduate School in Psychology)*, 2nd ed.(American Psychological Association, 2007a) ve *Klinik ve Danışmanlık Psikolojisinde Lisansüstü Programlar Rehberi (Insider's Guide to Graduate Programs in Clinical and Counseling Psychology)* 2008/2009 Baskısı (Norcross, Sayette ve Mayne, 2008) kaynaklarında vardır. Genellikle niyet mektubunuz üzerinde bazı küçük değişiklikler yaparak başvurduğunuz tüm programlarda kullanabilirsiniz ama araştırma ve klinik ilginizi vurgulamayı programlara göre değiştirmelisiniz. Programların niyet mektubuna verdikleri ağırlıklar değişir ve niyet mektubuna yazdıklarınız başvurunuza büyük bir yardımda bulunmayabilir ama şansınızı ciddi derecede azaltabilir. Gramatik olarak ya da harf açısından yapacağınız herhangi bir hata sizin yazma becerilerinize, dikkatliliğinize, ayrıntılara verdiğiniz dikkate olumsuz olarak yansıyacaktır. Bu nedenle, niyet mektubunuzu bitirdikten sonra bir başkasına, tercihen de bir akademisyene okutmanız mutlak gerekliliktir. Bu kişi cümlelerinizi ahengi ve yazma tarzı açısından okuyacak, herhangi bir gramatik hatayı ya da harf hatalarını keşfedecektir.

Niyet (kişisel) mektubunuza neleri koymalısınız? Adının aksine çok kişisel olmamalıdır. Bu işi kişiselden çok mesleki olarak görmelisiniz. Bir diğer deyişle, bu bir otobiyografi değildir; hayatınızı şekillendiren çocukluk deneyimlerinizi koymayınız. Sizin veya aile üyelerinizden birinin herhangi bir kişisel sorununu da içermemelidir. Hatta bu sizin klinik psikoloji programına başvurma kararınızı nihayetinde vermenize neden olmuş olsa da... Bunun yerine, niyet mektubu sizin başvuru komitesini programlarına çok iyi uyduğunuz konusunda iknâ etmeniz için bir şanstır.

Komitenin niyet mektubunuzu okuyacağı gerçeği, ilk elemeyi geçtiğiniz

ve akademik geçmişinizin program için uygun olduğu anlamına gelir. Bu yüzden, niyet mektubunuzu yazmada lisansüstü programların başvuranlarda neleri aradığını düşünmeniz ve bu kriterleri nasıl karşıladığınızı tanımlamanız gerekir. Daha önce belirttiğimiz gibi, lisansüstü programlar genellikle entelektüel olarak meraklı, yüksek motivasyonlu, çok çalışkan, psikoloji bilimiyle özellikle de araştırma ile olan ilişkisiyle tanışık öğrenciler ararlar. Bunlar niyet mektubunuzda bir şekilde değinmeniz gereken faktörlerdir. Bottoms ve Nysse (1999) bir niyet mektubunun dört anahtar bileşeni kapsaması gerektiğini belirtmişlerdir: (a) önceki araştırma deneyimi, (b) şimdiki araştırma konusu ilgileri, (c) diğer ilişkin deneyimler ve (d) gelecek kariyer hedefleri.

Şimdiki araştırma konusu ilgileri kısmında, başvurduğunuz programın akademisyenlerinin devam eden araştırmalarıyla sizin ilgilerinizin nasıl kesiştiğine dair bir tartışmayı dahil etmeyi unutmamalısınız. Öğrenciler bir kere kabul edildikten sonra birçok program onları araştırma mentörlüğü (danışmanlığı) için akademisyenlere atarlar, bu yüzden programdaki birkaç akademisyenin ilgileriyle sizinkilerin eşleşmesi kristal gibi açık ve net olmalıdır. Öğrencilerin niyet mektuplarında çalışmak istedikleri program akademisyenlerinin adlarını belirtmeleri oldukça yaygındır ve beklenir. Programdaki akademisyenlerden en fazla üçünün adını ilgilerinizin eşleşmesini gerekçe göstererek vermeniz kabul edilebilir ama programın tüm akademisyenlerinin adlarını listelemek sizi odaklanmamış ve çaresiz gösterebilir. İdeal olarak, öğrencinin araştırmasıyla ilgili olduğu akademisyenle zaten temas kurmuş olması ve başvuru kararları aşamasında yardımcı olabilecek bir diyalog başlatmış olmasıdır.

Diğer ilişkin deneyimler kısmında, daha önce katıldığınız herhangi bir klinik gönüllü ya da program dışı faaliyetle ilgili bir tartışmayı dahil edebilirsiniz. Klinik deneyime sahip olmak başvuru için çok önemli bir ölçüt olmayabilir ama "yardım etme ilişkileri" konusunda bir deneyiminiz bulunduğuna dair deliller olduğunun bilinmesine yardımcı olabilir. Benzer şekilde, Psi Chi üyesi olma gibi program dışı faaliyetlerin uzun bir listesi başvurunuzu çok güçlendirmeyecektir. Bununla birlikte, bu gibi faaliyetlerde lider rolü üstlendiyseniz, ki bunlar ayrıca Fakülte ya da Kampüs Danışmanları ya da topluluk liderlerinden destek mektupları almanızı da sağlar, çok yardımcı olabilecektir. Genelde, klinik faaliyetler ve programdışı faaliyetler, psikolojiye ilginizin, kişilerarası becerilerinizin ve çok çalışma istekliliğinizin göstergesi olabildikleri kadar başvuru sürecinde güçlü ölçütler olarak kabul edilmez.

Kişisel Mülâkat Gerekli mi?

Başvurular komite tarafından gözden geçirildikten sonra güçlü adayların kişisel bir mülâkata davet edilmeleri yaygındır. Programların çok büyük bir çoğunluğu mülâkatı gerektirir ve çoğu da birebir kişisel mülâkattır. Mülâkat davetleri genel-

likle komite başvuranları sayısını ön incelemede iyice azalttıktan sonra yapılır. Mülâkatlar genellikle kampüste yapılır ve bu adaya ve bölüme birbirlerini tartma şansı verir. Eğer bir görüşmeye davet edilirseniz, sizin için ne kadar uymasa veya maliyetli de olsa katılmaya çalışın. Eğer bölümler eşit niteliklerde iki aday arasında seçmek zorunda kalırlarsa ve bunlardan sadece biriyle mülâkat yapabildilerse, bu adayın seçilme avantajı olacaktır. Lisansüstü başvuru komiteleri mülâkat eksikliğini adayın programla gerçekten ilgilenmediğine ilişkin bir olası işaret olarak alır. Herşey eşitken, başvuru komiteleri programla açıkça ilgilenen ve programa devam etmeye hazır bir öğrenciye kabul vermeyi tercih edeceklerdir. Mülâkata gitmek sizin için gerçekten mali yönden ya da fiziken imkânsız ise, programa yönelik motivasyonunuzu başka yollarla (örn., birkaç akademisyenle telefonla mülâkat telep etme, programın halihazırdaki öğrencileriyle diyaloğa girme, komite üyelerine programla çok ilgilendiğinizi e-postalar göndererek belirtme) göstermek isteyebilirsiniz.

Tabi bunu yaparken kendinizi bir "baş belası" haline getirmeyiniz ama programla gerçekten çok ilgilendiğinizi göstermenin bir yolunu bulmada yargılamanızı kullanınız. Telefonla mülâkat gerektiren programlar istisnadır. Bununla beraber, bazı programlar telefon mülâkatını başlangıç taramasının bir parçası olarak kullanırlar ve adayın ilgileri ve uygunluğunu gerçek yüzyüze mülâkata çağırmadan önce görmek isterler. Bunu akılda tutarak, başarılı bir başvuranın kullandığı bir stratejiyi denemek isteyebilirsiniz. Evde telefonun yanına başvurduğunuz tüm programları ve bunlara ilişkin bilgileri içeren (örn., akademisyenlerin adları, güçlü yönleri, araştırma uygulama vurgusu) bir defter koyabilirsiniz ve bir okuldan arandığınızda hemen defterinizi açıp o okula uygun cevapları vermekle kaygınızı azaltabilirsiniz. Bu plan ayrıca belirtmek istediğiniz tüm konuları da ipucu olarak önünüzde bulundurduğundan çok önemli bir şeyi söylemeyi unutmaktan sizi alıkoyar. Bu öğrenci bu stratejiyi başarıyla kullanmıştı. Aynı stratejiyi sizinle e-posta aracılığıyla temas kurulursa da kullanabilirsiniz. Başvuru komiteleri artan bir şekilde başvuruları yalnızca elektronik yoldan ele almaktadır, bu yüzden başvuranlar bu süreçte e-postalarını sıklıkla kontrol etmelidirler. Eğer üniversite temelli olmayan ve provakatif isimli (örn., sexything555) bir e-posta adresiniz varsa, o zaman başvuru süreci başlamadan önce daha formel bir e-posta hesabı açtırmalısınız. Ayrıca, e-posta imzanızın bir parçası olarak otomatik bir şekilde gönderilen resim ya da kotasyon (güzel sözler) varsa bunları da iki kez kontrol etmelisiniz. Çünkü bu sözler ya da resimler sizi profesyonel olarak en iyi şekilde sunmayabilir. E-posta kullanımında sosyal normlar farklılaşmakla birlikte, başvuru sürecinde e-posta mesajlarınız çok formel olmalıdır. Bir programla iletişim kurarken, uygun gramer, işaretleme ve heceleme kullandığınızdan emin olunuz. Hatta sekreter ya da lisansüstü öğrenci asistanla temas ederken bile çok formel olmalısınız, çünkü bu mesajlar genellikle başvuru komitesinin başına da iletilir.

Hepsinin ötesinde, başvurduğunuz üniversite ile her temas noktanız, başvuru komitesinin sizin profesyonelliğiniz hakkında yargılarda bulunabileceği birer unsurdur. Teknoloji konusundayken, bazı başvuru komitelerinin başvuranlar hakkında ek bilgiler sağlayabilmek için Web'de arama yapmaya da başladıklarını bilmelisiniz.

Örneğin, adaylar hakkında herhangi bir bilgiye ulaşmak amaçlı MySpace ve Facebook türü siteleri araştıran bazı programlar vardır. Bu yüzden, internetteki gönderimlerinize bir göz atın ve başvuru komitesinin bunları okuduğunda neler düşüneceğini dikkate alın (Behnke, 2007). Bununla ilişkili olarak, öğrenciler bir lisansüstü programda yeraldıktan sonra, kendilerini web de kişisel sunumlarının mesleki yankıları olacaktır. Örneğin, danışan gören lisansüstü öğrenciler danışanlarının bir web taraması yapma ve terapistleri hakkında muhtemelen kişisel ya da açıkta olmayan bilgilere ulaşma ihtimallerinin sonuçlarını da dikkate alacaklardır. Mesleki konularla ilgili bu noktaları 15. Bölümde tartıştık ama bunlar başvuru ve mülâkat süreçlerinde de geçerlidir. Yüz yüze mülâkatta yer almadıysanız ve programa kabul edilmek için yeterince şansınız olduysa, okulu ziyaret etmek ve bölüm temsilcileri ile ve lisansüstü öğrencilerle konuşmak uygun olacaktır. Başvuru koordinatöründen ya da klinik eğitim direktöründen çok öncesinden e-posta ile randevu alınız ve klinik psikoloji akademisyenleri ve lisansüstü öğrencileriyle tanışmak istediğinizi belirtiniz. Sorularınızı kısaca anahatlar şeklinde hazırlayınız ve temastan önce birkaç alternatif tarihi belirleyiniz.

Genellikle, öğrenciler mülâkat randevularını bir okula başvurmadan ya da kabul edilmeden önceye ayarlar. Bazı bölümler, özellikle PsyD ve master programları bu erken mülâkatlara sıcak bakar. Bununla beraber, diğer bölümler bu isteklere karşılık vermeyi imkânsız kılacak sayıda başvuruya sahiptir. Genellikle, önceden belirtilen yollarla topladığınız bilgiler belli bir programa başvurma kararı verip vermeyeceğiniz için yeterli olacaktır. Eğer ulaştığınız bilgiler belli bir programın tam bir resmini size vermede yeterli derecede bilgilendirici değilse, ek ayrıntılı bilgiler için bölümle temasa geçin. Ancak bunu yapmadan önce, elinizdeki bilgileri dikkatlice okuyun ve bir bölümün basılı ya da çevrimiçi zaten sağladığı bir bilgiyi tekrar sormayın. Bununla birlikte, programa kabul edildikten sonra, kampüs ziyaretleri ve mülâkatlar programları karşılaştırmanızda ve "kabul" ya da "red" kararlarınızı vermede yardımcı olabilir.

Yerinde Mülâkata Nasıl Hazırlanmalıyım?

Bir program tarafından mülâkata çağrıldıysanız, bu sizin son ve görece az sayıdaki (örn., 25- 35) başvuranlar havuzunda yeraldığınız anlamına gelir. Böylece, o programa nihai olarak kabul edilmek için iyi bir şansa sahipsinizdir. Mülâkatınızı hem alacağınız bilgiler hem de vereceğiniz izlenim açısından en iyi düzeye getirmek isteyebilirsiniz. Bunu yapmak hazırlanma ve pratik gerektirir. Mülâkatınızdan önce yapmanız gereken birkaç şey vardır.

1. Program hakkında toplayabildiğinizce fazla bilgi okuyunuz. Programın size gönderdikleri ve web sitesinden ulaştıklarınız herşeyi iyice okuyup programla mümkün olduğu kadar tanışık olunuz. Hemen hemen tüm lisansüstü programların kabul süreçleri için web siteleri vardır, bu yüzden klinik alanla ilgili sayfalardaki herşeyi (ve varsa ek belgeleri) okuduğunuzdan emin olunuz.
2. Çalışmayı en çok istediğiniz akademisyenlerin yazdıkları birkaç makaleyi okuyup tanışık olunuz. Bu makaleleri okudukça ilginizi çeken konularda notlar alınız ve araştırmanın uyandırdığı soruları not ediniz.
3. Kendi araştırma deneyiminiz hakkında ayrıntılı konuşmaya hazırlık yapın. Araştırmanın amacını, yöntemini, temel sonuçlarını ve bu deneyimden öğrendiğiniz dersleri tanımlayabilmelisiniz. Önce araştırma deneyiminizin kısa bir tanımlamasını hazırlayıp bunu sunmanın pratiğini yapmak iyi bir stratejidir. Mülâkatta araştırmanızı kısaca sunup ahenkli, spontan ve bilgilendirici bir şekilde tanımlayabileceğinizi otomatik varsaymayın.
4. Akademisyenlere sormak isteğiniz soruları planlayın. Akademiyenler bazı sorularınızın olduğunu varsayacaktır ve eğer hazırlanmazsanız, mülâkat olumsuz bir notla erken sonlanacaktır. Web sitesinde ya da basılı malzemelerde cevabı bulunan soruları (örn., ilk yıl hangi dersleri alacağım?) sormamaya çalışın. Ek olarak, basit ayrıntı konularının (örn., mali destek) çoğu grup bilgilendirme seanslarında ele alınacaktır. Bunun yerine, akademisyenlerle mülâkatınızda bu programda lisansüstü öğrenci olmanın ne demek olduğu hakkında sizi daha iyi bilgilendirmeye yarayacak temel sorular sormalısınız. Böylece, akademisyenlerin mentörlük (danışmanlık) tarzları, programın güçlü ve zayıf yönleri, lisansüstü öğrenci – akademisyen ilişkileri ve programdan mezunların elde ettikleri intörnlükler ve işlerin türleri gibi konular uygun sorular olacaktır.

Ziyaretiniz süresince, zamanınızın bir kısmını hali hazırda programda lisansüstü öğrenci olanlarla konuşmaya ayırmak isteyeceksiniz. Bazı programlar lisansüstü öğrencilerinin sizin ziyaretiniz sırasında ev sahipliği yapmaları için düzenleme yaparlar. Bu tür bir hizmet sırasında onlarla konuşmak iyi bir stratejidir. Onlarla daha fazla zaman geçirebilmek ve program hakkında sorular sorabilmek mükemmel bir fırsattır. Onlara, akademisyenlere sorduğunuz soruların aynısını sormak isteyebilirsiniz. Özellikle de mentörlük, öğrenci-akademisyen ilişkileri ve programın güçlü ve zayıf yönleri hakkında sorabilirsiniz. Bununla beraber bir uyarı olarak, lisansüstü öğrencilerin tanıştıkları başvuranlarla ilgili hocalarına geri bildirim vermeleri çok muhtemeldir. Bu yüzden, rolünüzü çok fazla bozmayın ve akademisyenlere söylediklerinizle çelişen şeyler söylemeyin. Dahası, eğer lisansüstü öğrenciler sizi mülâkattan sonra kampüs dışına bir sosyalleşme

ortamına götürürlerse, tüketeceğiniz alkol miktarı konusunda çok dikkatli olun. Birçok akademisyen bir başvuranın mülâkat sonrasında lisansüstü öğrencilerle gece eğlenirken söylediği ya da yaptığı şeyler nedeniyle şansını kaybetmesi durumları yaşayabilmiştir.

Mülâkatta, özgüvenli, olgun, motive, düşünceli ve kişilerarası becerileri olan biri olarak görülmek isteyeceksiniz. Klinik programların sizin sadece bir lisansüstü öğrenci olma potansiyelinizi değerlendirmediklerini ama aynı zamanda hocaların sizi klinik ortamlara gönül rahatlığıyla gönderilebilecek biri olup olmadığınız konusunda da değerlendirdiklerini hatırlayınız. Açıktır ki, başvuranlar bu yukarıda sayılan özellikler açısından derece farklılıkları göstereceklerdir. Bununla birlikte, mülâkatta bırakacağınız olumlu etkiyi artırmak için yapabileceğiniz en az iki şey vardır: hazırlanma ve pratik. Hazırlanma açısından, program hakkında öğrendiğiniz önemli şeyler, okuduğunuz makaleler, sormak istediğiniz sorular ve düşünebileceğiniz herşey hakkında notlar alın. Mülâkat süreci stresli olabilecektir ve hafızamız uygun olmayan zamanlarda bizi yanıltabilir. Bu yüzden, örneğin, bir hocanın araştırması ile ilgili tuttuğunuz notları mülâkata girmeden hemen önce gözden geçirmek iyi bir starteji olabilir. Pratik yapmak açısından, ziyarete gitmeden önce birkaç kez rol oynama mülâkatı yapmak iyi bir strateji olabilir. Bu, bir oda arkadaşı ile ya da daha da iyisi lisanstaki hocalarınızdan biriyle yapılabilir. Mülâkatı olabildiğince gerçekçi yapın. Uygun bir şekilde giyinin, kişilerin ellerini sıkın, kendinizi tanıtın ve her açıdan mülâkat sanki gerçekmiş gibi etkileşimde bulunun. Pratik yapma mülâkatınızı videoya kaydetmeyi ayarlayabilirseniz, çok daha iyi olur. Sonradan videoyu izleyin ve mülâkatınızı yapan kişiden geri bildirim alın. Ardından yeni bir pratik daha yapın ve bunda sorunlu alanları düzeltmeye çalışın. Son seçme sürecinde mülâkatın önemi ortada olduğuna göre, kendinizi olası en iyi durumda sunmayı garantileyebilmek için yapabileceğiniz herşeyi yapmak isteyeceksiniz.

Lisansüstü Çalışma İçin Ne Tür Mali Yardımlar Vardır?

Klinik psikolojide birçok PhD programı kabul ettikleri öğrencilerine bir çeşit mali yardım sunmaktadır. PsyD ve master düzeyi programlar bunu çok daha az yaparlar. Mali yardımlar birkaç şekilde gelir: borç, bursiyerlik (fellowships), harç muafiyeti ve çalışma programları. Lisansüstü öğrenciler için ana mali yardım kaynağı dahil oldukları üniversitelerdir. Yardımlar (çoğu hükümetçe desteklenen) garantili borç programları ve özgül başvuru kriterleri olan ve rekabetçi ulusal ödüller şeklinde de olabilir. Bu ödüller öğrencilere kendi seçtikleri okulda kullanılmak üzere doğrudan verilir. Bulunan ödül ve borçlar düzenli olarak değişir, bu yüzden üniversitenizin mali yardımlar bürosunu ya da başvurduğunuz kurumların ilgili bürolarını güncel bilgi için kontrol etmelisiniz.

Mali desteğiniz en yüksek ihtimalle kabul edildiğiniz program aracılığıyla

gelecek olduğundan, başvuru malzemelerinizle alacağınız bilgi çok önemlidir, bunları dikkatlice okuyunuz!

Borç programları birçok kampüste öğrencilere kendi geleceklerine yatırım yapmanın bir yolu olarak mevcuttur. Bu borçlar genellikle düşük faizlidir ve geri ödemeleri öğrenci mezun olduktan hemen sonra başlar.

Burslar ve ücretli geçici akademik pozisyonlar (scholarships) birçok kampüste üstün akademik ve araştırma potansiyeli bulunan öğrencilere cesaretlendirmek üzere karşılıksız para /hibe (grants) olarak verilir. Bunların sayısı azdır ve bunlar için rekabet vahşicedir.

Asistanlıklar iki türde olabilir: araştırma asistanlığı ve öğretim asistanlığı. Adlarının da imâ ettiği gibi, her ikisi de bir işte çalışmayı içerir ve lisansüstü öğrencinin hocalara araştırma projelerinde ya da öğretim sorumluluklarında (örn., tartışma liderliği yapmak, laboratuvar öğretim görevliliği, ödev okuyup değerlendirme) yardım etmelerini gerektirir. Asistanlıkllar genellikle haftada 10 -20 saat çalışmayı gerektirir. Bazı lisansüstü programlar federal hükümetten öğrencilerine klinik psikolojide eğitim görme bursu (*traineeships)* sağlamak üzere hibe alırlar. Sonuçda, bazı kurumlarda sınırlı sayıda öğrenci için eğitim hibe fonları varolabilir. Burslar gibi, bunlar da genellikle karşılıksız hediyelerdir ama tam bir akademik yükü taşımanızı gerektirirler. Ayrıca, sayıca azdırlar ve bunlar için yakın bir rekabet vardır.

Son olarak, birçok programlar bir tür harç muafiyeti sunarlar. Tam muafiyet sunabilirler ki bu öğrencinin hiç harç (tuition) ödemeyeceği anlamına gelir, bazıları da kısmi (örn., %50) muafiyet sağlar. Alternatif olarak, program eyalet dışı muafiyet sağlayabilir ve öğrenci eyalet dışından gelmiş olsa da eyalet içi harcı öder.

Bu yardım çeşitlerinin hepsi de tüm okullarda yoktur. Düşündüğünüz her okul için potansiyel olarak hangi yardımların bulunduğuna dair elde ettiğiniz mali yardımlar bilgisini dikkatlice okuyunuz. Dahası, harç maliyeti okullar arasında dramatik olarak değişir. Eğer program öğrencilerine harç muafiyeti garantisi vermiyorsa, o zaman başvuracağınız okullara karar verirken denkleme üniversitenin harç maliyetini de bir faktör olarak koymalısınız.

Bölümlerde Başvurabileceğimden Farklı Asistanlıklar Var mıdır?

Kampüste çeşitli asistanlık türleri olabilir. Çok az bir mali yardım sunan ya da hiç sunmayan bir klinik psikoloji programına kabul edildiyseniz, psikoloji dışındaki bölümlerde asistanlık bulunup bulunmadığını kontrol etmek için zaman ayırmaya değer. Örneğin, kampüs rezidans salonları idaresi lisansüstü öğrencileri salon danışma görevlisi olarak hizmet vermek üzere kiralayabilir. Da-

hası, bölümler çok sayıda lisans dersi veriyorlardır ve programlarında öğretim asistanlığını dolduracak kadar lisansüstü öğrencileri olmayabilir ve bu yüzden ilişkili alanlardan asistan "ithâl etmek" isteyebilirler. Beceri ve deneyimlerinizi belirleyin ve bunlara uyan işleri araştırın.

DİĞER ÖNEMLİ SORULAR

Başvurum Sırasında İhtiyaç Duyacağım Son Dakika Şeyleri Var mıdır?

Başvurularınızı gönderdikten sonra, başvurunuzun tamam olduğunu garantilemek için başvurduğunuz bölümleri tek tek kontrol edin. Her yıl bazı başvurular, öğrenciler başvurularının eksik olduğunun farkında olmadıkları için dikkate alınmamaktadır. Bazı bölümler GRE puanları ve referans mektupları gelmediği takdirde adayı bilgilendirmektedir ama bir çoğu bunu yapmamaktadır. Bu sorunu ortadan kaldırmak için, başvurduğunuz bölüme başvurunuzun tam olduğunu doğrulamada kullanmak üzere üstünde adresiniz yazılı ve pul yapıştırılmış boş bir zarf ya da posta kartı gönderdiğinizden emin olun ya da eğer okul imkân veriyorsa başvuru statünüzü çevrimiçi kontrol edin.

Bir Programa Kabul Edildiğimde, Bunu Kabul ya da Redetmek İçin Ne Kadar Zamanım Olacak?

Birçok kabul durumunda öğrenciye bunu kabul ya da reddetmesi için bir son tarih sunulur. Doktora programları için, kabuller ve mali yardım sonuçları 1 Nisan tarihi itibarıyla sunulur ve öğrencilerden en geç 15 Nisan tarihine kadar kararlarını bildirmeleri istenir. Gerçekçi olarak, rekabetçi programlardan kabuller 1 Nisan'dan oldukça önce, çoğunda da Şubat gibi gönderilir. Öğrencinin bir kabulü elde tutma süresi anlamında 15 Nisan son tarihi, öğrenciyi, tüm alternatiflerine ilişkin tüm bilgilere sahip olarak karar vermesi üzerindeki baskıdan korumak amacıyla APA'nın Lisansüstü Psikoloji Bölümleri Konseyi tarafından konmuştur. Böylece, lisansüstü programların 15 Nisan'dan önce bir karar vermeleri yönünde baskı yapmayacakları varsayılır (American Psychological Association, 2008). Bir kez son kararınızı verdikten sonra, başvurduğunuz ve aktif bir şekilde değerlendirilmeye devam edildiğiniz ve sizden karar bekleyen tüm programlara bu bilgiyi iletmelisiniz.



Lisansüstü okul hoş ve ödüllendirici olabilir.

15 Nisan tarihinden sonraki kabul kararınız geçersizdir. Kararı bu tarihten önce vermiş de olsanız resmen iletmediyseniz, mesleki haklar düzenlemesi (professional courtesy) bunun geçersiz olacağını önermektedir.

İdeal olarak, başvuranlar mülâkatlarını tamamladıktan sonra programlarını sıralayacaklardır, bu yüzden kabul almadan önce programlara hızlı bir geri bildirim sağlayabilirler. Örneğin, en çok istedikleri programlardan erken bir kabul alma şansı olan öğrenciler bu başvuruyu hızla kabul edip, diğer başvurularını geri çekebilirler. Benzer şekilde, eğer başvuranlar üçüncü seçeneklerinden bir kabul aldılarsa dördüncü ve daha sonraki programlardan başvurularını geri çekebilirler ama birinci ve ikinci seçeneklerinin sonucunu beklerken kabul aldıkları üçüncü seçeneklerine ilişkin son kararlarını bekletebilirler. Hepsinin ötesinde, bir kabulü kabul etmeme kararı verdiyseniz, mesleki haklar düzenlemesi, bölümü mümkün olduğu kadar erken bilgilendirmeniz gerektiğini dikte etmektedir. Bu düzenlemenin koyduğu şart bölüm tarafından memnuniyetle karşılanır ve bir diğer öğrenciye imkân sağlanır. Eğer 1 Nisan tarihi itibarıyle bir kabul almamışsanız, bir başvuranın kabulünü hızla geri çevirmesini sizin için bir kontenjan açılabileceğinden dolayı memnuniyetle karşılayacak biri siz olacaksınız.

Kabul Kazanmada Başarılı Olacak mıyım?

Açıktır ki, bu soruya biz kesinlikle cevap veremeyiz ama burada sunduğumuz bilgiler ve önerilerin sizin için yardımcı olacağını umuyoruz. Kendi akademik

geçmişinizin dikkatli bir değerlendirmesi ve klinik psikolojide lisansüstü eğitime başvurma deneyimi yaşamış öğrencilerin tavsiyeleri uygun programlara başvurmanıza yardımcı olacak ve kabul alma şansınız en yüksek düzeye çıkaracaktır. Başarılar diliyoruz!

BÖLÜM ÖZETİ

Bu bölüm yardım etme mesleklerinde farklı kariyer seçenekleri için bilgi sağlamaktadır ve klinik psikolojide lisansüstü eğitim programlarına başvuru işlemlerini ve gerekliliklerini gözden geçirmiştir. Bir terapist olarak kariyer yapmanın bazı yolları vardır. Bunlar, klinik psikolojide bir master, PhD ya da PsyD derecelerini; danışmanlık psikolojisinde bir master ya da PhD derecesini; okul psikolojisinde eğitim uzmanı (EDS), EdD ya da PhD derecesini; sosyal çalışmada master derecesini; rehabilitasyon danışmanlığında bir master derecesini, psikiyatri ya da davranışsal pediyatride medikal bir dereceyi; psikiyatri hemşireliğinde bir hemşirelik derecesini kazanmayı içerir.

Öğrenciler, hangi kariyer yolunu izleyeceklerine bağlı olarak kariyerlerine hazırlanmak için, dersler alabilirler, araştırma deneyimleri edinebilirler, klinik deneyimler geçirebilirler ve program dışı faaliyetlerde bulunabilirler. Bu kariyerler için ücretler değişir ve doktora düzeyi eğitim gerektiren işler master gerektirenlerden daha yüksek gelir getirir.

Öğrencilerin klinik psikolojide düşünebilecekleri farklı eğitim seçenekleri vardır. Bunlar, master derecesi, PhD ya da PsyD derecesi almak şeklindedir. Eğer bir doktora programı istiyorlarsa, öğrenciler sadece APA'dan onaylı programları seçmelidir çünkü akredite olmamış program mezunlarının çalışma ehliyeti almada (lisanslanma) potansiyel kısıtlılıklar vardır. Ek olarak, yüksek düzeyde klinik bilimci programlarla ilgilenen öğrencilerin Psikolojik Klinik Bilimler Akademisi (APCS) üyesi programları tercih etmeleri gerekir.

Lisansüstü eğitime girme gerçeği zordur ama lisansüstü programlara başvuru için hazırlanma sürecinde eğitilmiş öğrenciler eğitilmemişlerden daha iyi durumda olacaklardır. Doktora programlarına devam eden kişilerin önemli mali ve kişisel adamalarda bulunmaları gerekir, bu yüzden öğrencilerin kendi amaçlarını ve motivasyonlarını değerlendirmeleri gerekir.

Eğer motivasyon ve enerjiniz güçlüyse, o zaman başvuru sürecinin bileşenleri ve sürecin kendisi daha yönetilebilir olur. Başvurunun temel bileşenleri GRE ve GPA puanları, referans mektupları ve niyet mektubudur. Başvuru süreci karmaşıktır ama çok miktarda bilgi ile iz sürebilen öğrenciler için göreli olarak koşulları bellidir. Genelde, bu süreçte dikkatli ve titiz olmak teşvik edilmiştir. İyi şanslar!!

ÇALIŞMA SORULARI

1. Bir terapist olmaya yol açacak çeşitli derece ve kariyer seçeneklerini listeleyiniz.
2. Araştırma deneyiminiz ve klinik deneyiminiz (kariyer hedefleriniz ve lisansüstü okul başvurularınız açısından) meslek yaşamınızı nasıl etkileyebilir?
3. Klinik psikolojide bir master'a karşılık PhD kazanmanın artıları ve eksileri nelerdir?
4. Klinik psikolojide bir PhD'ye karşılık PsyD kazanmanın artıları ve eksileri nelerdir?
5. APA akreditasyon sürecini tanımlayınız.
6. Psikolojik Klinik Bilimler Akademisi üyesi programların temel vurgusu nedir?
7. Lisansüstü okulda varolan kişisel maliyetlerin bazılarını tanımlayınız.
8. Lisansüstü okulun parasal maliyetleri açısından, PhD ve PsyD programları arasındaki farkları tanımlayınız. Bu farklılıkların nedenleri nelerdir?
9. GRE Genel Testinin içeriğini tanımlayınız ve testin halen nasıl yapıldığını tartışınız.
10. GRE Konu / Alan Testinin içeriğini tanımlayınız ve testin halen nasıl yapıldığını tartışınız.
11. Lisansüstü programlara başvuruda istenebilecek GPA hesaplamalarının farklı türleri nelerdir?
12. Referans mektupları isteme süreci nedir?
13. Niyet mektubunuza neler dahil edilmelidir?
14. Lisansüstü programlar ve başvuru süreci hakkında bilgi toplamanın yolları nelerdir?
15. Kaç başvuru yapmanız gerektiği konusunda tavsiyemiz neydi?

WEB SİTELERİ

- APA Akreditasyon Komitesi (akretide programlar listesi ile): http://www.apa.org/ed/accreditation/
- Psikolojik Klinik Bilimler Akademisi (Akademi üyesi programlar listesi ile): http://www.psych.arizona.edu/apcs
- APA Lisansüstü Okula Giriş Rehberi: http://www.apa.org/ed/getin.html
- Eğitim Test Servisinden GRE alma: http://www.gre.org
- APA Psikolojide Kariyerler Sitesi: http://www.apa.org/students/student1.html

KAYNAKÇA

Abdel, K. A. M. (1994). Normative results on the Arabic Fear Survey Schedule III. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychi- atry, 25,* 61–67.

Ables, B. S., & Brandsma, J. M. (1977). *Therapy for couples.* San Francisco: Jossey-Bass.

Abood, L. G. (1960). A chemical approach to the problem of mental illness. In D. D. Jackson (Ed.), *The etiology of schizophrenia* (pp. 91–119). New York: Basic Books.

Abramowitz, J. S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analy- sis. *Behavior Therapy, 27,* 583–600.

Abramson, L.Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Cri- tique and reformulation. *Journal of Abnor- mal Psychology, 87,* 49–74.

Abt, L. E. (1992). Clinical psychology and the emergence of psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 23,* 176–178.

Accredited. (2006). Accredited doctoral pro- grams in professional psychology. *American Psychologist, 61,* 991–1005.

Achenbach, T. M. (1978). The Child Behavior Pro- file I: Boys aged 6–11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46,* 478–488.

Achenbach, T. M. (1982). *Developmental psy- chopathology* (2nd ed.). New York: Wiley.

Achenbach, T. M. (1994). Child Behavior Check- list and related instruments. In M. E. Maruish

(Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assess- ment.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Rescorla, L. A. (2003). DSM-oriented and empirically based approaches to constructing scales from the same item pools. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32,* 328–340.

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin, 85,* 1275–1301.

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1979). The Child Behavior Profile II: Boys aged 12–16 and girls aged 6–11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47,* 223–233.

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four to sixteen. Monographs of the Society for Research in Child Develop- ment, 46 (Serial No. 188).

Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell,

C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross- informant correlations for situational speci- ficity. *Psychological Bulletin, 101,* 213–232.

Achenbach,T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) school-age forms and profiles.* Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children,Youth, and Families.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2006). Devel- opmental issues in assessment, taxonomy, and diagnosis of psychopathology: Life span and multicultural perspectives. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psy- chopathology, Vol. 1:Theory and method* (2nd ed., pp. 139–180). Hoboken, NJ: Wiley.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2007). *Multicultural understanding of child and adolescent psychopathology: Implications for mental health assessment.* New York: Guilford.

Ackerman, M. J., & Ackerman, M. (1997). Custody evaluation practices: A survey of experienced professionals (revisited). *Professional Psychol- ogy: Research and*

Practice, 28, 137–145.

Ackerman, N.,& Sobel, R. (1950). Family diagnosis: An approach to the preschool child. *American Journal of Orthopsychiatry, 20,* 744–753.

Ackerman, N. W. (1958). *The psychodynamics of family life*. New York: Basic Books.

Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and tech- niques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23,* 1–33.

Adair, J. C.,Schwartz, R., L., & Barrett, A. M. (2003). Anosognosia. In K. M. Heilman & E. Valenstein (Eds.), *Clinical neuropsychology* (4th ed.). New York: Oxford.

Adam, E. K. (2004). Beyond quality: Parental and residential stability and children's adjustment. *Current Directions in Psychological Science, 13,* 210–213.

Addis, M. E., & Krasnow, A. D. (2000). A national survey of practicing psychologists' atiitudes toward psychotherapy treatment manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychol- ogy, 68,* 331–339.

Adler, A. (1933). *Social interest: A challenge to mankind*. Vienna, Leipzig: Rolf Passer.

Adler, N. E., & Matthews, K. (1994). Health psy- chology: Why do some people get sick and some stay well. *Annual Review of Psychol- ogy, 45,* 229–259.

Ægisdóttir, S., White, M. J., Spengler, P. M., Maugr- man, A. S., Anderson, L., Cook, R. S., et al. (2006). The meta-analysis of clinical judgment project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *Coun- seling Psychologist, 34,* 341–382.

Ahn, H., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specifi ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psy- chotherapy. *Journal of Counseling Psychol- ogy, 48,* 251–257.

Ai, A. L., Peterson, C., Tice, T. N., Huang, B., Rodgers, W., & Bolling, S. F. (2007). The influ- ence of prayer coping on mental health among cardiac surgery patients: The role of optimism and acute distress. *Journal of Health Psychology, 12,* 580–596.

Aklin, W. M., & Turner,S. M. (2006).Toward under- standing ethnic and cultural factors in the interviewing process. *Psychotherapy: Theory, Research Practice, Training, 43,* 50–64.

Albee, G. W. (1959). *Mental health manpower trends*. New York: Basic Books.

Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (1974). *Your per- fect right: A guide to assertive behavior*. San Luis Obispo, CA: Impact.

Alexander, F. M., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York: Ronald Press.

Ali,S., Rasheed, Liu, W. M., & Humedian, M. (2004). Islam 101: Understanding the religion and therapy implications. *Professional Psychol- ogy: Research and Practice, 35,* 635–642.

Allen, D. M. (2006). Use of between-session home- work in systems-oriented individual psy- chotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 16,* 238–253.

Allen, G. J. (1971). The effectiveness of study counseling and desensitization in alleviating test anxiety in college students. *Journal of Abnormal Psychology, 77,* 282–289.

Alliger, G. M., Lilienfeld, S. O., & Mitchell, K. E. (1996). The susceptibility of overt and covert integrity tests to coaching and faking. *Psychological Science, 7,* 32–39.

Allport, G. W., Vernon, C. E., & Lindzey, G. (1970). *Study of values* (revised manual). Boston: Houghton-Miffl

Alper, B. S., Hand, J. A., Elliott, S. G., Kinkade, S., Hauan, M. J., Onion, D. K., et al. (2004). How much effort is needed to keep up with the literature relevant for primary care? *Journal of the Medical Library Association, 92,* 429–437.

American Association of Marriage and Family Therapy. (2001). *Who are marriage and fam- ily therapists?* Retrieved September 7, 2001, from http://www.aamft.org /faqs/whoare.htm.

American Psychiatric Association. (1952). *Diag- nostic and statistical manual of mental dis- orders*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1968). *Diag- nostic and statistical manual of mental dis- orders* (2nd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1980). *Diag- nostic and statistical manual of mental dis- orders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1983). *State- ment on prediction of dangerousness*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1987). *Diag- nostic and statistical manual of mental disor- ders* (3rd ed., revised.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1994). *Diag- nostic and statistical manual of mental dis- orders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1998). *DSM-IV sourcebook* (Vol. 4). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2000). *Diag- nostic and statistical manual of mental dis- orders (4th ed.): Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1985). *Standards for educational and psychologi- cal tests*. Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1986). *Guidelines for computer-based tests and interpretations*. Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1987). *General guidelines for providers of psycho- logical services*. Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1994a). Guidelines for child custody evaluations in divorce proceedings. *American Psychologist, 49,* 677–680.

American Psychological Association. (1994b). *Publication*

manual of the American Psy- chological Association (4th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1996). *Guidelines and principles for accreditation of programs in professional psychology/Accred- itation operating procedures*. Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (1998). *Guidelines for psychological evaluations in child protection matters*. Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (2000a). *Guidelines for psychotherapy with lesbian, gay, & bisexual clients*. Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (2000b). *Current major fi of APA members by mem- bership status* (Table 3). Retrieved December 13, 2001, from http://research. apa.org /member.

American Psychological Association. (2000c). *Criteria for evaluating treatment guidelines*. Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (2001a). *Publication manual of the American Psy- chological Association* (5th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (2001b). Guidelines on test user qualifi *American Psychologist, 56,* 1099–1113.

American Psychological Association. (2002a). Cri- teria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist, 57,* 1052–1059.

American Psychological Association. (2002b). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. *American Psychologist, 58,* 377–402.

American Psychological Association. (2004). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist, 59,* 236–260.

American Psychological Association Archives. (2006).Yearly membership, American Psycho- logical Association. Retrieved June 14, 2006, from http://www.apa.org / archives/yearly- membership.html.

American Psychological Association. (2007a). *Getting in: A step-by-step plan for gaining admission to graduate school in psychology* (2nd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (2007b). *Guidelines and principles for accreditation of programs in professional psychology*. Washington, DC: Author.

American Psychological Association. (2007c). Report of the ethics committee, 2006. *American Psychologist, 62,* 504–511.

American Psychological Association. (2008). *Graduate study in psychology: 2008 edition*. Washington, DC: Author.

American Psychological Association Committee on Professional Practice and Standards. (2003). Legal issues in the professional prac- tice of psychology. *Professional Psychology: Research and Practice, 34,* 595–600.

American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychol- ogy. *American Psychologist, 61,* 271–285.

American Psychological Association Public Inter- est Directorate. (2001). *Guidelines for psy- chotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients*. Retrieved December 13, 2001, from http://www.apa.org/pi/lgbc/guideline. html.

Amundson, M. E., Hart, C. A., & Holmes, T. H. (1986). *Manual for the schedule of recent experience*. Seattle: University of Washington Press.

Anastasi, A. (1988). *Psychological testing* (6th ed.). New York: Macmillan.

Anastasi, A. (1992). What counselors should know about the use and interpretation of psy- chological tests. *Journal of Counseling and Development, 70,* 610–615.

Anastasi, A., & Urbina, S. (1997). *Psychological testing* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pren- tice Hall.

Andersen, B. L. (1992). Psychological interven- tions for cancer patients to enhance the quality of life. *Journal of Consulting & Clinical Psy- chology, 60,* 552–568.

Andersen, B. L., Farrar, W. B., Golden-Kreutz, D. M., Glaser, R., Emery, C. F., Crespin, T. R., et al. (2004). Psychological, behavioral, and immune changes after a psychological inter- vention: A clinical trial. *Journal of Clinical Oncology, 22,* 3570–3580.

Anderson, C. M., & Kim, C. (2005). Evaluating treatment efficacy with single-case designs. In M. C. Roberts & S.S. Ilardi (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 73–91). Malden, MA: Blackwell Publishing.

Anderson, J. R., & Barret, B. (2001). *Ethics in HIV- related psychotherapy: Clinical decision making in complex cases*. Washington, DC: American Psychological Association.

Anderson, N. B. (1989). Racial differences in stress-reduced cardiovascular reactivity and hypertension: Current status and substantive issues. *Psychological Bulletin, 105,* 89–105.

Andersson, S., Gundersen, P. M., & Finset, A. (1999). Emotional activation during therapeu- tic interaction in traumatic brain injury: Effect of apathy, self-awareness and implications for rehabilitation. *Brain Injury, 13*(6), 393–404.

Andreasen, N., Nasrullah, H., Dunn, V., Olson, S., Grove, W., Erhardt, J., et al. (1986). Structural abnormalities in the frontal system in schizo- phrenia. *Archives of General Psychiatry, 43,* 136–144.

Andrews, G.,& Harvey, R. (1981). Does psychother- apy benefit the neurotic patient: A reanalysis of Smith,

Glass, & Miller data. *Archives of Gen- eral Psychiatry, 38,* 1203–1208.

Andrews, J. D. W. (1989). Integrating visions of reality: Interpersonal diagnosis and the exis- tential vision. *American Psychologist, 44,* 803–817.

Anson, D. A., Golding, S. L., & Gully, K. J. (1993). Child sexual abuse allegations: Reliability of criteria-based content analysis. *Law and Human Behavior, 17,* 331–341.

Antoni, M. H., Carrico, A. W., Duran, R. E., Spitzer, S., Penedo, F., Ironson, G., et al. (2006). Ran- domized clinical trial of cognitive behavioral stress management on human immunodefi- ciency virus load in gay men treated with highly active antiretroviral therapy. *Psycho- somatic Medicine, 68,* 143–151.

Antonova, E., Sharma, T., Morris, R., & Kumari, V. (2004). The relationship between brain struc- ture and neurocognition in schizophrenia: A selective review. *Schizophrenia Research, 70* (2–3), 117–145.

Antony, M. M., & Roemer, E. (2003). Behavior therapy. In A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies* (2nd ed., pp.182–223).NewYork:Guilford.

Antonuccio, D. O., Danton, W. G., & McClanahan, T. M. (2003). Psychology in the prescription era: Building a firewall between marketing and science. *American Psychologist, 58,* 1028–1043.

APApractice.org. (2008). Missouri gets a jump on prescriptive authority legislation. Retrieved February 22, 2008, from http://www.apa- practice.org /apo/insider/newsfeed/practice_ update_e-newsletter/january_16 2008. html#.

Apodaca,T. R., & Miller, W. R. (2003). A meta-analy- sis of the effectiveness of bibliotherapy for alcohol problems. *Journal of Clinical Psy- chology, 59,* 289–304.

Appelbaum, P. S., & Grisso, T. (1995). The MacArthur Treatment Competence Study. I: Mental illness and competence to consent to treatment. *Law and Human Behavior, 19,* 105–126.

Apple, R. F., & Agras, W. S. (2007). *Overcoming eating disorders: A cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa and binge- eating workbook.* New York: Oxford Univer- sity Press.

Appleby, D. C., & Appleby, K. M. (2006). Kisses of death in the graduate school application pro- cess. *Teaching of Psychology, 33,* 19–24.

Archer, R. P., Maruish, M., Imhof, E. A., & Piotrowski, C. (1991). Psychological test usage with adolescent clients: 1990 survey findings. *Professional Psychology: Research and Prac- tice, 22,* 247–252.

Arkes, H. A. (1981). Impediments to accurate clin- ical judgment and possible ways to minimize their impact. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49,* 323–330.

Arnold, C. (1998). Children and families: A snap- shot. Retrieved December 12, 2001, from http://www.clasp. org /pubs/familyformation/ stepfamiliesfinal.BK!.htm.

Association News, No author indicated (2006). Submit comments on record-keeping guide- lines. *Monitor on Psychology, 37,* 92.

Atanackovic, D., Schnee, B., Schuch, G., Faltz, C., Schulze, J., et al. (2006). Acute psychological stress alters the adaptive immune response: Stress-induced mobilization of effector T cells. *Journal of Neuroimmunology,176,*141–52.

Atkinson, D. R., Brown, M. T., Parham, T. A., Matthews, L. G., Landrum-Brown, J., & Kim, A. U. (1996). African American client skin tone and clinical judgments of African American and European American psychologists. *Professional Psychology: Research and Prac- tice, 27,* 500–505.

Auerbach, L. (2006). Complementary and alterna- tive medicine in the treatment of prostate cancer. *Journal of Men's Health and Gender, 3,* 397–403.

Auld, F., Jr., & Murray, E. J. (1955). Content-analysis studies of psychotherapy. *Psychological Bul- letin, 52,* 377–395.

Axline, V. M. (1976). Play therapy procedures and results. In C. Schaefer (Ed.), *The therapeutic use of child's play.* New York: Jason Aronson.

Azar, B. (1996). Behavioral interventions are proven to reduce pain. *APA Monitor* (Decem- ber), 22.

Azar, S. T., & Benjet, C. L. (1994). A cognitive per- spective on ethnicity, race, and termination of parental rights. *Law and Human Behavior, 18,* 249–267.

Baare, W. F. C., van Oel, C. J., Hushoff, H. E., Schnack, H. G., Durston, S., Sitskoorn, M. M., & Kahn, R. S. (2001). Volumes of brain structures in twins discordant for schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 58,* 33–40.

Babinski, M. J. (1914). Contribiutions a l'etude des troubles mentaux dans l'hemiplegie organique cerebrale (anosognosie). *Review of Neurology, 12:* 845–847.

Babyak, M., Blumenthal, J. A., Herman, S., Khatri, P., Doraiswamy, M., Moore, M., et al. (2000). Exercise treatment for major depression: Main- tenance of therapeutic benefi at 10 months. *Psychosomatic Medicine, 62,* 633–638.

Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin, 82,* 738–783.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clini- cal intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10,* 125–143.

Baerger, D. R. (2001). Risk management with the suicidal patient: Lessons from case law. *Professional Psychology: Research and Prac- tice, 32,* 359–366.

Bailey, D. S. (2006). Student dept still on the rise. *GradPSYCH, 4,* 1.

Bailey, D. S. (2005, January). A niche that puts chil- dren first. *American Psychological Associa- tion Monitor* (p. 42). Retrieved March 15, 2007, from http://www.apa. org/monitor/ jan05/niche.html.

Baird, A., Dewar, B. K., Critchley, H., Dolan, R., Shallice, T.,

& Cipolotti, L. (2006). Social and emotional functions in three patients with medial frontal lobe damage including the anterior cingulate cortex. *Cognitive Neuropsychiatry, 11*(4), 369–388.

Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modi- fication*. New York: Holt, Rinehart & Winston. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Towards a unify-ing theory of behavior change. *Psychological Review, 84,* 191–215.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist, 33,* 122–147.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive therapy*. Engle- wood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic approach. *Annual Review of Psychol- ogy, 52,* 1–26.

Bandura, A., Ross, D.,& Ross,S. A. (1963). Imitation of fi aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 66,* 3–11.

Bantha, R., Moskowitz, J. T., Acree, M., & Folkman, S. (2007). Socioeconomic differences in the effects of prayer on physical symptoms and quality of life. *Journal of Health Psychology, 12,* 249–260.

Barkley, R. A., (1997). *Defiant children: A clini- cian's manual for assessment and parent training* (2nd ed.). New York: Guilford.

Barkley, R. A. (2006). *Attention-deficit hyperactiv- ity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: Guilford.

Barkley, R. A., & Benton, C. M. (1998). *Your defi- ant child: Eight steps to better behavior*. New York: Guilford.

Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2007). *ADHD in adults: What the science says*. New York: Guilford.

Barlow, D. H. (2006). Psychotherapy and psycho- logical treatments: The future. *Clinical Psy- chology: Science and Practice, 13,* 216–220.

Barlow, D. H., & Craske, M. G. (2006). *Master your anxiety and panic.* New York: Oxford Univer- sity Press.

Barlow, D. H., & Waddell, M. T. (1985). Agorapho- bia. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (pp. 1–68). New York: Guilford.

Barlow, D. H., & Wolfe, B. (1981). Behavioral approaches to anxiety disorders: A report on the NIMH-SUNY, Albany, research conference. *Journal of Consulting and Clinical Psychol- ogy, 49,* 448–454.

Barlow, S. H., Burlingame, G. M., Nebeker, R. S., & Anderson, E. (2000). Meta-analysis of medical self-help groups. *International Journal of Group Psychotherapy, 50,* 53–69.

Barr, C., Mednick, S., & Munk-Jorgensen, P. (1990). Exposure to influenza epidemics during ges- tations and adult schizophrenia: A 40 - year study. *Archives of General Psychiatry, 47,* 869–874.

Barrera, M., & Sandler, I. N. (2006). Prevention: A report of progress and momentum into the future. *Clinical Psychology: Science and Prac- tice, 13,* 221–226.

Barrett,M.S.,& Berman, J.S.(2001).Is psychother- apy more effective when therapists disclose information about themselves? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69,* 597–603.

Barrett, P. M., Farrell, L. J., Ollendick, T. H., & Dadds, M. (2006). Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxi- ety and depression symptoms in children and youth: An evaluation of the Friends Program. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35,* 403–411.

Barrick, M. R., & Mount, M. K. (1996). Effects of impression management and self-deception on the predictive validity of personality con- structs. *Journal of Applied Psychology, 81,* 261–272.

Barron, J. W. (Ed.). (1998). *Making diagnosis meaning ful: Enhancing evaluation and treat- ment of psychological disorders*. Washington, DC: American Psychological Association.

Bartol, C. (1996). Police psychology: Then, now, and beyond. *Criminal Justice and Behavior, 23,* 70–89.

Bartol, C. R., & Bartol, A. M. (2008). *Criminal behavior:A psychosocial approach* (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc.

Bassman, L. E., & Uellendahl, G. (2003). Com- plementary/ alternative medicine: Ethical, professional, and practical challenges for psy- chologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 34,* 264–270.

Bateson, C., Jackson, D. D., Haley, J.,& Weakland, J. H. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science, 1,* 251–264.

Baucom, D. H., & Epstein, N. (1990). *Cognitive- behavioral marital therapy*. New York: Bruner/Mazel.

Baucom, D. H., Epstein, N., & Gordon, K. C. (2000). Marital therapy: Theory, practice, and empirical status. In C. R. Snyder & R. E. Ingram (Eds.), *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes & practices for the 21st century* (pp. 280–308). Hoboken, NJ: Wiley.

Baum, A., & Posluszny, D. M. (1999). Health psy- chology: Mapping biobehavioral contribu- tions to health and illness. *Annual Review of Psychology, 50,* 137–163.

Baum, A., Reveson, T. A., & Singer, J. E. (Eds.). (2001). *Handbook of health psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attach- ments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin, 117,* 497–529.

Bazelon, D. (1974). Psychiatrists and the adver- sary process. *Scientific American, 230,* 18–23. Beach,S.R.H.,& Kaslow,N.J.(2006).Relational disorders and relational processes in diagnostic practice: Introduction to the special section. *Journal of Family Psychology, 20,* 353–355. Beach, S. R. H., Wamboldt, M. Z., Kaslow, N. J., Heyman, R. E., & Reiss, D. (2006). Describing relationship problems in DSM-V: Toward bet- ter guidance for research and clinical practice. *Journal of Family Psychology, 20,* 359–368.

Bear, D. M., & Fedio, P. (1977). Quantitative analy- sis of interictal behavior in temporal lobe epilepsy. *Archives of Neurology, 34,* 454–467.

Bechtoldt, H., Norcross, J. C., Wyckoff, L., Pokrywa, M. L., & Campbell, L. F. (2001). Theo- retical orientations and employment settings of clinical and counseling psychologists: A comparative study. *The Clinical Psychologist, 54,* 3–6.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders.* New York: Guilford.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York:Guilford.

Beck, A.T.,Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory* (2nd ed.). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psy- chometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8,* 77–100.

Beck, A.T., & Weishaar, M. E. (1995). Cognitive ther- apy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (5th ed., pp. 229–261). Itasca, IL: Peacock Publishers, Inc.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond.* New York: Guilford.

Becker, M. H. & Maiman, L. A. (1975). Sociobehav- ioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care, 13,* 10–24.

Begley, S. (2007). Get "shrunk" at your own risk. *Newsweek* (June 18). Retrieved June 20, 2007, from http://www.newsweek.com/id/34105.

Behnke, S. (2007). Posting on the Internet: An opportunity for self (and other) reflection. *Monitor on Psychology, 38,* 60–61.

Belar, C. D. (2000). Scientist-practitioner =/= science + practice: Boulder is bolder. *American Psychologist, 55,* 249–250.

Belar, C. D., Brown, R. A., Hersch, L. E., Hornyak, L. M., Rozensky, R. H., et al. (2003). Self-assess- ment in clinical health psychology: A model for ethical expansion of practice. Prevention and treatment, 6, no pagination specified.

Bellack, A. S., & Hersen, M. (Eds.). (1988). *Behavioral assessment: A practical hand- book* (3rd ed.). New York: Pergamon Press.

Bellack, A. S., & Hersen, M. (Eds.). (1998). *Behavioral assessment:A practical handbook* (4th ed.).Needham Heights,MA:Allyn & Bacon.

Bellack, A. S., Hersen, M., & Himmelhoch, J. M. (1983). A comparison of social skills training, pharmacotherapy and psychotherapy for depression. *Behaviour Research and Therapy, 21,* 101–107.

Bellak, L. (1954). *The Thematic Apperception Test and the Children's Apperception Test in clini- cal use*. New York: Grune & Stratton.

Bellak, L. (1986). *The Thematic Apperception Test, the Children's Apperception Test, and the Senior Apperception Technique in clini- cal use* (4th ed.). New York: Grune & Stratton.

Bellak, L. (1992). *The TAT, CAT, and SAT in clini- cal use* (5th ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Belter, R. W., & Piotrowski, C. (2001). Current sta- tus of doctoral-level training in psychological testing. *Journal of Clinical Psychology, 57,* 717–726.

Bender,L.A.(1938).A visual motor Gestalt test and its clinical use. *American Orthopsychiatric Association Research Monograph,* No. 3.

Bender, W. N. (1994). Joint custody: The option of choice. *Journal of Divorce and Remarriage, 21,* 115–131.

Benefield, H., Ashkanazi, G., & Rozensky, R. H. (2006). Communication and records: HIPPA issues when working in health care settings. *Professional Psychology: Research and Prac- tice, 37,* 273–277.

Benjamin, L. S. (1997). The origins of psychologi- cal species: A history of the beginnings of the divisions of the American Psychological Asso- ciation. *American Psychologist, 52,* 725–732.

Benjamin, L. T. (2005). A history of clinical psy- chology as a profession in America (and a glimpse at the future). *Annual review of clin- ical psychology, 1,* 1–30.

Ben-Porath,Y. S., & Waller, N. G. (1992)."Normal" personality inventories in clinical assessment: General requirements and potential for using the NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment, 4,* 14–19.

Berg, I. A. (1955). Response bias and personality: The deviation hypothesis. *Journal of Psychol- ogy, 40,* 61–71.

Berk, L. E. (2002). *Infants, children, and adoles- cents* (4th ed.). Boston: Allyn and Bacon.

Berliner, L., & Elliott, D. M. (2002). Sexual abuse of children. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, & T. A. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (pp. 55–78). Thousand Oaks, CA: Sage.

Berman,S. L. (2006). Risk management with suici- dal patients. *Journal of Clinical Psychology, 62,* 171–184.

Bernstein, D. A. (1973). Behavioral fear assess- ment: Anxiety or artifact? In H. Adams & P. Unikel (Eds.). *Issues and trends in behavior therapy* (pp. 225–267). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Bernstein, D. A., & Nietzel, M. T. (1977). Demand characteristics in behavior modification: A natural history of a"nuisance."In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 4, pp. 119–162). New York: Academic Press.

Bernstein, D. A., & Paul, G. L. (1971). Some com- ments on therapy analogue research with small animal "phobias." *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2,* 225–237.

Bernstein, D. A., Borkovec, T. D., & Hazlette- Stevens, H. (2000). *Progressive relaxation training: A manual for the helping profes- sions* (2nd ed.). New York: Praeger.

Bernstein, D. A., Penner, L., Roy, E. J., & Clarke- Stewart, A. (2006). *Psychology* (7th ed.). Boston: Houghton Mifflin.

Bernstein, D. A., Penner, L., Roy, E. J., & Clarke- Stewart, A. (2008). *Psychology* (8th ed.). Boston: Houghton Mifflin.

Berry, D., Baer, R., & Harris, M. (1991). Detection of malingering on the MMPI: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 11,* 585–598.

Bersoff, D. N. (2003). *Ethical conflicts in psychol- ogy* (3rd ed.). Washington, DC: American Psy- chological Association.

Bertelsen, A. (1999). Reflections on the clinical utility of the ICD-10 and DSM-IV classifications and their diagnostic criteria. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 32,* 166–173.

Beutler, L. E. (2002a). It isn't the size, but the fit. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9,* 434–438.

Beutler, L. E. (2002b). Prescriptive authority: Editor's note on the special issue. *Journal of Clinical Psychology, 58,* 587–588.

Beutler, L. E., & Clarkin, J. F. (1990). *Systematic treatment selection:Toward targeted therapeu- tic interventions.* New York: Brunner/Mazel.

Beutler, L. E., & Groth-Marnat, G. (2003). *Inte- grative assessment of adult personality* (2nd ed.). New York: Guilford.

Beutler, L. E., & Harwood, T. M. (2000). *Pre- scriptive psychotherapy: A practical guide to systematic treatment selection.* New York: Oxford University Press.

Beutler, L. E., Kim, E. J., Davison, E., Karno, M., & Fisher, D. (1996). Research contributions to improving managed health care outcomes. *Psychotherapy, 33,* 197–206.

Beutler, L. E., Machado, P. P. P., & Neufeldt, S. A. (1994). Therapist variables. In A. Bergin & S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.

Beutler, L. E., & Malik, (2002). *Rethinking the DSM: A psychological perspective.* Washing- ton, DC: American Psychological Association.

Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., et al. (2004). Thera- pist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 227–306). New York: Wiley.

Biaggio, M., Orchard, S., Larson, J., Petrino, K., & Mihara, R. (2003). Guidelines for gay/ lesbian/ bisexual-affirmative educational practices in graduate psychology programs. *Professional Psychology: Research and Practice, 34,* 548–554.

Bickman, L. (1987). Graduate education in psychology. *American Psychologist, 42,* 1041–1047.

Bickman, L. (1996). A continuum of care: More is not always better. *American Psychologist, 51,* 689–701.

Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2006). *Cognitive-behavioral therapy in groups.* New York: Guilford.

Bienefeld, D. (2005). *Psychodynamic theory for clinicians.* New York: Lippincott Williams & Wilkins.

Bieri, J., Atkins, A. L., Briar, S., Leaman, R. L., Miller, H., & Tripoldi, T. (1966). *Clinical and social judgment: The discrimination of behavioral information.* New York: Wiley.

Bigler, E. D. (2007). A motion to exclude and the "fixed" versus "flexible" battery in "forensic" neuropsychology: Challenges to the practice of clinical neuropsychology. *Archives of Clin- ical Neuropsychology, 22*(1), 45–51. E-pub Dec. 27, 2006.

Bigner, J. J., & Wetchler, J. L. (Eds.). (2004). *Relationship therapy with same-sex couples.* New York: Haworth Press.

Bijou, S. W., Peterson, R. F., & Ault, M. H. (1968). A method to integrate descriptive and experi- mental field studies at the level of data and empirical concepts. *Journal of Applied Behavior Analysis, 1,* 175–191.

Bion, W. R. (1959) *Experiences in groups.* New York: Basic Books.

Birks, Y., & Roger, D. (2000). Identifying compo- nents of type-A behavior: "Toxic" and "non- toxic" achieving. *Personality and Individual Differences, 28,* 1093–1105.

Bishop, S. R. (2007). What we really know about mindfulness-based stress reduction. In A. Monat, R. S. Lazarus, & G. Reevy (Eds.), *The Praeger handbook on stress and coping,* (Vol. 2, pp. 475–487). Westport, CT: Praeger Publishers/Greenwood Publishing.

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational defi- nition. *Clinical Psychology: Science and Prac- tice, 11,* 230–241.

Bisiach, E., Luzzatti, C., & Perani, D. (1979). Unilat- eral neglect, representational schema and consciousness. *Brain, 102*(3), 609–618.

Blackburn, H., Luepker, R. V., Kline, F. G., Bracht, N., Carlaw, R., Jacobs, B., et al. (1984). The Min- nesota Heart Health Program: A research and demonstration project in cardiovascular dis- ease prevention. In J. D. Matarazzo et al. (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 1171–1178). New York: Wiley.

Blair, R. J. & Cipolotti, L. (2000). Impaired social response reversal. A case of 'acquired sociopa- thy'. *Brain, 123*(Pt. 6), 1122–1141.

Blanchard, E. B. (1992). Psychological treatment of benign headache disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 537–551.

Blanchard, E. B. (1994). Behavioral medicine and health psychology. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 701–733). New York: Wiley.

Blanchard, R., & Barbaree, H. E. (2005). The strength of

sexual arousal as a function of the age of the sex offender: Comparisons among pedophiles, hebephiles, and teleiophiles. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treat- ment, 12,* 441–456.

Blatt, S. J., & Lerner, H. (1983). Psychodynamic perspectives on personality theory. In M. Hersen, A. E. Kazdin, & A. S. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook* (pp. 87–106). New York: Pergamon Press.

Blount, R. L., Bachanas, P. J., Powers, S. W., Cotter, M. C., Franklin, A., Chaplin, W., et al. (1992). Training children to cope and parents to coach them during routine immunizations: Effects on child, parent, and staff behavior. *Behavior Therapy, 23,* 689–705.

Blumenthal, S. J. (1994). Introductory remarks. In S. J. Blumenthal, K. Matthews, & S. M. Weiss (Eds.), *New research frontiers in behavioral medicine* (pp. 9–15). Washington, DC: National Institute of Mental Health.

Bobbitt, B. L. (2006). The importance of profes- sional psychology: A view from managed care. *Professional Psychology: Research and Practice, 37,* 590–597.

Boczkowski, J. A., Zeichner, A., & DeSanto, N. (1985). Neuroleptic compliance among chronic schizophrenic outpatients: An inter- vention outcome report. *Journal of Consult- ing and Clinical Psychology, 53,* 666–671.

Boeree, C. G. (2006). Psychology: The cognitive movement. Retrieved June 18, 2006, from http://www.ship.edu/%7Ecgboeree/ai.html.

Bogels,S.M.(1994).A structured-training approach to teaching diagnostic interviewing. *Teaching of Psychology, 21,* 144–150.

Bohart, A. C. (2003). Person-centered psychother- apy and related experiential approaches. In

A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies* (2nd ed., pp. 107–148). New York: Guilford.

Boisvert, C. M., & Faust, D. (2006). Practicing psychologists' knowledge of general psychotherapy research findings: Implications for science-practice relations. *Professional Psy- chology: Research and Practice, 37,* 708–716.

Bonnie, R. J., Ieffries, J. C., Jr., & Low, P. W. (2000). *A case study in the insanity defense: The trial of John W. Hinckley, Jr.* (2nd ed.). New York: Foundation Press.

Bonnie, R., & Slobogin, C. (1980). The role of mental health professionals in the criminal process: The case for informed speculation. *Virginia Law Review, 66,* 427–522.

Boothby, H., Mann, A. H., & Barker, A. (1995). Fac- tors determining interrater agreement with rating global change in dementia: The CIBIC- plus. *International Journal of Geriatric Psy- chiatry, 10,* 1037–1045.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 16,* 252–260.

Borgata,L.(1995).Analysis of social interaction and sociometric perception.*Sociometry, 17,* 7–32.

Boring, E. G. (1950). *A history of experimental psychology* (2nd ed.). New York: Appleton- Century-Crofts.

Borkovec, T. D., & O'Brien, G. T. (1976). Method- ological and target behavior issues in analogue therapy outcome research. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behav- ior modification* (pp. 133–172). New York: Academic Press.

Bornstein, R. F., Hill, E. L., Roginson, K. J., Cabrese, C., & Bowers, K. S. (1996). Internal reliability of Rorschach Oral Dependency Scale scores. *Educational and Psychological Measure- ment, 56,* 130–38.

Borum, R. (1996). Improving the clinical practice of violence risk assessment. *American Psy- chologist, 51,* 945–956.

Bottoms, B. L., & Nysse, K. L. (1999, Fall). Applying to graduate school: Writing a compelling per- sonal statement. *Eye on Psi Chi, 4,* 20–22.

Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2004). Life skills train- ing: Empirical findings and future directions. *Journal of Primary Prevention, 25,* 211–232.

Bowen, A. M., & Trotter, R. T., II (1995). HIV risk in intravenous drug users and crack cocaine smokers: Predicting stage of change for con- dom use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 238–248.

Boyle, G. J. (1995). Meyers-Briggs type indicator (MBTI): Some psychometric limitations. *Australian Psychologist, 30,* 71–74.

Brabender, V. A., Fallon, A. E., & Smolar, A. I. (2004).

Essentials of group therapy. New York: Wiley.

Bracha, H. S. (2006). Human brain evolution and the "neuroevolutionary time-depth prin- ciple:" Implications for the reclassification of fear-circuitry-related traits in DSM-V and for studying resilience to warzone-related post- traumatic stress disorder. *Progress in Neuro- Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 30,* 827–853.

Braden, J. P. (1995). Review of the Wechsler Intelli- gence Scale for Children (3rd ed.).In J.C.Cono- ley & J. C. Impara (Eds.), *Twelfth mental measurements yearbook*. Lincoln, NE: Buros Institute.

Braginsky, B. M., Braginsky, D. D., & Ring, K. (1969).*Methods of madness:The mental hospi- tal as a last resort*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Braginsky, B. M., Grosse, M., & Ring, K. (1966). Controlling outcomes through impression management: An experimental study of the manipulative tactics of mental patients. *Journal of Consulting Psychology, 30,* 295–300.

Brambilla, P., Cerini, R., Gasparini, A., Versace, A., Andreone, N., Nose, N., et al. (2005). Investiga- tion of corpus callosum in schizophrenia with diffusion imaging. *Schizophrenia Research, 79*(2–3), 201–210.

Brand, B. L., Armstrong, J. G. & Loewenstein, R. J. (2006). Psychological assessment of patients with dissociative identity disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 29,* 145–168.

Brannon, L., & Feist, J. (2006). *Health psychology: An introduction to behavior and health*. Belmont, CA: Wadsworth.

Branthwaite, A., & Pechere, J. C. (1996). Pan-Euro- pean survey of patients'attitudes to antibiotics and antibiotic use. *Journal of International Medical Research, 24,* 229–238.

Brauer, B. A. (1993). Adequacy of a translation of the MMPI into American Sign Language for use with deaf individuals: Linguistic equiva- lency issues. *Rehabilitation Psychology, 38,* 247–260.

Breggin, P. R. (2001). *Talking back to Ritalin: What doctors aren't telling you about stimu- lants for children*. Monroe, ME: Common Courage Press.

Breggin, P. R., & Breggin, G. R. (1994). *The war against children: How the drugs, programs, and theories of the psychiatric establishment are threatening America's children with a medical "cure" for violence*. New York: St. Mar- tin's Press.

Brekke, J. S., & Long, J. D. (2000). Community-based psychosocial rehabilitation and prospective chance in functional, clinical, and subjective experience variables in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 26,* 667–678.

Brekke, N. J., Enko, P. J., Clavet, G., & Seelau, E. (1991). Of juries and court-appointed experts: The impact of nonadversarial expert testimony. *Law and Human Behavior, 15,* 451–477.

Brems, C. (2001). *Basic skills in psychotherapy and counseling*. Belmont, CA: Wadsworth.

Breslow, L. (1979). A positive strategy for the nation's health. *Journal of the American Medical Association, 242,* 2093–2094.

Breuer, J., & Freud, S. (1895/1955). *Studies on hysteria: Standard Edition* (Vol. 2). London: Hogarth Press.

Breyer, S. (2000, Summer). Science in the court- room. *Issues in Science and Technology*. Retrieved December 8, 2001, from http:// www.nap.edu/issues/16.4/ breyer.htm.

Brinkmeyer, M.Y., & Eyberg, S. M. (2003). Parent- child interaction therapy for oppositional children. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 204–223). New York: Guilford.

Broca, P. (1861). Remargues sur le siege de la fac- ulte de la porle articulee, suives d'une obser- vation d'aphemie (perte de parole). *Bulletin Societie Anatomie, 36,* 330–357.

Broca, P. (1865). Sur la faculté du langage articulé. *Bulletin Societe Anthropologie Paris, 6,* 337–393.

Brodley, B. T. (2006). Non-directivity in client- centered therapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 16,* 140–161.

Brody, G. H., Murry, V. M., Gerrard, M., Gibbons, F. X., McNair, L., et al. (2006). The Strong African American Families Program: Prevention of youths' high-risk behavior and a test of a model of change. *Journal of Family Psychol- ogy, 20,* 1–11.

Broman, C. L. (1993). Social relationships and health-related behavior. *Journal of Behav- ioral Medicine, 16,* 335–350.

Brotemarkle, B. A. (1947). Fifty years of clinical psychology: Clinical psychology 1896–1946. *Journal of Consulting Psychology, 11,* 1–4.

Brotman, L. M., Klein, R. G., Kamboukos, D., Brown, E. J., Coard,S. I., & Sosinsky, L.S. (2003). Preventive intervention for urban, low- income preschoolers at familial risk for con- duct problems: A randomized pilot study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32,* 246–257.

Brown, L. S. (1990). Taking account of gender in the clinical assessment interview. *Profes- sional Psychology: Research and Practice, 21,* 12–17.

Brown, L. S. (2005). Don't be a sheep: How this eldest daughter became a feminist therapist. *Journal of Clinical Psychology, 61,* 949–956.

Brown, R. T., Carpenter, L. A., & Simerly, E. (2005). *Mental health medications for children: A primer*. New York: Guilford.

Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2001). *Casebook in abnormal psychology* (2nd ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

Brown, T. T., Chorpita, B. F., & Barlow, B. F. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology, 107,* 179–192.

Brown, W. H., Odom, S. L., & Holcombe, A. (1996). Observational assessment of young children's social behavior with peers. *Early Childhood Research Quarterly, 11,* 19–40.

Brownell, H. H., Potter, H. H., Bihrle, A. M., & Gard- ner, H. (1986). Inference deficits in right brain- damaged patients. *Brain and Language, 27*(2), 310–321.

Brownell, K. D., & Wadden, T. A. (1992). Etiology and treatment of obesity: Understanding a seri- ous, prevalent,and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 505–517.

Brugha, T. S., Nienhuis, F., Bagchi, D., Smith, J., Meltzer, H. (1999). The survey form of SCAN: The feasibility of using experienced lay survey interviewers to administer a semi-structured systematic clinical assessment of psychotic and non-psychotic disorders. *Psychological Medi- cine, 29,* 703–711.

Brussel, J. A. (1968). *Casebook of a crime psychi- atrist*. New York: Bernard Geis Associates.

Buck, J. N. (1948). The H-T-P technique: A qualita- tive and quantitative scoring manual. *Journal of Clinical Psychology, 4,* 319–396.

Bugental, D. B., & Grusec, J. E. (2006). Socializa- tion processes. In N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of child psychology* (6th ed., pp. 366–428). Hoboken, NJ: Wiley.

Bugental, J. F. T. (1995). Preliminary sketches for a short-term existential therapy. In K. J. Schnei- der & R. May (Eds.), *The psychology of exis- tence: An integrative, clinical perspective* (pp. 261–264). New York: Mc-

Graw-Hill.

Bugental, J. F. T., & Sterling, M. (1995). Existential psychotherapy. In A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies* (pp. 226–260). New York: Guilford.

Bull, S. S., Gaglio, B., Garth, M. H., & Glasgow, R. E. (2005). Harnessing the potential of the Inter- net to promote chronic illness self-manage- ment: Diabetes as an example of how well we are doing. *Chronic Illness, 1,* 143–155.

Burg, M. M., & Abrams, D. (2001). Depression in chronic medical illness: The case of coronary heart disease. *Journal of Clinical Psychology/ In Session, 57,* 1323–1337.

Burger, W. E. (1975). Dissenting opinion in O'Connor v. Donaldson. *U.S. Law Week, 42,* 4929–4936.

Burisch, M. (1984). Approaches to personality inventory construction: A comparison of mer- its. *American Psychologist, 39,* 214–227.

Burke,L.E.,Dunbar-Jacob,J.M.,& Hill,M.N.(1997). Compliance with cardiovascular disease pre- vention strategies: A review of the research. *Annals of Behavioral Medicine, 19,* 239–263.

Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R., & Strauss, B. (2004). Small-group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed. pp. 647–696). New York: Wiley.

Burns, D. D. (1999). *Feeling good: The new mood therapy, Vol. 1* (Rev. ed.). New York: Harper Collins.

Burns, D. D., & Spangler, D. L. (2000). Does psy- chotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive-behavioral therapy or does improvement lead to increased home- work compliance? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,* 46–56.

Buros, O. K. (Ed.). (1938). *The 1940 mental mea- surements yearbook*. Highland Park, NJ: Gryphon Press.

Buschbaum, M., Haier, R., Potkin,S., Nuechterlein, K., Bracha, H., Katz, M., et al. (1992). Frontostri- atal disorder of cerebral metabolism in never- medicated schizophrenics. *Archives of General Psychiatry, 49,* 935–942.

Bush, S. S., Connell, M. A., & Denney, R. L. (2006). *Ethical practice in forensic psychology: A sys- tematic model for decision making*. Washing- ton, DC: American Psychological Association.

Butcher, J. N. (1999). *A beginner's guide to the MMPI-2*. Washington, DC: American Psycho- logical Corporation.

Butcher, J. N. (2004). Personality assessment with- out borders: Adaptation of the MMPI-2 across cultures. *Journal of Personality Assessment, 83,* 90–104.

Butcher, J. N. (Ed.). (2006). *MMPI-2: A practi- tioner's guide*. Washington, DC: American Psy- chological Corporation.

Butcher, J. N., & Keller, L. S. (1984). Objective per- sonality assessment. In G. Goldstein & M. Hersen (Eds.), *Handbook of psychological assessment* (pp. 307–331). New York: Perga- mon Press.

Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Telle- gen, A., & Kaemmer, B. (1989). *Manual for administration and scoring of the MMPI-2*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Butcher, J. N., Perry, J. N., & Atlis, M. M. (2000). Validity and utility of computer-based test interpretation. *Psychological Assessment, 12,* 6–18.

Butcher, J. N., Perry, J., & Hahn, J. (2004). Comput- ers in clinical assessment: Historical develop- ments, present status, and future challenges. *Journal of Clinical Psychology, 60,* 331–345.

Butcher, J. N., & Williams, C. L. (1992). *Essentials of MMPI-2 and MMPI-A interpretation*. Min- neapolis: University of Minnesota Press.

Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive- behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26,* 17–31.

Cacciola, J. S., Alterman, A. I., Rutheford, M. J., McKay, J. R., & May, D. J. (1999). Comparability of telephone and in-person Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) diagnoses. *Assessment, 6,* 235–242.

Cacioppo, J. T. (2006). Social neuroscience. *American Journal of Psychology, 119,* 664–668.

Cain, D. J. (1990). Celebration, reflection, and renewal: 50 years of client-centered therapy and beyond. *Person-Centered Review, 5,* 357–363.

Cairns, R. B., & Green, J. A. (1979). How to assess personality and social patterns: Observations or ratings? In B. Cairns (Ed.), *The analysis of social interactions: Methods, issues, and illus- trations* (pp. 209–226). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Calkins, S. D., & Degnan, K. A. (2006). Tempera- ment in early development. In R. T. Ammer- man (Ed.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology* (Vol. 3, pp.64–84).Hoboken,NJ:Wiley.

Camara, W. J., Nathan, J. S., & Puente, A. E. (2000). Psychological test usage: Implications in pro- fessional psychology. *Professional Psychol- ogy: Research and Practice, 31,* 141–154.

Campbell, D. T., & Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait- multimethod matrix. *Psychological Bulletin, 56,* 81–105.

Canning, D. (2006). The economics of HIV/AIDS in low-income countries: the case for prevention. *Journal of Economic Perspectives, 20,* 121–42.

Cantor, N. L. (1998). Making advance directives meaningful. *Psychology, Public Policy, and Law, 4,* 629–652.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psy- chiatry*. New York: Basic Books.

Carlson,E.T.(1981).Introduction. *Clinical psychi- atry [Facsimile reproduction of the 1907 vol- ume, History of Psychology Series,* R. I. Watson (Ed.)]. Delmar, NY: Scholars' Facsimi- les & Reprints.

Carniero, C., Corboz-Warney, A., & Fivaz- Depeursinge, E. (2006).The prenatal Lausanne Trilogy Play: A new observational assessment tool of the prenatal co-parenting alliance. *Infant Mental Health Journal, 27,* 207–228.

Carr, A. (2006). *The handbook of child and ado- lescent clinical psychology: A contextual approach* (2nd ed.). New York: Routledge/ Taylor and Francis Group.

Carroll, J. B. (1993). *Human cognitive abilities:A survey of factor-analytic studies*. Cambridge, UK: University of Cambridge Press.

Carroll, R. T. (2003). *The skeptic's dictionary*. Hoboken, NJ: Wiley.

Carter, C. S., Perlstein, W., Ganguli, R., Brar, J., Mintun, M., & Cohen, J. (1998). Functional hypofrontality and working memory dysfunc- tion in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 155,* 1285–1287.

Cashel, M. L. (2002). Child and adolescent psy- chological assessment: Current clinical prac- tices and the impact of managed care. *Professional Psychology: Research and Prac- tice, 33,* 446–453.

Caspi, A., & Silva, P. A. (1995). Temperamental qualities at age 3 predict personality traits in young adulthood: Longitudinal evidence from a birth cohort. *Child Development, 66,* 486–498.

Caspi, A., Harrington, H., Milne, B., Amell, J. W., Theodore, R. F., & Moffitt, T. E. (2003). Chil- dren's behavioral styles at age 3 are linked to their adult personality traits at age 26. *Journal of Personality, 71,* 495–513.

Cassel, E. (2000). Behavioral science research leads to Department of Justice Guidelines for eyewitness evidence. *Virginia Lawyer, 48,* 35–38.

Cassel, E. (2002, March 18). The Andrea Yates verdict and sentence: Did the jury do the right thing? *FindLaw's Writ.* Retrieved January 1, 2007, from http://writ.news. findlaw.com/ commentary/

Cassel, E., & Bernstein, D. A. (2001). *Criminal Behavior*. Boston: Allyn & Bacon.

Cassel, E., & Bernstein, D. A. (2007). *Criminal behavior* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Cattell, R. B. (1936). *A guide to mental testing.* London, UK: University of London Press, Ltd.

Cattell, R. B. (1943). The measurement of adult intelligence. *Psychological Bulletin, 40,* 153–193.

Cattell, R. B. (1948). The meaning of clinical psychology. In L. A. Pennington & I. A. Berg (Eds.), *An introduction to clinical psychology*. New York: The Roland Press.

Cattell, R. B., Eber, H. W., & Tatusoka, M. M. (1970). *Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire*. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing.

Cattell, R. B., Eber, H. W., & Tatusoka, M. M. (1992). *Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF)*. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing.

Cecero, J. J., Fenton, L. R., Frankforter, T. L., Nich, C., & Carroll, K. M. (2001). Focus on therapeu- tic alliance: The psychometric properties of six measures across three treatments. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38,* 1–11.

Centers for Disease Control (2001a). About car- diovascular disease. Retrieved December 3, 2001 from http://www.cdc.gov/nccdphp/ cvd/aboutcardio.htm.

Centers for Disease Control (2001b). Basic statistics—Cumulative AIDS Cases. Retrieved December 3, 2001, from http://www.cdc.gov/ hiv/stats/cumulati .htm.

Centers for Disease Control (2001c). Basic statistics—International Statistics. Retrieved December 3, 2001, from http://www.cdc.gov/ hiv/stats/cumulati.htm.

Chambless, D. L. (1990). Spacing of exposure ses- sions in the treatment of agoraphobia and simple phobia. *Behavior Therapy, 21,* 217–229.

Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empir- ically supported psychological treatments. *Annual Review of Psychology, 52,* 685–716.

Chambless, D. L., Baker, M., Baucom, D. H., Beut- ler, L. E., Calhoun, K. S., *et al.* (1998). Update on empirically validated therapies, II. *Clinical Psychologist, 51,* 3–16.

Chan, D. W., & Lee, H. B. (1995). Patterns of psy- chological test use in Hong Kong in 1993. *Professional Psychology: Research and Prac- tice, 26,* 292–297.

Chang, T., & Yeh, C. J. (2003). Using online groups to provide support to Asian American men: Racial, cultural, gender, and treatment issues. *Professional Psychology: Research and Prac- tice, 34,* 634–643.

Chapman, L. J.,& Chapman, J.P.(1967).The genesis of popular but erroneous psychodiagnostic observations. *Journal of Abnormal Psychol- ogy, 72,* 193–204.

Cherry, D. K., Messenger, L. C., & Jacoby, A. M. (2000). An examination of training model out- comes in clinical psychology programs. *Professional Psychology: Research & Prac- tice, 31,* 562–568.

Chess, S., & Thomas, A. (1986). *Temperament in clinical practice*. New York: Guilford.

Children's Defense Fund (2005). *Protect chil- dren not guns*. Washington, DC: Author.

Choate, M. L., Pincus, D. B., Eyberg,S. M., & Barlow, D. H. (2005). Parent-child interaction therapy for treatment of separation anxiety disorder in young children: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice, 12,* 126–135.

Chorpita, B. F. (2002). Treatment manuals for the real world: Where do we build them? *Clinical Psychology: Science and Practice, 9,* 431–433.

Christensen, A., & Heavey, C. L. (1999). Interven- tions for couples. *Annual Review of Psychol- ogy, 50,* 165–190.

Chronis, A. M., Jones, H. A., & Raggi, V. L. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention- deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psy- chology Review, 26,* 486–502.

Chung, J. J., Weed, N. C., & Han, K. (2006). Evaluat- ing cross - cultural equivalence of the Korean MMPI-2 via bilingual test-retest. *International Journal of Intercultural Relations, 30,* 531–543.

Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (Eds.). (2006). *Developmental psychopathology, Vol. 2: Developmental neuroscience* (2nd ed.). Hoboken, NJ: Wiley.

Cicchetti, D., & Curtis, J. W. (2006). The develop- ing brain and neuroplacticity: Implications for normality, psychopathology, and resilience. In D.Cicchetti & J.W.Curtis (Eds.),*Developmental psychopathology, Vol 2: Developmental neu- roscience* (2nd ed., pp. 1–64). Hoboken, NJ: Wiley.

Clark, D. B., & Winters, K. C. (2002). Measuring risks and outcomes in substance use disorders prevention research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70,* 1207–1223.

Clarke, G., Lynch, F., Spofford, M., & DeBar, L. (2006). Trends infl future delivery of mental health services in large healthcare sys- tems. *Clinical Psychology: Science and Prac- tice, 13,* 287–292.

Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables of psychotherapy. In M. J. Lam- bert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 194–226). New York: Wiley.

Clay, R. A. (2005). The changing face of psychol- ogy practice. *Monitor on Psychology, 35,* 48–50.

Clay, R. A. (2006a). Assessing assessment. *Monitor on Psychology,* January, 44–46.

Clay, R. A. (2006b). Loan repayment. *GradPSYCH,* 4, 1–3.

Clingempeel, W. G., & Reppucci, N. D. (1982). Joint custody after divorce: Major issues and goals for research. *Psychological Bulletin, 91,* 102–127.

Coatsworth, J. D., Pantin, H., & Szapocznik, J. (2002). Familias unidas: A family-centered ecodevelopmental intervention to reduce risk for problem behavior among Hispanic adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review, 5,* 113–132.

Cobb, H. C., Reeve, R. E., Shealy, C. N., Norcross, J. C., Schare, M. L., et al. (2004). Overlap among clinical, counseling, and school psychology: Implications for the profession and combined-integrated training. *Journal of Clinical Psychology, 60,* 939–955.

Cohen, B. B., & Vinson, D. C. (1995). Retrospec- tive self-report of alcohol consumption: Test- retest reliability by telephone. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 19,* 1156–1161.

Cohen, J., Marecek, J.,& Gillham, J. (2006). Is three a crowd? Clients, clinicians, and managed care. *American Journal of Orthopsychiatry, 76,* 251–259.

Cohen, J. B., & Reed, D. (1985). Type A behavior and coronary heart disease among Japanese men in Hawaii. *Journal of Behavioral Medi- cine, 8,* 343–352.

Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist, 59,* 676–684.

Cohen, S., Gottlieb, B., & Underwood, L. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen,

L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds.), *Measuring and intervening in social support* (pp. 3–25). New York: Oxford University Press.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24,* 385–396.

Cohen, S., & Rabin, B. S. (1998). Psychological stress, immunity, and cancer. *Journal of the National Cancer Institute, 90,* 3–4.

Cohen, S., Tyrrell, D. A., & Smith, A. P. (1991). Psychological stress in humans and suscepti- bility to the common cold. *New England Journal of Medicine, 325,* 606–612.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social sup- port, and the buffering hypothesis. *Psycho- logical Bulletin, 98,* 310–357.

Coleman, P. (2005). Privilege and confidentiality in 12-step self-help programs: Believing the promises could be hazardous to an addict's freedom. *Journal of Legal Medicine, 26,* 435–474.

Collins, R. L., Parks, G. A., & Marlatt, G. A. (1985). Social determinants of alcohol consumption: The effects of social interactions and model status on the self-administration of alcohol. *Journal of Consulting and Clinical Psychol- ogy, 53,* 189–200.

Collins, W. A., & Steinberg, L. (2006). Adolescent development in interpersonal context. In N. Eisenberg (Ed.),*Handbook of child psychology* (6th ed.,pp.1003–1067).Hoboken,NJ:Wiley.

Colmen, J. G., Kaplan, S. J., & Boulger, J. R. (1964, August). *Selection and selecting research in the Peace Corps.* (Peace Corps Research Note No. 7).

Cone, J. D. (1988). Psychometric considerations and the multiple models of behavioral assess- ment. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Behavioral assessment: A practical hand- book* (3rd ed., pp. 42–66). New York: Perga- mon Press.

Conger, R. D., & Donnellan, M. B. (2007). An inter- actionist perspective on the socioeconomic context of human development. *Annual Review of Psychology, 58,* 175–199.

Conners, C. K. (1989). *Conners rating scales.* North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.

Conners, C. K. (1998). *Conners rating scales– revised.* Toronto: Multi-Health Systems.

Connor-Smith, J. K., & Weisz, J. R. (2003). Apply- ing treatment outcome research in clinical practice: Techniques for adapting interven- tions to the real world. *Child Psychology and Psychiatry Review, 8,* 3–10.

Consoli, A. J., & Jester, C. M. (2005). Training in psychotherapy integration II: Further efforts. *Journal of Psychotherapy Integration, 15,* 355–357.

Coontz, P. D., Lidz, C. W., & Mulvey, E. P. (1994). Gender

and the assessment of dangerousness in the psychiatric emergency room. *International Journal of Law and Psychi- atry, 17,* 369–376.

Corey, G. (1999). *Theory and practice of group counseling*. Pacific Grove, CA: Wadsworth.

Corey, G. (2007). *Theory and practice of group counseling* (7th ed.). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.

Cornblatt, B., & Erlenmeyer-Kimling, L. E. (1985). Global attentional deviance in children at risk for schizophrenia: Specifi and predictive validity. *Journal of Abnormal Psychology, 94,* 470–486.

Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist, 59,* 614–625.

Corsini,R.J.,& Wedding,D.(2007).*Current psycho- therapies* (8th ed.). Belmont, CA: Wadsworth. Coslett, H. B., & Saffran, E. (1991). Simultanagnosia: To see but not two see. *Brain, 114* (Pt. 4), 1523–1545.

Costa, P. T. Jr., & McCrea, R. R. (1980). Still stable after all these years: Personality as a key to some issues in adulthood and old age. In P. B. Baltes & O. G. Brim, Jr. (Eds.), *Life span devel- opment and behavior* (Vol. 3, pp. 65–102). New York: Academic Press.

Costa, P.T. Jr., & McCrae, R. R. (1985). *NEO-Person- ality Inventory manual*. Odessa, FL: Psycho- logical Assessment Resources.

Costa, P.T. Jr., & McCrae, R. R. (1992a). *Manual for the Revised NEO Personality Inventory (NEO-PIR) and the NEO Five-Factor Inven- tory (BEO-FFI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Costa, P. T. Jr., & McCrae, R. R. (1992b). Normal personality inventories in clinical assessment: General requirements and potential for using the NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment, 4,* 5–13.

Côtè, S., & Bouchard, S. (2005). Documenting the efficacy of virtual reality exposure with psy- chophysiological and information processing measures. *Applied Psychophysiology and Biofeedback, 30,* 217–232.

Cotton, S., Puchalski, C. M., Sherman, S. N., Mrus, J. M., Peterman, A. H., et al. (2006). Spirituality and religion in patients with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine, 21 (Supplement 5),* 5–13.

Couch, R. D. (1995). Four steps for conducting a pregroup screening interview. *Journal for Spe- cialists in Group Work, 20,* 18–25.

Counseling Psychology, Division 17. (2006). Home page of Division 17. Retrieved Oct. 22, 2006, from http://www.div17.org.

Covner, B. J. (1942). Studies in phonographic recordings. I: The use of phonographic record- ings in counseling practice and research. *Journal of Consulting Psychology, 6,* 105–113.

Crane, D. R., & Law, D. D. (2002). Conducting med- ical offset research in a health maintenance organization: Challenges, opportunities, and insights. *Journal of Marital and Family Ther- apy, 28,* 15–19.

Crits-Christoph, P., Connolly-Gibbons, M. B., & Hearon, B. (2006). Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance. *Psychotherapy: The- ory, Research, Practice, Training, 43,* 280–285.

Cronbach,L.J.(1946).Response sets and test valid- ity. *Educational and Psychological Measure- ment, 6,* 475–494.

Cronbach, L. J. (1960). *Essentials of psychologi- cal testing* (2nd ed.). New York: Harper & Row.

Cronbach, L. J. (1970). *Essentials of psychologi- cal testing* (3rd ed.). New York: Harper & Row.

Cronbach, L. J., & Glesser, G. C. (1964). *Psychological tests and personnel decisions*. Urbana: University of Illinois Press.

Cronbach, L. J., Glesser, G. C., Nanda, H., & Rajarat- nam, N. (1972). *The dependability of behav- ioral measurements*. New York: Wiley.

Cronbach, L. J., & Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychology tests. *Psychological Bulletin, 52,* 281–302.

Crosbie-Burnett, M. (1991). Impact of joint versus sole custody and quality of co-parental rela- tionship on adjustment of adolescents in remarried families. *Behavioral Sciences and the Law, 9,* 439–449.

Cullen, E. A., & Newman, R. (1997). In pursuit of prescription privileges. *Professional Psychol- ogy: Research and Practice, 28,* 101–106.

Cummings, E. M., Goeke-Morey, M. C., & Papp, L. M. (2004). Everyday marital conflict and child aggression. *Journal of Abnormal Child Psy- chology, 32,* 191–202.

Cummings, E. M., Goeke-Morey, M. C., & Ray- mond, J. (2004). Fathers in family context: Effects of marital quality and marital conflict. In M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (4th ed., pp. 196–221). Hoboken, NJ: Wiley.

Cummings, N. A. (1977). Prolonged (ideal) versus short-term (realistic) psychotherapy. *Profes- sional Psychology, 8,* 491–501.

Curtis, R. C., & Hirsch, I. (2003). Relational approaches to psychoanalytic psychotherapy. In A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.). *Essential psychotherapies* (2nd ed., pp. 69–106). New York: Guilford.

Dahlstrom, W. G. (1992). The growth in accept- ance of the MMPI. *Professional Psychology: Research and Practice, 23,* 345–348.

Dahlstrom, W. G., Lachar, D., & Dahlstrom, L. E. (1986). *MMPI patterns of American minori- ties*.Minneapolis:University of Minnesota Press.

Dahlstrom, W. G., Welsh, G. S., & Dahlstrom, L. E. (1972). *An MMPI handbook: Vol. 1. Clinical interpretation* (rev. ed.). Minneapolis: Univer- sity of Minnesota Press.

Dahlstrom, W. G., Welsh, G. S., & Dahlstrom, L. E. (1975). *An MMPI handbook: Vol. 2. Research applications*. Minneapolis: University of Min- nesota Press.

Dana, R. H., & Leech, S. (1974). Existential assess- ment. *Journal of Personality Assessment, 38,* 428–435.

Darley, J. M., Zanna, M. P., & Roediger, H. L. (Eds.). (2004). *The compleat academic: A career guide* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Dattilio, F. M. (2006). Equivocal death psychologi- cal autopsies in cases of criminal homicide. *American Journal of Forensic Psychology, 24,* 5–22.

Davanloo, H. L. (1994). *Basic principles and tech- niques in short-term dynamic psychother- apy.* Northdale, NJ: Jason Aronson, Inc.

Davidson, W. S., Redner, R., Blakely, C., Mitchell, C. M., & Emshoff, J. G. (1987). Diversion of juve- nile offenders: An experimental comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychol- ogy, 55,* 68–75.

Davies, P. T., Sturge-Apple, M. L., Cicchetti, D., & Cummings, E. M. (2007). The role of child adrenocortical functioning in pathways between interparental confl and child malad- justment. *Developmental Psychology, 43,* 918–930.

Dawes, R. M. (1986). Representative thinking in clinical judgment. *Clinical Psychology Review, 6,* 425–442.

Dawes, R. M. (1994). *House of cards.* New York: The Free Press.

Dawes, R. M., Faust, D., & Meehl, P. E. (1989). Clini- cal versus actuarial judgment. *Science, 243,* 1668–1674.

DeClue, G. (2006). Review of Fitness Interview Test-Revised (FIT-R): A structured interview for assessing competency to stand trial. *Journal of Psychiatry & Law, 34,* 371–379.

DeLeon, P. H., Wedding, D., Wakefield, M. K., & VandenBos, G. R. (1992). Medicaid policy: Psy- chology's overlooked agenda. *Professional Psychology: Research and Practice, 23,* 96–107.

DeLosReyes, A., & Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin, 131,* 483–509.

Dennis,W.(1948). *Readings in the history of psy- chology.* New York: Appleton-Century-Crofts.

DeYoung, P. A. (2003). *Relational psychotherapy: A primer.* New York: Burnner-Routledge.

Diener, C. I., & Dweck, C. S. (1978). An analysis of learned helplessness: Continuous changes in performance, strategy, and achievement cogni- tions following failure. *Journal of Personality and Social Psychology, 36,* 451–462.

Diener, E., Tamir, M., & Scollon, C. N. (2006). Hap- piness, life satisfaction, and fulfillment: The social psychology of subjective well-being. In P. A. M. & VanLange (Ed.), *Bridging social psychology: Benefits of transdisciplinary approaches* (pp. 319–324). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Dies, R. (2003). Group Psychotherapies. In A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.). *Essential psy- chotherapies* (2nd ed., pp. 515–550). New York: Guilford.

DiLalla, D. L., & Gottesman, I. I. (1995). Normal personality characteristics in identical twins discordant for schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 490–499.

DiLillo, D., DeGue, S., Cohen, L. M., & Morgan, R. D. (2006). The path to licensure for academic psychologists: How tough is the road? *Professional Psychology: Research and Prac- tice, 37,* 567–586.

DiLillo, D., Perry, A. R., & Fortier, M. (2006). Child physical abuse and neglect. In R. T. Ammer- man (Ed.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology* (Vol. 3, pp. 367–387). Hoboken, NJ: Wiley.

Dilk, M. N., & Bond, G. R. (1996). Meta-analytic evaluation of skills training research for indi- viduals with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 1137–1146.

DiMatteo, R., Giordani, P. J., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2002). Patient adherence and medical treatment outcomes: A meta-analysis. *Medical Care, 40,* 794–811.

Dimatteo, M. R., & Taranta, A. (1976). Nonverbal communication and physician-patient rap- port: An empirical study. *Professional Psy- chology, 10,* 540–547.

Dimidjian, S., & Linehan, M. M. (2003). Defi an agenda for future research on the clinical appli- cation of mindfulness practice. *Clinical Psy- chology: Science and Practice, 10,* 166–171.

Dipboye, R. L., Stramler, C. S., & Fontenelle, G. A. (1984). The effects of the application on recall of information from the interview. *Academy of Management Journal, 27,* 561–575.

Disch, E. (2006). Sexual victimization and revic- timization of women by professionals: Client experiences and implications for subsequent treatment. *Women and Therapy, 29,* 41–61.

Dishion, T. J.,& Stormshak, E. A. (2007). Child and adolescent intervention groups. In T. J. Dish- ion & E. A. Stormshak (Eds.), *Intervening in children's lives: An ecological, family- centered approach to mental health care* (pp. 201–215). Washington, DC: American Psychological Association.

Division 17 Counseling Psychology. (2001). What is a Counseling Psychologist? Retrieved September 17, 2001, from http://www.div17. org/whatis.html.

Dobson, K. S. (Ed.), (2002). *Handbook of cogni- tive-behavioral therapies* (2nd ed.). New York: Guilford.

Dodge, K. A., Coie, J. D., & Lynam, D. (2006). Aggression and antisocial behavior in youth. In N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of child psy- chology* (6th ed., pp. 719–788). Hoboken, NJ: Wiley.

Doefler, L. A., Addis, M. E., & Moran, P. W. (2002). Evaluating mental health outcomes in an inpa- tient setting: Convergent validity of the OQ-45 and BASIS - 32. *Journal of Behavioral Health Services and Research, 29,* 394–403.

Dohrenwend, B. S. (1978). Social stress and com- munity psychology. *American Journal of Community Psychology, 6,* 1–14.

Domino, G., & Domino, M. L. (2006). *Psycho- logical testing* (2nd ed.).NewYork:Cambridge University Press.

Donn, J. E., Routh, D. K., & Lunt, I. T. I. (2000). From Leipzig to Luxembourg (via Boulder and Vail): A history of clinical psychology training in Europe and the United States. *Professional Psychology: Research and Practice, 31,* 423–428.

Dornelas, E. A. (2001) Introduction: Integrating health psychology into clinical practice. *Journal of Clinical Psychology/In Session, 57,* 1261–1262.

Doss, B. D., Simpson, L. E., & Christensen, A. (2004). Why do couples seek marital therapy? *Professional Psychology: Research and Prac- tice, 35,* 608–614.

Douglas, J., & Olshaker, M. (1995). *Mind hunter: Inside the FBI's elite serial crime unit*. New York: Scribner's.

Doyle, M., & Dolan, M. (2006). Predicting commu- nity violence from patients discharged from mental health services. *British Journal of Psy- chiatry, 189,* 520–526.

DuBois, P. H. (1970). *A history of psychological testing*. Boston: Allyn & Bacon.

Duckworth, A. L., Peterson, C., Matthews, M. D., & Kelly, D. R. (2007). Grit: Perseverance and passion for long-term goals. *Journal of Personality and Social Psychology, 92,* 1087–1101.

Duckworth, A. L., Steen, T. A., & Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in clinical prac- tice.*Annual Review of Clinical Psychology, 1,* 629–651.

Duhig, A. M., Renk, K., Epstein, M. K., & Phares, V. (2000). Interparental agreement on internaliz- ing, externalizing, and total behavior prob- lems: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7,* 435–453.

Eagle, M. N. (1984). *Recent developments in psy- choanalysis: A critical evaluation*. Cam- bridge, MA: Harvard University Press.

Eaker, E. D., Abbott, R. D., Kannel, W. B. (1989). Frequency of uncomplicated angina pectoris in Type A compared with Type B persons (the Framingham study). *American Journal of Cardiology, 63,* 1042–1045.

Earl, A., & Albarracin, D. (2007). Nature, decay, and spiraling of the effects of fear-inducing arguments and HIV counseling and testing: A meta-analysis of the short- and long-term out- comes of HIV-prevention interventions. *Health Psychology, 26,* 496–506.

Ebert, B. W. (1987). Guide to conducting a psy- chological autopsy. *Professional Psychology: Research and Practice, 18,* 52–56.

Ebrahim, S., Beswick, A., Burke, M., & Davey- Smith, G. (2006). Multiple risk factor interven- tions for primary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev., 18,* CD001561.

Educational Testing Service (2007). *Graduate record examinations information and regis- tration bulletin*. Princeton, NJ: Author.

Edwards, A. L. (1957). *The social desirability variable in personality assessment and research*. New York: Dryden.

Edwards, D. J. A., Dattilio, F. M., & Bromley, D. B. (2004). Developing evidence-based practice: The role of case-based research. *Professional Psychology: Research and Practice, 35,* 589–597.

Edwards, J. (2006). Music therapy in the treat- ment and management of mental disorders. *Irish Journal of Psychological Medicine, 23,* 33–35.

Ehmann, T. S., Higgs, E., Smith, G. N., Au, T., Altman, S., Llyod, D., & Honer, W. G. (1995). Routine assessment of patient progress: A multiformat, change-sensitive nurses instru- ment for assessing psychotic inpatients. *Comprehensive Psychiatry, 36,* 289–295.

Eid, M., & Diener, E. (Eds.). (2005). *Handbook of multimethod and measurement in psychol- ogy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Einhorn, H. J., & Hogarth, R. M. (1978). Confidence in judgment: Persistence of the illusion of validity. *Psychological Review, 85,* 395–416.

Elias, M. (2007). *Supporters renew push for mental health care. USA Today*. Retrieved Jan- uary 9, 2007, from http://www.usatoday.com/ news/health/2007-01-07-mental-health-reform_ x.htm.

Elias, Marilyn. (2004, May 3). 9/11 still haunts Pen- tagon workers, WTC rescuers. *USA Today*. Retrieved March 15, 2007, from http://www. usatoday.com/news/health/2004-05-03-sept11- ptsd_x.htm.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psy- chotherapy*. New York: Lyle Stuart.

Ellis, A. (1973). Rational-emotive therapy. In R. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies* (pp. 167–206). Itasca, IL: F. E. Peacock.

Ellis, A. (1993). Changing rational-emotive ther- apy (RET) to rational-emotive behavior therapy (REBT). *The Behavior Therapist, 16,* 257–258.

Ellis, A. (1995). Rational emotive behavior ther- apy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (5th ed.,pp.162–196). Itasca, IL: Peacock Publishers, Inc.

Ellis, A. (2001). Reasons why rational emotive behavior therapy is relatively neglected in the professional and scientific literatures. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behav- ior Therapy, 19,* 67–74.

Ellis, A., & Dryden, W. (1987). *The practice of rational-emotive therapy*. New York: Springer.

Ellis, A., & Grieger, R. (Eds.). (1977). *Handbook of rational-emotive therapy*. New York: Springer.

Ellis, P., Robinson, P., Ciliska, D., Armour, T., Brouwers, M., O'Brien, M. A., et al. (2005). A systematic review of studies evaluating diffu- sion and dissemination of selected cancer control interventions. *Health Psychology, 24,* 488–500.

Ellsworth, J. R., Lambert, M. J., & Johnson, J. (2006). A comparison of the Outcome Ques- tionnaire-45 and Outcomes Questionnaire-30 in classification and prediction of treatment outcome. *Clinical Psychology and Psy- chotherapy, 13,* 380–391.

Emery, R. E. (1982). Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin, 92,* 310–330.

Emery, R. E., Matthews, S. G., & Kitzmann, K. M. (1994). Child custody mediation and litiga- tion: Parents' satisfaction and functioning one year after settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 124–129.

Emery, R. E., Matthews,S. G., & Wyer, M. M. (1991). Child custody medication and litigation: Fur- ther evidence on the differing views of moth- ers and fathers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 410–418.

Englemann, S. (1974). The effectiveness of direct verbal instruction on IQ performance and achievement in reading and arithmetic. In R. Ulrich, T. Stachnik, & J. Mabry (Eds.), *Control of human behavior* (Vol. 3, pp. 69–84). Glen- view, IL: Scott, Foresman.

Ennis, B. J., & Litwack, T. R. (1974). Psychiatry and the presumption of expertise: Flipping coins in the courtroom. *California Law Review, 62,* 693–752.

Erickson, P. I., & Kaplan, C. P. (2000). Maximiz- ing qualitative responses about smoking in structured interviews. *Qualitative Health Research, 10,* 829–840.

Erikson, E. H. (1946). *Ego development and his- torical change. The psychoanalytic study of the child* (Vol. 2, pp. 359–396). New York: International Universities Press.

Erwin, E. (1999). Constructivist epistemologies and therapies. *British Journal of Guidance and Counseling, 27,* 353–365.

Eslinger, P. J., & Damasio, A. R. (1985). Severe dis- turbance of higher cognition after bilateral frontal lobe ablation: Patient EVR. *Neurology, 35,* 1731–1741.

Evans, D. L., & Seligman, M. E. P. (2005). Introduc- tion. In D. L. Evans, E. B. Foa, R. E. Gur, H. Hendin, C. P. O'Brien, M. E. P. Seligman & B. T. Walsh (Eds.), *Treating and preventing adoles- cent mental health disorders:What we know and what we don't know* (pp. xxv–xl). New York: Oxford University Press.

Evans, G. W. (2004). The environment of child- hood poverty. *American Psychologist, 59,* 77–92.

Evans, G. W., Gonnella, C., Marcynyszyn, L. A., Gen- tile, L., & Salpekar, N. (2005). The role of chaos in poverty and children's socioemotional adjustment. *Psychological Science, 16,* 560–565.

Ewing, C. P., & McCann, J. T. (2006). *Minds on trial: Great cases in law and psychology.* New York: Oxford University Press.

Exner, J. E. (1974). *The Rorschach: A compre- hensive system* (Vol. 1). New York: Grune & Stratton.

Exner, J. E. (1976). Projective techniques. In I. B. Weiner (Ed.), *Clinical methods in psychology* (pp. 61–121). New York: Wiley.

Exner, J. E. (1993). *The Rorschach: A comprehen- sive system: Vol. 1. Basic foundations* (3rd ed.). New York: Wiley.

Exner, J. E. Jr. (2003). *Basic foundations and principles of interpretation.* Hoboken, NJ: Wiley.

Exner, J. E. Jr., & Erdberg, P. (2005). *The Rorschach, advanced interpretation.* Hobo- ken, NJ: Wiley.

Eyberg, S. M., & Matarazzo, R. G. (1980). Training parents as therapists: A comparison between individual parent-child interactions training and parent group didactic training. *Journal of Clinical Psychology, 36,* 492–499.

Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychother- apy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16,* 319–324.

Eysenck, H. J. (1966). *The effects of psychother- apy.* New York: International Science Press.

Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual for Eysenck Personality Questionnaire.* San Diego, CA: Educational and Individual Testing Service. Fagan, T. J., Ax, R. K., Resnick, R. J., Liss, M., Johnson, R. T., & Forbes, M. R. (2004). Attitudes among interns and directors of training: Who wants to prescribe, who doesn't, and why? *Professional Psychology: Research and Prac- tice, 35,* 345–356.

Fagan, T. K. (1996). Witmer's contribution to school psychological services. *American Psy- chologist, 51,* 241–243.

Fairbairn, W. R. D. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality.* London: Tavistock Publica- tions/ Routledge & Kegan Paul.

Fallon, T., & Schwab-Stone, M. (1994). Determi- nants of reliability in psychiatric surveys of children aged 6–12. *Journal of Child Psychol- ogy and Psychiatry and Allied Disciplines, 35,* 1391–1408.

Fancher, R. E. (1973). *Psychoanalytic psychology: The development of Freud's thought.* New York: W. W. Norton.

Farah, M. J., McMullen, P. A., & Meyer, M. M. (1991). Can recognition of living things be selectively impaired? *Neuropsychologia, 29*(2), 185–193.

Fauber, R. L. (2006). Graduate admissions in clini- cal psychology: Observations on the present and thoughts on the future. *Clinical Psychol- ogy: Science and Practice, 13,* 227–234.

Faust, D., & Ziskin, J. (1988). The expert witness in psychology and psychiatry. *Science, 242,* 31–35.

Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Arndt, L. A., & Pasnau, R. O. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Archives of Gen- eral Psychiatry, 52,* 100–113.

Feinstein, R. E., & Feinstein, M. S. (2001). Psy- chotherapy for health and lifestyle change. *Journal of Clinical Psychology/In Session, 57,* 1263–1275.

Felner, R. D., Farber, S. S., & Primavera, J. (1983). Transitions and stressful life events: A model for primary prevention. In R. D. Felner, L. A. Jason, J. N. Moritsugu, & S. S. Farber (Eds.), *Preventive psychology:Theory, research, and prevention* (pp. 191–215). New York: Perga- mon Press.

Felner, R. D., Felner, T. Y., & Silverman, M. M. (2000). Pre-

vention in mental health and social intervention: Conceptual and methodological issues in the evolution of the science and practice of prevention. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 9–42). Dordrecht, Nether- lands: Kluwer Academic Publishers.

Feltham, C. (2000). What are counselling and psy- chotherapy? In C. Feltham & I. Horton (Eds.), *Handbook of counselling and psychotherapy*. London: Sage.

Figueroa-Moseley, C., Jean-Pierre, P., Roscoe, J. A., Ryan, J. L., Kohli, S., et al. (2007). Behavioral Interventions in Treating Anticipatory Nausea and Vomiting. *Journal of National Compre- hensive Cancer Networks, 5,* 44–50.

Finch, A. J., Simon, N. P., & Nezu, C. M. (2006). The future of clinical psychology: Board certifica- tion. *Clinical Psychology: Science and Prac- tice, 13,* 254–257.

Fine, R. (1971). *The healing of the mind: The technique of psychoanalytic psychotherapy*. New York: David McKay.

Fine, S., & Glasser, P. H. (1996). *The first helping interview: Engaging the client and building trust*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Finger, M. S., & Ones, D. S. (1999). Psychometric equivalence of the computer and booklet forms of the MMPI: A meta-analysis. *Psychological Assessment, 11,* 58–66.

Finger, M. S., & Rand, K. L. (2005). Addressing validity concerns in clinical psychology research. In M. C. Roberts & S. S. Ilardi (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 13–30). Malden, MA: Blackwell Publishing.

Finn, S. E. (1996). *Manual for using the MMPI-2 for a therapeutic intervention*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Finn, S. E. (2005). How psychological assessment taught me compassion and firmness. *Journal of Personality Assessment, 84,* 29–32.

First, M. B. (2006). Relational processes in the DSM-V revision process: Comment on the spe- cial section. *Journal of Family Psychology, 20,* 356–358.

Fischer, C. T. (1985). *Individualizing psychologi- cal assessment*. Monterey, CA: Brooks/Cole.

Fischer, C. T. (1989). A life-centered approach to psychodiagnostics: Attending to lifeworld, ambiguity, and possibility. *Person-Centered Review, 4,* 163–170.

Fischer, C. T. (2001). Psychological assessment: From objectifi back to the life world. In B. D. Slife, R. N. Williams, & S. H. Barlow (Eds.), *Critical issues in psychotherapy* (pp. 29–44). Thousand Oaks, CA: Sage.

Fisher, C. T., & Fisher, W. F. (1983). Phenomenological-existential psychotherapy. In M. Hersen, A. E. Kazdin, & A. S. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook* (pp. 489–505). New York: Pergamon Press.

Fisher, D. C., Beutler, L. E., & Williams, O. B. (1999). Making assessment relevant to treatment planning: The STS Clinician Rating Form. *Journal of Clinical Psychology, 55,* 825–842.

Fisher, J. D., Fisher, W. A., Bryan, A. D., & Misovich, S. J. (2002). Information-motivation-behavioral skills model-based HIV risk behavior change intervention for inner-city high school youth. *Health Psychology, 21,* 177–186.

Fleisig, W. E. (1993).The development of the Illus- trated Fear Survey Schedule (IFSS) and an examination of its reliability and validity with children with mild mental retardation. *Dis- sertation Abstracts International, 54,* 1719.

Foa, E. B., Riggs, D., Dancu, C., & Rothbaum, R. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 6,* 459–473.

Fodor, J. A. (1983). *Modularity of mind.* Cam- bridge, MA: MIT Press.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21,* 219–239.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the ways of coping questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Follette, W. C. (1996). Introduction to the special section on the development of theoretically coherent alternatives to the DSM system. *Journal of Consulting and Clinical Psychol- ogy, 64,* 1117–1119.

Follette, W. C., & Houts, A. C. (1996). Models of scientific progress and the role of theory in taxonomy development: A case study of the DSM. *Journal of Consulting and Clinical Psy- chology, 64,* 1120–1132.

Follette, W. C., Naugle, A. E., & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy, 27,* 623–642.

Folstein, M. F., Maiberger, P., & McHugh, P. R. (1977). Mood disorders as a specific compli- cation of stroke. *Journal of Neurology, Neu- rosurgery & Psychiatry, 40,* 1018–1020.

Fonagy, P., & Target, M. (2003). *Psychoanalytic theories: Perspectives from developmental psychology*. New York: Brunner-Routledge.

Ford, M., & Widiger,T. (1989).Sex bias in the diag- nosis of histrionic and antisocial personality disorders. *Journal of Consulting and Clini- cal Psychology, 57,* 301–305.

Forsyth, D. R., & Corazzini, J. G. (2000). Groups as change agents. In C. R. Snyder & R. E. Ingram (Eds.), *Handbook of psychological chance* (pp. 309–336). New York: Wiley.

Fosco, G. M., & Grych, J. H. (2007). Emotional expression in the family as a context for children's appraisals of interparental con- flict. *Journal of Family Psychology, 21,* 248–258.

Foster, G. D., & Kendall, P. C. (1994). The realistic treatment of obesity: Changing the scales of success. *Clinical Psychology Review, 14,* 701–736.

Fowers, B. J., & Davido, B. J. (2006). The virtue of multicul-

turalism: Personal transformation, character, and openness to the other. *American Psychologist, 61,* 581–594.

Frank, E.,Shear, M. K., Rucci, P., Banti,S., Mauri, M., et al. (2005). Cross-cultural validity of the Structured Clinical Interview for Panic-Agora- phobic spectrum. *Social Psychiatry and Psy- chiatric Epidemiology, 40,* 283–290.

Frank, L. K. (1939). Projective methods for the study of personality. *Journal of Psychology, 8,* 343–389.

Frankl, V. (1963). *Man's search for meaning.* New York: Washington Square Press.

Frankl, V. (1965). *The doctor and the soul.* New York: Knopf.

Frankl, V. (1967). *Psychotherapy and existential- ism: Selected papers on logotherapy.* New York: Washington Square Press.

Franko, D. L., Mintz, L. B., Villapiano, M., Green, T. C., Mainelli, D., Folensbee, L., et al. (2005). Food, mood, and attitude: Reducing risk for eating disorders in college women. *Health Psychology, 24,* 567–578.

Franks, C. M. (1964). *Conditioning techniques in clinical practice and research.* New York: Springer.

Fraser, M. W. (Ed.). (2004). *Risk and resilience in childhood: An ecological perspective* (2nd ed.). Washington, DC: National Association of Social Workers Press.

Fraser, M. W., Kirby, L. D., & Smokowski, P. R. (2004). Risk and resilience in childhood. In M. W. Fraser (Ed.) (2004). *Risk and resilience in childhood:An ecological perspective* (2nd ed., pp. 13–66). Washington, DC: National Associa- tion of Social Workers Press.

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden- and-build theory of positive emotions. *American Psychologist, 56,* 218–226.

Free, M. L. (2007). *Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice* (2nd ed.). Hoboken, NJ: Wiley.

Freud, A. (1936). The ego and the mechanisms of defense. In *The writings of Anna Freud* (Vol. 2, Revised Edition, 1966). New York: International Universities Press.

Freud, S. (1900). *The interpretation of dreams* (Avon Edition, 1965). New York: Avon Books. Freud, S. (1901). *The psychopathology of everyday life.* New York: Macmillan.

Freud,S. (1904). On psychotherapy. Lecture deliv- ered before the College of Physicians in Vienna. Reprinted in S. Freud, *Therapy and technique.* New York: Collier Books, 1963.

Freud, S. (1949). *An outline of psychoanalysis.* (J. Strachey, trans.). New York: W. W. Norton.

Freud, S. (1953/1964). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (24 vols.). London: Hogarth Press.

Frick, P. J. (1998). Conduct disorders. In T. H. Ollen- dick & M. Hersen (Eds.), *Handbook of child psychopathology* (3rd ed., pp. 213–237). New York: Plenum.

Friedman, M., & Rosenman, R. H. (1974). *Type A behavior and your heart.* New York: Knopf.

Friedman, M., & Thoresen, C. (1986). Alteration of Type A behavior and its effect on cardiac recurrences in post-myocardial infarction patients: Summary results of the Recurrent Coronary Prevention Project. *American Heart Journal, 112,* 653–665.

Friedman, M.,Thoresen, Gill, Ulmer, Powell, Price, Brown, Thompson, Labin, Breall, et al. (1986). Alteration of Type A behavior and its effect on cardiac recurrences in post-myocardial infarc- tion patients: Summary results of the Recur- rent Coronary Prevention Project. *American Heart Journal, 112,* 653–665.

Frish, M. B. (1998). Quality of life therapy and assessment in health care. *Clinical Psychol- ogy: Science and Practice, 5,* 19–40.

Funder, D. (2001). *The personality puzzle* (2nd ed.). New York: W. W. Norton.

Furman, W. (1980). Promoting appropriate social behavior: A developmental perspective. In B. Lahey & A. Kazdin (Eds.), *Advances in clini- cal child psychology* (Vol. 3, pp. 1–41). New York: Plenum Press.

Furnham, A. (2000). Thinking about intelligence. *The Psychologist. 13,* 510–515. Gabbard, G. O. (2000). *Psychodynamic psychi- atry in clinical practice* (3rd ed.). Washing- ton, DC: American Psychiatric Press.

Gabbard, G. O. (2005). *Psychodynamic psychi- atry in clinical practice* (4th ed.). Washing- ton, DC: American Psychiatric Publishing.

Gabbard, K., & Gabbard, G. O. (1999). *Psychiatry and the cinema.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Gaines, L. K., & Falkenberg, S. (1998). An evalua- tion of the written selection test: Effective- ness and alternatives. *Journal of Criminal Justice, 26,* 175–183.

Gainotti, G. (1972). Emotional behavior and hemispheric side of lesion. *Cortex, 8,* 41–55.

Galton, F. (1883). *Inquiries into the human faculty and its development.* London: Macmillan.

Garb, H. N. (1984). The incremental validity of information used in personality assessment. *Clinical Psychology Review, 4,* 641–656.

Garb, H. N. (1989). Clinical judgment, clinical training, and professional experience. *Psychological Bulletin, 105,* 387–396.

Garb, H. N. (1992). The trained psychologist as expert witness. *Clinical Psychology Review, 12,* 451–468.

Garb, H. N. (1995). Sex bias and the diagnosis of borderline personality disorder. *Professional Psychology: Research and Practice, 26,* 526.

Garb, H. N. (1996). The representativeness and past-behavior heuristics in clinical judgment. *Professional Psychology: Theory and Practice, 27,* 272–277.

Garb, H. N. (2000). Computers will become increasingly important for psychological assessment: Not that there's anything wrong with that! *Psychological Assessment, 12,* 31–39.

Garb, H. N. (2007). Computer-administered inter- views and rating scales. *Psychological Assess- ment, 19,* 4–13.

Garb, H. N., Florio, C. M., & Grove, W. M. (1998). The validity of the Rorschach and the Min- nesota Multiphasic Personality Inventory: Results from meta-analyses. *Psychological Sci- ence, 9,* 402–404.

Garber, J. (1984). Classification of childhood psy- chopathology: A developmental perspective. *Child Development, 55,* 30–48.

Garber, J., & Carter, J. S. (2006). Major depression. In R. T. Ammerman (Ed.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathol- ogy* (Vol. 3, pp. 165–216). Hoboken, NJ: Wiley.

Gardner, H. (1993). *Multiple intelligences*. New York: Basic Books.

Gardner, H. (1998). Multiple intelligences: Myths and messages. In A. Wolfolk (Ed.), *Readings in educational psychology* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Gardner, H. (2002). The pursuit of excellence through education. In M. Ferrari (Ed.), *Learning from extraordinary minds*. Mah- wah, NJ: Erlbaum.

Gardner, H., Brownell, H. H., Wapner, W., & Miche- low, D. (1983). Missing the point: The role of the right hemisphere in the processing of complex linguistic materials. In E. Perecman (Ed.), *Cognitive processing in the right hemi- sphere* (pp. 169–191). New York: Academic.

Gardner, W., Lidz, C. W., Mulvey, E. P., & Shaw, E. C. (1996). Clinical versus actuarial predictions of violence in patients with mental illnesses. *Journal of Consulting and Clinical Psychol- ogy, 64,* 602–609.

Garfield, S. L. (1974). *Clinical psychology: The study of personality and behavior*. Chicago: Aldine.

Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A. Bergin & S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 190–228). New York: Wiley.

Gazzaniga, M. S., Fendrich, R., & Wessinger, C. M. (1994). Blindsight reconsidered. *Current Directions in Psychological Science, 3,* 93–95.

Geer, J. H. (1965). The development of a scale to measure fear. *Behaviour Research and Ther- apy, 3,* 45–53.

Gelfand, D. M., & Peterson, L. (1985). *Child devel- opment and psychopathology*. Beverly Hills, CA: Sage.

Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-oriented psy- chotherapy: A manual of the experiential method*. New York: Guilford.

Gernsbacher, M. A., Dawson, M., & Goldsmith, H. H. (2005). Three reasons not to believe in an autism epidemic. *Current Directions in Psy- chological Science, 14,* 55–58.

Gittelman, R. (1980). The role of tests for differ- ential diagnosis in child psychiatry. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 19,* 413–438.

Gladding, S. (2007). *Groups: A counseling spe- cialty*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Glaser, R., & Bond, L. (1981). Introduction to the special issue: Testing: Concepts, policy, prac- tice, and research. *American Psychologist, 36,* 997–1000.

Glasgow, R. E., Nutting, P. A.,Toobert, D. J., King, D. K., Strycker, L. A., Jex, M., et al. (2006). Effects of a brief computer-assisted diabetes self-man- agement intervention on dietary, biological and quality-of-life outcomes. *Chronic Illness, 2,* 27–38.

Glasgow, R. E., & Terborg, J. R. (1988). Occupa- tional health promotion programs to reduce cardiovascular risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 365–373.

Glozman, J. M. (2007). A. R. Luria and the history of Russian neuropsychology. *Journal of the History of Neuroscience, 16,* (1–2), 168–180.

Glueckauf, R., Pickett,T. C., Ketterson,T. U., Loomis, J. S., & Rozensky, R. H. (2003). Preparation for the delivery of telehealth services: A self-study framework for expansion of practice. *Professional Psychology: Research and Prac- tice, 34,* 159–163.

Glynn, M., & Rhodes, P. (2005). Estimated HIV prevalence in the US at the end of 2003. *National HIV Prevention Conference,* Atlanta, Georgia.

Goins, M. K., Strauss, G. D., & Martin, R. (1995). A change measure for psychodynamic psy- chotherapy outcome research. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 4,* 319–328.

Gold, J., & Strickler, G. (2006). Introduction: An overview of psychotherapy integration. In G. Strickler & J. Gold (Eds.), *A casebook of psy- chotherapy integration*. Washington, DC: American Psychological Association.

Goldberg, E. (1995). Rise and fall of modular orthodoxy. *Journal of Clinical and Experi- mental Neuropsychology, 17*(2), 193–208.

Goldberg, E. & Bougakov, D. (2005). Neuropsy- chologic assessment of frontal lobe dysfunc- tion. *Psychiatric Clinics of North America, 28,* 567–580.

Goldberg, L. R. (1959). The effectiveness of clini- cians' judgments: The diagnosis of organic brain damage from the Bender-Gestalt test. *Journal of Consulting Psychology, 23,* 25–33.

Goldberg, L. R. (1968). Simple models or simple processes? Some research on clinical judg- ments. *American Psychologist, 23,* 483–496.

Goldfried, M. R. (1980).Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist, 35,* 991–999.

Goldfried, M. R. (2006). Cognitive-affective-rela- tional-behavior therapy. In G. Stricker & J. Gold (Eds.), *A casebook of psychotherapy integra- tion* (pp. 153–164). Washington, DC: Ameri- can Psychological Association.

Goldfried, M. R., & Sprafkin, J. N. (1974). *Behavioral personality assessment*. Morris- town, NJ: General Learning Press.

Golding, S. L., & Rorer, L. G. (1972). Illusory cor- relation and subjective judgment. *Journal of Abnormal Psychology, 80,* 249–260.

Goldsmith, J. B., & McFall, R. M. (1975). Develop- ment and evaluation of an interpersonal skill- training program for psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Psychology, 84,* 51–58.

Goldstein, S., & Brooks, R. B. (2005). *Handbook of resilience in children*. New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

Goodheart, C. D., Kazdin, A. E., & Sternberg, R. J. (Eds.). (2006). *Evidence-based psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Goodman, S. H., Lahey, B. B., Fielding, B., Dulcan, M., Narrow, W., & Regier, D. (1997). Represen- tativeness of clinical samples of youth with mental disorders: A preliminary population- based study. *Journal of Abnormal Psychol- ogy,* 3–14.

Goodwin, P. J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guther, H., et al. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *The New England Journal of Medicine, 345,* 1719–1726.

Gorenstein, E. E., & Comer, R. J. (2002). *Case stud- ies in abnormal psychology*. New York: Worth.

Gorman, J. M. (2006). Virtual reality: A real treat- ment option. *CNS Spectrums, 11,* 12–13.

Gotham, H. J. (2006). Advancing the implementa- tion of evidence-based practices into clinical practice: How do we get there from here? *Professional Psychology: Research and Prac- tice, 37,* 606–613.

Gottlieb, B. H., & Peters, L. (1991). A national demographic portrait of mutual aid group participants in Canada. *American Journal of Community Psychology, 19,* 651–666.

Gottman, J. M., & Gottman, J. S. (2006). *Ten les- sons to transform your marriage*. New York: Crown Publishing Group.

Gottman, J. M., & Krokoff, L. J. (1989). Marital interaction and satisfaction: A longitudinal view. *Journal of Consulting and Clinical Psy- chology, 57,* 47–52.

Gottman, J. M., & Levenson, R. W. (1992). Marital processes predictive of later dissolution: Behavior, physiology, and health. *Journal of Personality and Social Psychology, 63,* 221–233.

Gottman, J. M., Markman, H. J., & Notarius, C. (1977). The topography of marital conflict: A sequential analysis of verbal and nonverbal behavior. *Journal of Marriage and the Fam- ily, 39,* 461–477.

Gottman, J. M., & Ryan, K. (2005). The mismea- sure of therapy: Treatment outcomes in mari- tal therapy research. In W. M. Pinsof & J. L. Lebow (Eds.), *Family psychology: The art of the science* (pp. 65–89). New York: Oxford University Press.

Gough, H. (1987). *California Psychological Inventory: Administrator's guide*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Graham, J. R. (1990). *MMPI-2:Assessing personal- ity and psychopathology*. New York: Oxford University Press.

Graham, J. R. (2000). *MMPI-2:Assessing personal- ity and psychopathology* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.

Grant, B. F., Harford, T. C., Dawson, D. D., Chou, P. S., & Pickering, R. (1995). The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Inter- view Schedule (AUDADIS): Reliability of alco- hol and drug modules in a general population sample. *Drug and Alcohol Dependence, 39,* 37–44.

Grant, K. E., Katz, B. N.,Thomas, K. J., O'Koon, J. H., Meza, C. M., DiPasquale, A. M., et al. (2004). Psy- chological symptoms affecting low-income urban youth. *Journal of Adolescent Research, 19,* 613–634.

Grant, K. E., McCormick, A., Poindexter, L., Simp- kins, T., Janda, C. M., Thomas, K. J., et al. (2005). Exposure to violence and parenting as media- tors between poverty and psychological symptoms in urban African American ado- lescents. *Journal of Adolescence, 28,* 507–521.

Green, D. (2006). CPD: Why bother? In L. Golding & I. Gray (Eds.), *Continuing professional devel- opment for clinical psychologists:A practical handbook* (pp. 7–22). Leicester, England: British Psychological Society.

Greenberg, L. S., Elliot, R. K., & Lietaer, G. (1994). Research on experiential psychotherapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 509–512). New York: Wiley.

Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist, 44,* 19–29.

Greenberg, R. P., Constantino, M. J., & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review, 26,* 657–678.

Greenhoot, A. F. (2005). Design and analysis of experimental and quasi-experimental investi- gations. In M. C. Roberts & S. S. Ilardi (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 92–114). Malden, MA: Black- well Publishing.

Gregory, R. J. (2006). *Psychological testing: His- tory, principles, and applications* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Grilo, C. M., Lozano, C., & Elder, K. A. (2005). Inter- rater and test-retest reliability of the Spanish language version of the Eating Disorder Exam- ination Interview: Clinical and research impli- cations. *Journal of Psychiatric Practice, 11,* 231–240.

Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Wilson, G. T. (2006). Rapid response to treatment for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74,* 602–613.

Grinfeld,M.J.(1998).Psychiatry and mental illness: Are they mass media targets? Psychiatric Times, XV. Retrieved November, 14, 2006, from http:// www.psychiatrictimes.com/p980301a.html.

Grisso, T., & Appelbaum, P. S. (1995). The MacArthur Treatment Competence Study. III: Abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments. *Law and Human Behavior, 19,* 149–174.

Grisso, T., Steinberg, L., Wollard, J., Cauffman, E., Scott, E., Graham, S., et al. (2003). Juveniles' competence to stand trial: A comparison of adolescents' and adults' capacities as trial defendants. *Law and Human Behavior 27,* 333–363.

Gross, B. (2005). Death throes: Professional liabil- ity after client suicide. *Annals of the Ameri- can Psychotherapy Association, 8,* 34–35.

Gross, S. J. (1978). The myth of professional licensing. *American Psychologist, 33,* 1009–1016.

Grossarth, M. R., Eysenck, H. J., & Boyle, G. J. (1995). Method of test administration as a fac- tor in test validity: The use of a personality questionnaire in the prediction of cancer and coronary heart disease. *Behaviour Research and Therapy, 33,* 705–710.

Groth-Marnat, G. (1999). *Handbook of psycho- logical assessment* (3rd ed.). New York: Wiley. Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of psychological assessment* (4th ed.). Hoboken, NJ: Wiley.

Grove, W. M., Zald, D. H., Lebow, B. S., Snitz, B. E., & Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychological Assessment, 12,* 19–30.

Grover, R. L., Hughes, A. A., Bergman, R. L., & Kingery, J. N. (2006). Treatment modifi based on childhood anxiety diagnosis: Demon- strating the fl xibility in manualized treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 20,* 275–286.

Grych, J. H., & Fincham, F. D. (1992). Interventions for children of divorce: Toward greater inte- gration of research and action. *Psychological Bulletin, 111,* 434–454.

Grych, J. H., Raynor, S. R., & Fosco, G. M. (2004). Family processes that shape the impact of interparental conflict on adolescents. *Development and Psychopathology, 16,* 649–665.

Gullone, E., & King, N. J. (1992). Psychometric evaluation of a revised fear survey schedule for children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disci- plines, 33,* 987–998.

Gur, R. E. (1978). Left hemisphere dysfunction and the left hemisphere overactivation in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychol- ogy, 87,* 225–238.

Gur, R. E., Cowell, P. E., Latshaw, A., Turetsky, B. I.,

Grossman, R. I., Arnold, S. E., et al. (2000). Reduced dorsal and orbital prefrontal gray matter volumes in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 57,* 761–768.

Gureje, O. (2004). What can we learn from cross- national study of somatic distress? Journal of *Psychosomatic Research, 56, 409–412.*

Gurman, A. S. (2003). Marital therapy. In A. S. Gur- man & S. B. Messer (Eds.), *Essential Psy- chotherapies,* (2nd ed., pp 463–514). New York: Guilford.

Gurman, A. S., & Jacobson, N. S. (2002). *Clinical handbook of couple therapy* (3rd ed.). New York:Guilford.

Gurman, A. S., & Messer, S. B. (Eds.). (2003). *Essential psychotherapies* (2nd ed.). New York: Guildford.

Hall, G. C. N. (2005). Introduction to the special section on multicultural and community psy- chology: Clinical psychology in context. *Journal of Consulting and Clinical Psychol- ogy, 73,* 787–789.

Hall, G. C. N. (2006). Diversity in clinical psychol- ogy. *Clinical Psychology: Science and Prac- tice, 13,* 258–262.

Hall, J. E., & Boucher, A. P. (2003). Professional mobility for psychologists: Multiple choices, multiple opportunities. *Professional Psychol- ogy: Research and Practice, 34,* 463–467.

Hall, J. E., Wexelbaum,S. F., & Boucher, A. P. (2007). Doctoral student awareness of licensure, cre- dentialing, and professional organizations in psychology: The 2005 national register inter- national survey. *Training and Education in Professional Psychology, 1,* 38–48.

Hallahan, B., Hibbeln, J. R., Davis, J. M., & Garland, M. R. (2007). Omega-3 fatty acid supplementa- tion in patients with recurrent self-harm: Single-centre double-blind randomised con- trolled trial. *British Journal of Mental Sci- ence, 190,* 118–122.

Hambleton, R. K., Merenda, P. F., & Spielberger, C. D. (Eds.). (2005). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assess- ment.* Mahwah, NJ: Erlbaum.

Hammond, K. R., & Allen, J. M. (1953). *Writing clinical reports.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Handelsman, M. M., Gottlieb, M. C., & Knapp, S. (2005). Training ethical psychologists: An acculturation model. *Professional Psychol- ogy: Research and Practice, 36,* 59–65.

Handler, L. (1974). Psychotherapy, assessment, and clinical research: Parallels and similarities. In A. I. Rabin (Ed.), *Clinical psychology: Issues of the seventies* (pp. 49–62). East Lansing: Michigan State University Press.

Hankin, B. L., & Abela, J. R. Z. (2005). Depression from childhood through adolescence and adulthood. In B. L. Hankin & J. R. Z. Abela (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective* (pp. 245–288). Thousand Oaks, CA: Sage.

Hankin, B. L., Fraley, R. C., Lahey, B. B., & Waldman, I. D. (2005). Is depression best viewed as a continuum or discrete category? A taxometric analysis of childhood and adolescent depres- sion in a population-based sample. *Journal of Abnormal Psychology, 114,* 96–110.

Hansen, J. C. (1984). Interest inventories. In G. Goldstein & M. Hersen (Eds.), *Handbook of psychological assessment* (pp. 157–177). New York: Pergamon Press.

Hansen, J. C., & Campbell, D. P. (1985). *Manual for the SVIB-SCII* (4th ed.). Palo Alto, CA: Con- sulting Psychologists Press.

Hanson, S. L., Kerkhoff, T. R., & Bush, S. S. (2004). *Health care ethics for psychologists: A case- book.* Washing-

ton, DC: American Psychologi- cal Association.

Harbeck, C., Peterson, L., & Starr, L. (1992). Previ- ously abused child victims' response to a sex- ual abuse prevention program: A matter of measures. *Behavior Therapy, 23,* 375–388.

Harlow, J. M. (1848). Passage of an iron rod through the head. *Boston Medical and Surgi- cal Journal, 39,* 389–393.

Haro, J. M., Kontodimas, S., Negrin, M. A., Ratcliffe, M., Saurez, D., & Windmeijer, F. (2006). Methodological aspects in the assessment of treatment effects in observational health out- comes studies. *Applied Health Economics and Health Policy, 5,* 11–25.

Harris, F. C., & Lahey, B. B. (1982). Recording sys- tem bias in direct observational methodology: A review. *Clinical Psychology Review, 2,* 539–556.

Harrison, B. J., Yucel, M., Shaw, M., Brewer, W. J., Nathan, P. J., Strother, S. C., et al. (2006). Dys- function of dorsolateral prefrontal cortex in antipsychotic-naive schizophreniform psy- chosis. *Psychiatry Research, 148,* 23–31.

Harrower, M. R. (1965). Clinical psychologists at work. In B. B. Wolman (Ed.), *Handbook of clinical psychology* (pp. 1443–1458). New York: McGraw-Hill.

Hartmann, H. (1958). *Ego psychology and the problem of adaptation*. New York: Inter- national Universities Press.

Harway, M. (2005). *Handbook of couples ther- apy*. Hoboken, NJ: Wiley.

Hatala, R., & Case, S. M. (2000). Examining the influence of gender on medical students' deci- sion making. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine, 9,* 617–623.

Hatfield, D. R., & Ogles, B. M. (2004). The use of outcome measures by psychologists in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 35,* 485–491.

Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1967). *The Minnesota Multiphasic Personality Inven- tory manual*. New York: Psychological Corporation.

Hathaway, W. L., Scott, S.Y., & Garver, S. A. (2004). Assessing religious/spiritual functioning: A neglected domain in clinical practice? *Professional Psychology: Research and Prac- tice, 35,* 97–104.

Hawes, D. J., & Dadds, M. R. (2006). Assessing parenting practices through parent-report and direct observation during parent-training. *Journal of Child and Family studies, 15,* 555–568.

Hawley, D. R., Bailey, C. E., & Pennick, K. A. (2000). A content analysis of research in family ther- apy journals. *Journal of Marital and Family Therapy, 26,* 9–16.

Hawley, K. M., & Weisz, J. R. (2005).Youth versus parent working alliance in usual clinical care: Distinctive associations with retention, satis- faction, and treatment outcome. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34,* 117–128.

Hayes, S. A., Hope, D. A., Terryberry-Spohr, L. S., Spaulding, W. D., VanDyke, M., Elting, D. T. et al. (2006). Discriminating between cognitive and supportive group therapies for chronic men- tal illness. *Journal of Nervous and Mental Disease, 194,* 603–609.

Hayes, S. C. (2005). Eleven rules for a more suc- cessful clinical psychology. *Journal of Clini- cal Psychology, 61,* 1055–1060.

Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expand- ing the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford.

Hayes, S. C., & Shenk, C. (2004). Operationaliing mindfulness without unnecessary attach- ments. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11,* 249–254.

Haynes, R. B. (1982). Improving patient compli- ance: An empirical view. In R. B. Stuart (Ed.), *Adherence, compliance, and generalization in behavioral medicine* (pp. 56–78). New York: Brunner/ Mazel.

Haynes, S. N. (1990). Behavioral assessment of adults. In G. Goldstein & M. Hersen (Eds.), *Handbook of psychological assessment* (2nd ed., pp. 423–463). New York: Pergamon Press.

Haynes, S. N., & O'Brien, W. O. (2000). *Principles of behavioral assessment: A functional approach to psychological assessment*. New York: Plenum/ Kluwer Press.

Hays, P. A., & Iwamasa, G. Y. (Eds.). (2006). *Culturally responsive cognitive-behavioral therapy*. Washington, DC: American Psycho- logical Association.

Hays, P. A. (2007). *Addressing cultural complexi- ties in practice: Assessment, diagnosis, and therapy* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Hazlett-Stevens, H., Craske, M. G., Roy-Birne, P. P., Sherbourne, C. D., Stein, M. B., & Bystritsky, A. (2002). Predictors of willingness to consider medication and psychosocial treatment for panic disorder in primary care patients. *General Hospital Psychiatry, 24,* 316–321.

Heal, L. W., & Sigelman, C. K. (1995). Response biases in interviews of individuals with limited mental ability. *Journal of Intellectual Disabil- ity Research, 39,* 331–340.

Hedges, L. V., & Olkin, L. (1982). Analyses, reanaly- ses, and meta-analysis. *Contemporary Educa- tion Review, 1,* 157–165.

Hegel, M. T., & Ferguson, R. J. (2000). Differential reinforcement of other behavior (DRO) to reduce aggressive behavior following trau- matic brain injury. *Behavior Modification, 24,* 94–101.

Heidegger, M. (1968). *Being and time* (J. Mac- quarrie & E. Robinson, Trans.). New York: Harper & Row. (Original work published 1927)

Heider, F. (1958). *The psychology of interper- sonal relations*. New York: Wiley.

Heilbrun, K., & Collins, S. (1995). Evaluations of trial competency and mental state at time of offense: Report characteristics. *Professional Psychology: Research & Practice, 26,* 61–67.

Heilman, K. M., Barrett, A. M., & Adair, J. C. (1998). Possible mechanisms of anosognosia: A defect in self-awareness. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London: Series B. Bio- logical Sciences, 353*(1377), 1903–1909.

Heilman, K. M., & Valenstein, E. (Eds.). (2003). *Clinical neuropsychology* (4th ed.). New York: Oxford University Press.

Heilman, K. M., Watson, R. T., & Valenstein, E. (2003). Neglect and related disorders. In K. M. Heilman & E. Valenstein (Eds.), *Clinical neu- ropsychology* (4th ed.). New York: Oxford University Press.

Helgeson, V. S., Cohen, S., & Fritz, H. (1998). Social ties and the onset and progression of cancer. In J. Holland (Ed.), *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press.

Heller, W. (1990). The neuropsychology of emo- tion: Developmental patterns and implica- tions for psychopathology. In N. L. Stein, B. L. Leventhal, & T. Trabasso (Eds.), *Psychological and biological approaches to emotion* (pp. 167–211). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Heller, W., & Nitschke, J. B. (1997). Regional brain activity in emotion: A framework for under- standing cognition in depression. *Cognition and Emotion, 11,* 637–661.

Hellige, J. B. (2001). *Hemispheric asymmetry: What's right and what's left.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Hendrie, H. C., Lane, K. A., Ogunniyi, A., Baiyewu, O., Gureje, O., Evans, R., et al. (2006). The development of a semi-structured home inter- view (CHIF) to directly assess function in cognitively impaired elderly people in two cultures. *International Psychogeriatrics, 18,* 653–666.

Henggeler, S. W., & Schoenwald, S. K. (2002). Treatment manuals: Necessary, but far from sufficient. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9,* 419–420.

Henry, W. E. (1956). *The analysis of fantasy: The thematic apperception technique in the story of personality*. New York: Wiley.

Herbert, T. B., & Cohen, S. (1993). Stress and immunity in humans: A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine, 55,* 364–379.

Herink, R. (Ed.). (1980). *The psychotherapy handbook: The A to Z guide to more than 250 different therapies in use today*. New York: New American Library.

Herrington,J.D.,Mohanty,A.,Koven,N.S.,Fisher,J. E.,Stewart, J. L., Banich, M.T., et al. (2005). Emo- tion-modulated performance and activity in left dorsolateral prefrontal cortex. *Emotion, 5,* 200–207.

Hersch, P. D., & Alexander, R. W. (1990). MMPI profile patterns of emotional disability claimants. *Journal of Clinical Psychology, 46,* 795–799.

Hersen, M. (2002). *Clinical behavior therapy*. New York: Wiley.

Hetherington, E. M., & Arasteh, J. D. (Eds.). (1988). *Impact of divorce, single parenting, and stepparenting on children*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Hetherington, E. M., Bridges, M., & Insabella, G. M. (1998). What matters? What does not? Five perspectives on the association between mar- ital transitions and children's adjustment. *American Psychologist, 53,* 167–184.

Hetherington, E. M., & Elmore, A. M. (2003). Risk and resilience in children coping with their parents' divorce and remarriage. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adapta- tion in the context of childhood adversities* (pp. 182–212). New York: Cambridge Univer- sity Press.

Hetherington, E. M., & Stanley-Hagan, M. (1999). The adjustment of children with divorced parents: A risk and resiliency perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40,* 129–140.

Hetzel-Riggin, M. D., Brausch, A. M., & Mont- gomery, B. S. (2007). A meta-analytic investiga- tion of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study. *Child Abuse and Neglect, 31,* 125–141.

Heyman, R. E. (2001). Observation of couple con- flicts: Clinical assessment applications, stub- born truths, and shaky foundations. *Psychological Assessment, 13,* 5–35.

Heyman, R. E., & Slep, A. M. S. (2006). Creating and field-testing diagnostic criteria for part- ner and child maltreatment. *Journal of Fam- ily Psychology, 20,* 397–408.

Hickling, E. J., & Blanchard, E. B. (2006). *Overcoming the trauma of your motor vehicle accident: A cognitive-behavioral treatment program therapist guide*. London, UK: Oxford Press.

Hickling, F. W., McKenzie, K., Mullen, R., & Murray, R. (1999). A Jamaican psychiatrist evalu- ates diagnoses at a London psychiatric hospi- tal. *British Journal of Psychiatry, 175,* 283–285.

Hilton, N. Z., Harris, G. T., & Rice, M. E. (2006). Sixty-six years of research on clinical versus actuarial prediction of violence. *Counseling Psychologist, 34,* 400–409.

Himelein, M. J., & Putnam, E. A. (2001). Work activities of academic clinical psychologists: Do they practice what they teach? *Professional Psychology: Research and Prac- tice, 5,* 537–542.

Hinshaw, S. P. (2006). Treatment for children and adolescents with attention-deficit/hyperactiv- ity disorder. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (3rd ed., pp. 82–113). New York: Guilford.

Hinshaw, S. P. (2007). *The mark of shame: Stigma of mental illness and an agenda for change*. New York: Oxford University Press.

Hofferth, S. L., Stueve, J. L., Pleck, J., Bianchi, S., & Sayer, L. (2002). The demography of fathers: What fathers do. In C. S. Tamis - LeMonda & N. Cabrera (Eds.), *Handbook of father involvement: Multidisciplinary perspectives* (pp. 63–90). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Hoffman, P. J. (1960). The paramorphic represen- tation of clinical judgment. *Psychological Bulletin, 57,* 116–131.

Hogue, A., Dauber,S.,Stambaugh, L. F., Cecero, J. J., & Liddle, H. A. (2006). Early therapeutic alliance and treatment outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Consulting and Clini- cal Psychology, 74,* 121–129.

Holder, H. D., & Blose, J. D. (1987). Changes in health care costs and utilization associated with mental health treatment. *Hospital and Community Psychiatry, 38,* 1070–1075.

Holland, J. L. (1994). *The self-directed search*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Holland, J. L. (1996). Exploring careers with a typology. *American Psychologist, 51,* 397–406.

Holland, J. L., & Gottfredson, G. D. (1994). *Career attitudes and strategies inventory: An inven- tory for understanding adult careers*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Hollanders, H. & McLeod, J. (1999). Theoretical orientation and reported practice: A survey of eclecticism among counselors in Britain. *British Journal of Guidance and Counseling, 27,* 405–414.

Hollon, S. D. (2006). Randomized clinical trials. In J. C. Norcross, L. E. Beutler, & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-based practice in mental health* (pp. 96–105). Washington, DC: American Psy- chological Association.

Hollon, S. D., & Beck, A. T. (2004). Cognitive and cognitive behavioral therapies. In M. J. Lam- bert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 447–492). New York: Wiley.

Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., et al. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy versus medications in mod- erate to severe depression. *Archives of Gen- eral Psychiatry, 62,* 417–422.

Hollon, S. D., Stewart, M. O., & Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior ther- apy in the treatment of depression and anxi- ety. *Annual Review of Psychology, 57,* 285–315.

Holloway, J. D. (2004). Louisiana grants psycholo- gists prescriptive authority. *Monitor on Psy- chology, 35,* 20–21.

Holmboe, E. S. (2004). Faculty and the observa- tion of trainees clinical skills: Problems and opportunities. *Academic Medicine. 79,* 16–22.

Holt,R.R.(1958).Formal aspects of the TAT:A neg- lected resource. *Journal of Projective Tech- niques, 22,* 163–172.

Holt,R.R.(1978).*Methods in clinical psychology: Projective assessment* (Vol. 1). New York: Plenum Press.

Holt, R. R., & Luborsky, L. (1958). *Personality pat- terns of psychiatrists: A study of methods for selecting residents* (Vol. 1). New York: Basic Books.

Holtzman, W. H., Thorpe, J. W., Swartz, J. D., & Her- ron, E. W. (1961). *Inkblot perception and per- sonality: Holtzman Inkblot Technique*. Austin: University of Texas Press.

Holtzworth-Munroe, A., Meehan, J. C., Rehman, U., & Marshall, A. D. (2002). Intimate partner violence: An introduction for couple thera- pists. In A. S. Gurman & N. S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (3rd ed., pp. 441–465). New York: Guilford.

Homant, R., & Kennedy, D. B. (1998). Psychologi- cal aspects of crime scene profiling. *Criminal Justice and Behavior, 25,* 319–343.

Honda, K., & Jacobson, J.S. (2005). Use of comple- mentary and alternative medicine among United States adults:The influences of person- ality, coping strategies, and social support. *Preventive Medicine, 40,* 46–53.

Horn, J. L. (1965). An empirical comparison of methods for estimating factor scores. *Educational and Psychological Measure- ment, 25,* 313–322.

House, J. S., Robbins, C., & Metzner, H. L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evi- dence from the Tecumseh Community Health Study. *American Journal of Epidemiology, 116,* 123–140.

Houts, A. C. (2003). Behavioral treatment for enuresis. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 389–406). New York: Guilford.

Houts, A. C. (2004). Discovery, invention, and the expansion of the modern Diagnostic and Sta- tistical Manuals of Mental Disorders. In L. E. Beutler & M. L. Malik (Eds.), *Rethinking the DSM:A psychological perspective* (pp. 17–68). Washington, DC: American Psychological Association.

Hovarth, A. O. (2000). The therapeutic relation- ship: From transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology/ In Session: Psychother- apy in Practice, 56,* 163–173.

Hovarth, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Devel- opment and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36,* 223–233.

Hovarth, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38,* 139–149.

Howard, K. I., Krause, M. S., Caburnay, C. A., Noel, S. B., & Saunders, S. M. (2001). Syzygy, science, and psychotherapy: The Consumer Reports study. *Journal of Clinical Psychology 57,* 865–874.

Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., & Marti- novich, Z. (1993). A phase model of psy- chotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 678–685.

Hoza, B., Gerdes, A. C., Mrug, S., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold, J. A., et al. (2005). Peer- assessed outcomes in the multimodal treat- ment study of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent, 34,* 74–86.

Hsu, L. K., & Folstein, M. F. (1997). Somatoform disorders in Caucasian and Chinese Ameri- cans. *Journal of Nervous and Mental Dis- ease, 185,* 382–387.

Hughes, J. N., Cavell, T. A., & Jackson, T. (1999). Influence of the teacher-student relationship on childhood conduct problems: A prospec- tive study. *Journal of Clinical Child Psychol- ogy, 28,* 173–184.

Hughes, R., Jr. (1996). The effects of divorce on children. Retrieved December 13, 2001, from http://www.hec.ohio-state.edu/famlife/ divorce/index.htm.

Hummelen, B., Wilberg, T., & Karterud, S. (2007). Interviews of female patients with borderline personality disorder who dropped out of group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 57,* 67–91.

Humphreys, L. G. (1988). Trends in levels of aca- demic achievement of blacks and other minorities. *Intelligence, 12,* 231–260.

Hunsley, J., & Mash, E. J. (2007). Evidence-based assessment. *Annual Review of Clinical Psy- chology, 3,* 29–51.

Hunsley, J., Lee, C. M., & Wood, J. M. (2003). Controversy and questionable assessment techniques. In S. O. Lilienfeld, S. J. Lynn, & J. M. Lohr (Eds.), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (pp. 39–76). New York: Guilford.

Hunt, M. (1993). *The story of psychology*. New York: Anchor Books.

Hunter, J. E., & Schmidt, F. L. (2004). *Methods of meta-analysis: Correcting error and bias in research findings* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Hunter, R. H. (1995). Benefits of competency- based treatment programs. *American Psychologist, 50,* 509–513.

Impara, J. C., & Plake, B. S. (Eds.). (2003). *The fifteenth mental measurements yearbook*. Lincoln, NE: The Buros Institute of Mental Measurements.

Individuals with Disabilities Education Act (Pub- lic Law 105–17, 1997).

Ingram, R. E. (2005). Clinical training for the next millennium. *Journal of Clinical Psychology, 61,* 1155–1158.

Inskipp, F. (2000). Generic skills. In C. Feltham & I.Horton (Eds.),*Handbook of counselling and psychotherapy*. London:Sage Publications.

Institute of Medicine. (1994). *Reducing risk for mental disorders: Frontiers for prevention intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.

Institute of Personality Assessment and Research. (1970). *Annual report: 1969–1970*. Berkeley: University of California.

Inui, T., Yourtee, E., & Williamson, J. (1976). Improved outcomes in hypertension after physician tutorials. *Annuals of Internal Med- icine, 84,* 646–651.

Isenhart, C. E., & Silversmith, D. J. (1996). MMPI-2 response styles: Generalization to alcoholism assessment. *Psychology of Addictive Behav- iors, 10,* 115–123.

Iwamasa, G. Y., Sorocco, K. H., & Koonce, D. A. (2002). Ethnicity and clinical psychology: A content analysis of the literature. *Clinical Psy- chology Review, 22,* 931–944.

Jackson, D. N. (1984). *Personality research form manual*. Port Huron, MI: Research Psycholo- gists Press.

Jackson, D. N., & Messick, S. (1958). Content and style in personality assessment. *Psychological Bulletin, 55,* 243–252.

Jackson, D. N.,& Messick,S. (1961). Acquiescence and desirability as response determinants on the MMPI. *Educational and Psychological Measurement, 21,* 771–790.

Jackson, M., & Thompson, C. L. (1971). Effective counselor: Characteristics and attitudes. *Journal of Counseling Psychology, 17,* 3–79.

Jackson, Y. (2006). *Encyclopedia of multicul- tural psychology*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Jacobson, N. S., Schmaling, K. B., & Holtzworth- Munroe, A. (1987). Component analysis of behavioral marital therapy: 2-year follow-up and prediction of relapse. *Journal of Marital and Family Therapy, 13,* 187–195.

Jacoby, L. L., & Kelley, C. M. (1987). Unconscious influences of memory for a prior event. *Personality and Social Psychology Bulletin, 13,* 314–336.

James, J. W., & Haley, W. E. (1995). Age and health bias in practicing clinical psychologists. *Psychology & Aging, 10,* 610–616.

Jane, S. J., Pagan, J. L., Turkheimer, E., Fiedler, E. R., & Oltmanns, T. F. (2006). The interrater reliability of the Structured Interview for the DSM-IV Personality. *Comprehensive Psychi- atry, 47,* 368–375.

Jason, L. A., McMahon,S. D.,Salina, D., Hedeker, D., Stockton, M., Dunson, K., & Kimball, P. (1995). Assessing a smoking cessation intervention involving groups, incentives, and self-help manuals. *Behavior Therapy, 26,* 393–408.

Jeffery, R. W. (1988). Dietary risk factors and their modification in cardiovascular disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychol- ogy, 56,* 350–357.

Jennings, L., & Skovholt, T. M. (1999). The cogni- tive, emotional and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psy- chology, 46,* 3–11.

Jensen, P. S. (2003). Comorbidity and child psy- chopathology: Recommendations for the next decade. *Journal of Abnormal Child Psychol- ogy, 31,* 293–300.

Jensen, P. S., Garcia, J. A., Glied, S., Crowe, M., Fos- ter, M., Schlander, M., et al. (2005). Cost-effec- tiveness of ADHD treatments: Findings from the multimodal treatment study of children with ADHD. *American Journal of Psychiatry, 162,* 1628–1636.

Jia-xi, C., & Guo-peng, C. (2006). The validity and reliability research of 16PF 5th ed. in China. *Chinese Journal of Clinical Psychology, 14,* 13–46.

Johnsen, B. H., & Hugdahl, K. (1990). Fear ques- tionnaires for simple phobias: Psychometric evaluations for a Norwegian sample. *Scandinavian Journal of Psychology, 31,* 42–48.

Johnson, B. W., & Campbell, C. D. (2004). Charac- ter and fitness requirements for professional psychologists: Training directors' perspec- tives. *Professional Psychology: Research and Practice, 35,* 405–411.

Johnson, M. D. (2002). The observation of spe- cific affect in marital interactions: Psychomet- ric properties of a coding system and a rating system. *Psychological Assessment, 14,* 423–438.

Johnson, S. (2003). *Therapist's guide to clinical intervention: The 1-2-3s of treatment plan- ning.* New York: Academic Press.

Johnson, W. B., Porter, K., Campbell, C. D., & Kupko, E. N. (2005). Character and fitness requirements for professional psychologists: An examination of state licensing application forms. *Professional Psychology: Research and Practice, 36,* 654–662.

Johnston, C. (1995). The Rokeach Value Survey: Underlying structure and multidimensional scaling. *Journal of Psychology, 129,* 583–593.

Joiner, T. E., & Schmidt, N. B. (2004). Taxometrics can "do diagnostics right" (and it isn't quite as hard as you think). In L. E. Beutler & M. L. Malik (Eds.), *Rethinking the DSM: A psychological perspective* (pp. 107–120). Washington, DC: American psychological Association.

Jonason, K. R., DeMers, S. T., Vaughn, T. J., & Reaves, R. P. (2003). Professional mobility for psychologists is rapidly becoming a reality. *Professional Psychology: Research and Prac- tice, 34,* 468–473.

Jones, B. P., & Butters, N. (1983). Neuropsycholog- ical assessment. In M. Hersen, A. E. Kazdin, & A. S. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook* (pp. 377–396). New York: Perga- mon Press.

Jones, E. E. (1955). *The life and work of Sigmund Freud* (Vol. 2). New York: Basic Books.

Jones, E. E. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology: Part I. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 5–7.

Jones, E. E., Cumming, J. D., & Horowitz, M. J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychol- ogy, 56,* 48–55.

Jones, M. C. (1924a). The elimination of children's fears. *Journal of Experimental Psychology, 7,* 382–390.

Jones, M. C. (1924b). A laboratory study of fear: The case of Peter. *Pedagogical Seminary and Journal of Genetic Psychology, 31,* 308–315.

Jongsma, A. E., & Peterson, M. L. (2003). *The com- plete adult psychotherapy treatment plan- ner* (3rd ed.). Hoboken, NJ: Wiley.

Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disor- ders. *The British Journal of Psychiatry, 177,* 396–401.

Jouriles, E. N., & Farris, A. M. (1992). Effects of marital conflict on subsequent parent-child interactions. *Behavior Therapy, 23,* 355–374.

Jouriles,E.N.,& O'Leary,K.D.(1985).Interspousal reliability of reports of marital violence.

Journal of Consulting and Clinical Psychol- ogy, 53, 419–421.

Kahn, E. (1985). Heinz Kohut and Carl Rogers: A timely comparison. *American Psychologist, 40,* 893–904.

Kahn, J. H., Achter, J. A., & Shambaugh, E. J. (2001). Client distress disclosure, characteristics at intake, and outcomes in brief counseling. *Journal of Counseling Psychology, 48,* 203–211.

Kalichman, S. C., Cherry, C., & Browne-Sperling, F. (1999). Effectiveness of a video-based motiva- tional skills-building HIV risk-reduction inter- vention for inner-city African American men. *Journal of Consulting and Clinical Psychol- ogy, 67,* 959–966.

Kalichman, S. C., Rompa, D., & Coley, B. (1996). Experimental component analysis of a behav- ioral HIV-AIDS prevention for inner-city women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 687–693.

Kalichman, S. C., Rompa, D., Cage, M., DiFonzo, K., Simpson, D. Austin, J., et al. (2001). Effec- tiveness of an intervention to reduce HIV transmission risks in HIV-positive people. *American Journal of Preventive Medicine, 21,* 84–92.

Kaminer, Y. (2005). Challenges and opportunities of group therapy for adolescent substance abuse: A critical review. *Addictive Behaviors, 30,* 1765–1774.

Kamphaus, R. W., & Frick, P. J. (2005). *Clinical assessment of child and adolescent person- ality and behavior* (2nd. ed.). New York: Springer.

Kancelbaum, B., Singer, B., & Wong, N. (2004). Therapy in America 2004. Psychology Today. Retrieved October 2, 2005, from http:// cms.psychologytoday.com/pto/press_release_ 050404.html.

Kanfer, F. H., & Saslow, G. (1969). Behavioral diag- nosis. In C. M. Franks (Ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status* (pp. 210–215). New York: McGraw-Hill.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affec- tive contact. *Nervous Child, 2,* 217–250.

Kaplan, A. (1964). *The conduct of inquiry.* San Francisco: Chander.

Kaplan, E. (1990). The process approach to neuropsychological assessment of psychiatric patients. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 2,* 72–87.

Kaplan, M. (1983). A woman's view of DSM-III. *American Psychologist, 38,* 786–792.

Kaplan, R. M., & Saccuzzo, D. P. (2004). *Psychological testing: Principles, applica- tions, and issues.* Belmont, CA: Thompson Wadsworth.

Karasz, A. (2005). Cultural differences in concep- tual models of depression. *Social Science & Medicine, 60,* 1625–1635.

Karver, M. S. (2006). Determinants of multiple informant agreement on child and adolescent behavior. *Journal of Abnormal Child Psy- chology, 34,* 251–262.

Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bick- man,

L. (2005). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relation- ship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review, 26,* 50–65.

Kaslow, F. W. (2001). Families and family psychol- ogy at the millennium: Intersecting cross- roads. *American Psychologist, 56,* 37–46.

Kaslow, F. W. (2004). *Family therapy around the world.* New York: Haworth Press.

Kaslow, F. W. (2005). Growing up everyone's trusted confidante: Why I really became a psy- chotherapist. *Journal of Clinical Psychology, 61,* 965–972.

Kaslow, N. J., Borden, K. A., Collins, F. L., Forrest, L., Illfelder-Kaye, J., Nelson, P. D., & Rallo, J. S. (2004). Competencies conference: Future directions in education and credentialing in professional psychology. *Journal of Clinical Psychology, 60,* 699–712.

Kaslow, N. J., & Echols, M. M. (2006). Postdoctoral training and requirements for licensure and certification. In T. J. Vaughn (Ed.), *Psychology licensure and certification: What students need to know* (pp. 85–95). Washington, DC: American Psychological Association.

Kaslow, N. J., & Rehm, L. P. (1985). Conceptualiza- tion, assessment, and treatment of depression in children. In P. H. Bornstein & A. E. Kazdin (Eds.), *Handbook of clinical behavior ther- apy with children* (pp. 599–657). Homewood, IL: Dorsey Press.

Kaufman, A. S., & Kaufman, N. L. (1983). *KABC: Kaufman Assessment Battery for Children.* Circle Pines, MN: American Guid- ance Service.

Kaufman, A. S., & Kaufman, N. L. (1985). *Kaufman Test of Educational Achieve- ment.* Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Kaufman, A. S., & Kaufman, N. L. (1993). *Manual for the Kaufman Adolescent and Adult Intelli- gence Test (KAIT).* Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Kaufman, A. S., & Kaufman, N. L. (2004a). *KABC- II: Kaufman Assessment Battery for Children* (2nd ed.). Circle Pines, MN: AGS Publishing.

Kaufman, A. S., & Kaufman, N. L. (2004b). *KBIT-2: Kaufman Brief Intelligence Test-2* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Assessments.

Kavale, K. A., Holdnack, J. A., & Mostert, M. P. (2005). Responsiveness to intervention and the identification of specific learning disabil- ity: A critique and alternative proposal. *Learning Disability Quarterly, 28,* 2–16.

Kazantzis, N., & Deane, F. P. (1999). Psychologists' use of homework assignments in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 30,* 581–585.

Kazdin, A. E. (1982). Single-case experimental designs. In P. C. Kendall & J. N. Butcher (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 461–490). New York: Wiley.

Kazdin, A. E. (2005a). *Parent management train- ing: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents.* New York: Oxford University Press.

Kazdin, A. E. (2005b). Treatment outcomes, com- mon factors, and continued neglect of mecha- nisms of change. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12,* 184–188.

Kazdin, A. E. (2006). Assessment and evaluation in clinical practice. In C. D. Goodhart, A. E. Kazdin, & R. J. Sternberg (Eds.), *Evidence- based psychotherapy* (pp. 153–177). Washing- ton, DC: American Psychological Association.

Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology, 3,* 1–27.

Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (Eds.). (2003). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents.* New York: Guilford.

Keefe, F. J., Abernethy, A. P., & Campbell, L. (2005). Psychological approaches to understanding and treating disease-related pain. *Annual Review of Psychology, 56,* 601–30.

Keijsers, G. P. J., Schaap, C. P. D. R., & Hoogduin, C. A. L. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavioral therapy: A review of empirical studies. *Behavior Modification, 24,* 264–297.

Keilin, W. G., & Bloom, L. J. (1986). Child custody evaluation practices: A survey of experienced professionals. *Professional Psychology: Research and Practice, 17,* 338–346.

Kelley, J. E., Lumley, M. A., & Leisen, J. C. C. (1997). Health effects of emotional disclosure in rheumatoid arthritis patients. *Health Psychol- ogy, 16,* 331–340.

Kelly, E. L., & Fiske, D. W. (1951). *The prediction of performance in clinical psychology.* Ann Arbor: University of Michigan Press.

Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs.* New York: W. W. Norton.

Kelly, J. A., & Murphy, D. A. (1992). Psychological interventions with AIDS and HIV: Prevention and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 576–585.

Kelly, J. A., St. Lawrence, J. S., Hood, H. V., & Brash- fi T. L. (1989). Behavioral intervention to reduce AIDS risk activities. *Journal of Con- sulting and Clinical Psychology, 57,* 60–67.

Kelly, J. B. (1991). Parent interaction after divorce: Comparison of medicated and adversarial divorce processes. *Behavioral Sciences and the Law, 9,* 387–398.

Kelly, J. B. (2000). Children's adjustment in con- flicted marriage and divorce: A decade review of research. *Journal of the American Acad- emy of Child and Adolescent Psychiatry, 39,* 963–973.

Kendall, P. C. (Ed.). (2006). *Child and adolescent therapy* (3rd ed., pp. 243–294). New York: Guilford.

Kendall, P. C., Holmbeck, G., & Verduin, T. (2004). Meth-

odology, design, and evaluation in psy- chotherapy research. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psy- chotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 16–43). New York: Wiley.

Kendall, P. C., & Suveg, C. (2006). Treating anxiety disorders in youth. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy* (3rd ed., pp. 243–294). New York: Guilford.

Kenkel, M. B., DeLeon, P. H., Albino, J. E. N., & Porter, N. (2003). Challenges to professional psychology education in the 21st century. *American Psychologist, 58,* 801–805.

Kennedy, P. F., Vandehey, M., Norman, W. B., & Diekhoff, G. M. (2003). Recommendations for risk-management practices. *Professional Psychology: Research and Practice, 34,* 309–311.

Kern, J. M. (1982). The comparative external and concurrent validity of three role-plays for assessing heterosocial performance. *Behavior Therapy, 13,* 666–680.

Kernberg, O. (1976). *Object relations, theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.

Keisler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replica- tion. *Archives of General Psychiatry, 62,* 593–602.

Keisler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbid- ity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62,* 617–627

Keisler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., et al. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine, 352,* 2515–2523.

Keisler, R. C., Price, R. H., & Wortman, C. B. (1985). Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology, 36,* 531–572.

Keisler, R., Soukup, J., Davis, R., Foster, D., Wilkey, S., Van Rompay, M., & Eisenberg, D. (2001). The use of complementary and alternative therapies to treat anxiety and depression in the United States. *American Journal of Psy- chiatry, 158,* 289–294.

Khan, A., Khan,S. R., Leventhal, R. M., Krishnan, R. R., & Gorman, J. M. (2002). An application of the revised CONSORT standards to FDA sum- mary reports of recently approved antide- pressants and antipsychotics. *Biological Psychiatry, 52,* 62–67.

Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1992). Psychoneuroimmunology: Can psychological interventions modulate immunity? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 569–575.

Kiecolt-Glaser, J. K., Loving, T. J., Stowell, J. R., Malarkey, W. B., Lemeshow,S., Dickinson,S. L., & Blaser, R. (2005). Hostile marital interactions, proinflammatory cytokine production, and wound healing. *Archives of General Psychi- atry, 62,* 1377–1384.

Kiesler, C. A. (1985). Psychology and public policy. In E. M. Altmaier & M. E. Meyer (Eds.), *Applied specialization in psychology* (pp. 375–390). New York: Springer.

Kiesler, C. A. (2000). The next wave of change for psychotherapy and mental health in the health care revolution. *American Psycholo- gist, 55,* 481–487.

Kinnaman, J. E. S., Farrell, A. D., & Bisconer, S. W. (2006). Evaluation of the Computerized Assessment System for Psychotherapy Evalua- tion and Research (CASPER) as a measure of treatment effectiveness with psychiatric inpa- tients. *Assessment, 13,* 154–167.

Kinzie, J. D., Manson, S. M., Vinh, D. H., Nguyen, T. T., Anh, B., Tolan, N. T., et al. (1982). Develop- ment and validation of a Vietnamese-language depression rating scale. *American Journal of Psychiatry, 139,* 1276–1281.

Kiser, L. J. (2007). Protecting children from the dangers of urban poverty. *Clinical Psychology Review, 27,* 211–225.

Klein, M. (1975). *The writings of Melanie Klein* (Vol. III). London: Hogarth Press.

Klein, R. A. (1999). Treating fear of flying with vir- tual reality exposure therapy. In L. Vander- Creek & T. L. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice: A sourcebook,* (Vol. 17). Sarasota, FL: Professional Resources Press.

Klein, R. H. (1983). Group treatment approaches. In M. Hersen, A. E. Kazdin, & A. S. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook* (pp. 593–610). New York: Pergamon.

Kleinknecht, R. A., & Bernstein, D. A. (1978). Assessment of dental fear. *Behavior Therapy, 9,* 626–634.

Kleinmuntz, B. (1963). MMPI decision rules for the identification of college maladjustment: A digital computer approach. *Psychological Monographs, 77* (14, Whole No. 477).

Kleinmuntz, B. (1969). Personality test interpreta- tion by computer and clinician. In J. N. Butcher (Ed.), *MMPI: Research developments and clinical applications* (pp. 97–104). New York: Wiley.

Kleinmuntz, B. (1984). The scientific study of clinical judgment in psychology and medi- cine. *Clinical Psychology Review, 4,* 111–126.

Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psy- chotherapy of depression*. New York: Basic Books.

Kline,T. J. B. (2005). *Psychological testing:A prac- tical approach to design and evaluation*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Klopfer, B., & Kelley, D. M. (1937). The techniques of the Rorschach performance. *Rorschach Research Exchange, 2,* 1–14.

Klopfer, W. G. (1983). Writing psychological reports. In C. E. Walker (Ed.), *The handbook of clinical psychology* (Vol. 1, pp. 501–527). Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.

Knapp, S. J., & VandeCreek, L. (2006). *Practical ethics for*

psychologists: A positive approach. Washington, DC: American Psychological Association.

Knox, S., Goldberg, J. L., Woodhouse, S. S., & Hill, C. E. (1999). Clients' internal representations of their therapists. *Journal of Counseling Psychology, 46,* 244–256.

Koch, W. J., Douglas, K. S., Nicholls, T. L., & O'Neil, M. L. (2005). *Psychological injuries: Forensic assessment, treatment, and the law*. London: Oxford University Press.

Koester, K. A., Maiorana, A., Vernon, K., Myers, J., Rose, C. D., & Morin, S. (2007). Implementa- tion of HIV prevention interventions with people living with HIV/AIDS in clinical set- tings: Challenges and lessons learned. *AIDS & Behavior*. [Epub ahead of print]

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.

Kohout, J.,& Wicherski, M. (1999). 1997 Doctoral employment survey. Retrieved December 9, 2001, from http://research.apa.rg/des97con- tents.html.

Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*.New York: International Universities Press.

Kohut,H.(1983).Selected problems of self-psycho- logical theory. In J. D. Lichtenberg & S. Kaplan (Eds.), *Reflections on self psychology* (pp. 387–416). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Kokotovic, A. M., & Tracey, T. J. (1987). Premature termination at a university counseling center. *Journal of Counseling Psychology, 34,* 80–82.

Komiti, A. A., Jackson, H. J., Judd, F. K., Cockram, A. M., Kyrios, M.,Yeatman, R., et al. (2001). A com- parison of the Composite International Diag- nostic Interview (CIDI-Auto) with clinical assessment in diagnosing mood and anxiety disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 35,* 224–232.

Koppitz, E. M. (1968). *Psychological evaluation of children's human figure drawings*. New York: Grune & Stratton.

Korchin,S. J. (1976). *Modern clinical psychology: Principles of intervention in the clinic and community*. New York: Basic Books.

Korman, M. (Ed.). (1976). *Levels and patterns of professional training in psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.

Korsch, B. M., & Negrete, V. F. (1972). Doctor- patient communication. *Scientific American, 227,* 66–74.

Kovacs, M. (1992). *The children's depression inventory (CDI)*. North Tonawanda, NY: Multi- Health Systems.

Krantz, D. S., & Manuck, S. B. (1984). Acute psychophysiologic reactivity and risk of car- diovascular disease—A review and method- ologic critique. *Psychological Bulletin, 96,* 435–464.

Krijn, M., Emmelkamp, P. M. G., Olafsson, R. P., & Biemond, R. (2004). Virtual reality exposure therapy of anxiety disorders: A review. *Clinical Psychology Review, 24,* 259–281.

Krishnamurthy, R., VandeCreek, L., Kaslow, N. J., Tazeau,Y. N., Miville, N. L. et al. (2004). Achiev- ing competency in psychological assessment: Directions for education and training. *Journal of Clinical Psychology, 60,* 725–739.

Krol, N. P. C. M., De Bruyn, E. E. J., Coolen, J. C., & van Aarle, E. J. M. (2006). From CBCL to *DSM*:A comparison of two methods to screen for *DSM-IV* diagnoses using CBCL data. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35,* 127–135.

Krol, N., DeBruyn, E., & van den Bercken, J. (1995). Intuitive and empirical prototypes in childhood psychopathology. *Psychological Assessment, 7,* 533–537.

Krous, T. M. D., & Nauta, M. M. (2005). Values, motivations, and learning experiences of future professionals: Who wants to serve underserved populations? *Professional Psychology: Research and Practice, 36,* 688–694.

Krueger, R. F., Watson, D., & Barlow, D. H. (2005). Introduction to the special section: Toward a dimensionally based taxonomy of psy- chopathology. *Journal of Abnormal Psychol- ogy, 114,* 491–493.

Krull, C. D., & Pierce, W. D. (1995). IQ testing in America: A victim of its own success. *Alberta Journal of Educational Research, 41,* 349–354.

Kulic, K. R. (2005). The Crisis Intervention Semi- Structured Interview. *Brief Treatment and Crisis Intervention 5,* 143–157.

Kumpfer, K. L., & Alvarado, R. (2003). Family- strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *American Psy- chologist, 58,* 457–465.

Kuncel, N. R., Hezlett, S. A., & Ones, D. S. (2001). A comprehensive meta-analysis of the predic- tive validity of the Graduate Record Examina- tions: Implications for graduate student selection and performance. *Psychological Bulletin, 127,* 162–181.

Kuperminc, G. P., & Brookmeyer, K. A. (2006). Developmental psychopathology. In R. T. Ammerman (Ed.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology* (Vol. 3, pp. 100–113). Hoboken, NJ: Wiley.

Kupfer, D. J. (2005). Dimensional models for research and diagnosis: A current dilemma. *Journal of Abnormal Psychology, 114,* 557–559.

Kupfer, D. J., First, M. B., & Reiger, D. E. (2002). Introduction. In D. J. Kupfer, M. B. First, & D. E. Reiger (Eds.). *A research agenda for DSM-V* (pp. xv–xxiii). Washington, DC: American Psy- chiatric Association.

Kurbat, M. A. (1997). Can the recognition of liv- ing things really be selectively impaired? *Neuropsychologia, 35*(6), 813–827.

Kuther, T. L. (2006a). *The psychology major's handbook* (2nd ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

Kuther, T. L. (2006b). *Your career in psychology: Clinical and counseling psychology*. Bel- mont, CA: Thomson/Wadsworth.

Kuther, T. L., & Morgan, R. D. (2007). *Careers in psychology: Opportunities in a changing world*. Belmont, CA:

Thomson/Wadsworth.

Kyle, T. M. & Williams, S. (2000). Results of the 1998–1999 APA survey of graduate depart- ments of psychology. Retrieved December 11, 2001, from http://research.apa.org.

Labette, L. A. (2006). Review of novel approaches to the diagnosis and treatment of posttrau- matic stress disorder. *Annals of Clinical Psy- chiatry, 18,* 281.

Lake, J. (2007). Omega-3 essential fatty acids. In J. H. Lake & D. Spiegel (Eds.), *Complementary and alternative treatments in mental health care* (pp. 151–167). Washington, DC: Ameri- can Psychiatric Publishing.

Lake, J. H., & Spiegel, D. (Eds.). (2007). *Complementary and alternative treatments in mental health care.* Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Lam, J. N., & Steketee, G. S. (2001). Reducing obsessions and compulsions through behav- ior therapy. *Psychoanalytic Inquiry, 21,* 157–182.

Lambert, D. (1985). *Political and economic determinants of mental health regulations.* Unpublished doctoral dissertation, Brandeis University.

Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effec- tiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychother- apy and behavior change* (pp. 143–189). New York: Wiley.

Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's hand- book of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139–193). New York: Wiley.

Lambert, M. J., Garfield,S. L., & Bergin, A. E. (2004). Overview, trends, and future issues. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's hand- book of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 805–821). New York: Wiley.

Lambert, M. J., Shapiro, D. A., & Bergin, A. E. (1986).The effectiveness of psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 157–211). New York: Wiley.

Lambert, N. M., Cox, H. W., & Hartsough, C. S. (1970). The observability of intellectual func- tioning of first graders. *Psychology in the Schools,* 74–85.

Lampropoulos, G. K., & Dixon, D. N. (2007). Psy- chotherapy integration in internships and counseling psychology doctoral programs. *Journal of Psychotherapy Integration, 17,* 185–208.

Lang, P. J., & Lazovik, A. D. (1963). Experimental desensitization of a phobia. *Journal of Abnor- mal and Social Psychology, 66,* 519–525.

Langton, C. M., Barbaree, H. E., Seto, M. C., Pea- cock, E. J., Harkings, L., et al. (2007). Actuarial assessment of risk for reoffense among adult sex offenders: Evaluating the predictive accu- racy of the Static-2002 and five other instru- ments. *Criminal Justice and Behavior, 34,* 37–59.

Lanyon, B. P., & Lanyon, R. I. (1980). *Incomplete sentences task: Manual.* Chicago: Stoelting.

Larner, A. J. (2005)."Who came with you?" A diag- nostic observation in patients with memory problems. *Journal of Neurology, Neuro- surgery, & Psychiatry, 76,* 1739.

Lau, A. S., & Weisz, J. R. (2003). Reported maltreat- ment among clinic-referred children: Implica- tions for presenting problems, treatment attrition, and long-term outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adoles- cent Psychiatry, 42,*1327–1334.

Lawlis, G. F. (1971). Response styles of a patient population on the Fear Survey Schedule. *Behaviour Research and Therapy, 9,* 95–102.

Lazarus, A. A. (1973). Multimodel behavior ther- apy: Treating the "BASIC-ID." *Journal of Ner- vous and Mental Diseases, 156,* 404–411.

Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology, 44,* 1–21.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping.* New York: Springer.

Leahy, R. L. (Ed.). (2006). *Roadblocks in cogni- tive-behavioral therapy: Transforming chal- lenges into opportunities for change.* New York: Guilford.

Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of per- sonality. A functional theory and metho- dology for personality evaluation.*New York: Ronald Press.

Lebow, J. (2003). Integrative approaches to couple and family therapy. In T. L. Sexton, G. R. Weeks, & M. S. Robbins (Eds.), *Handbook of family therapy: The science and practice of working with families and couples* (pp. 201–225). New York: Brunner-Routledge.

Lebow, J. (2005). *Handbook of clinical family therapy.* Hoboken, NJ: Wiley.

Lebow, J. (2006). *Research for the psychothera- pist: From science to practice.* New York: Rout- ledge/ Taylor and Francis Group.

Lebow, J., & Gordon, K. C. (2006). You cannot choose what is not on the menu–Obstacles to and reasons for the inclusion of relational pro- cesses in the *DSM-V*: Comment on the special section. *Journal of Family Psychology, 20,* 432–437.

Ledley, D. R., Marx, B. P., & Heimberg, R. G. (2005). *Making cognitive-behavioral therapy work: Clinical process for new practitioners.* New York: Guilford.

Lee, C. M., Beauregard, C., & Bax, K. A. (2005). Child-related disagreements, verbal aggres- sion, and children's internalizing and external- izing behavior problems. *Journal of Family Psychology, 19,* 237–245.

Lehman, B. M. (2003). Affective language and humor appreciation after right hemisphere brain damage. *Seminars in Speech and Lan- guage, 24,* 107–119.

Lemery, K. S., & Doelger, L. (2005). Genetic vul- nerabilities to the development of psy- chopathology. In B. L. Hankin & J. R. Z. Abela (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective* (pp. 161–198). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Leon, S. C., Martinovich, Z., Lutz, W., & Lyons, J. S. (2005). The effect of therapist experience on psychotherapy outcomes. *Clinical Psychol- ogy & Psychotherapy, 12,* 417–426.

Leonard, K. E., & Eiden, R. D. (2007). Marital and family processes in the context of alcohol use and alcohol disorders. *Annual Review of Clinical Psychology, 3,* 285–310.

Leonnig, C. D. (2006, November 23). Hinckley's mother to be his sole escort. *The Washington Post,* p. B1.

Levant, R. F. (2006). Making psychology a house- hold word. *American Psychologist, 61,* 383–395.

Levant, R. F., House, A. T., May, S., & Smith, R. (2006). Cost offset: Past, present, and future. *Psychological Services, 3,* 195–207.

Leventhal, T., & Brooks-Gunn, J. (2003). Children and youth in neighborhood contexts. *Current Directions in Psychological Science, 12,* 27–31.

Levine, E. S., & Schmelkin, L. P. (2006). The move to prescribe: A change in paradigm? *Professional Psychology: Research and Prac- tice, 37,* 205–209.

Levison, H., & Strupp, H. H. (1999). Recommenda- tions for the future of training in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 55,* 385–391.

Lew, H. L., Poole, J. H., Ha Lee, E., Jaffe, D. L., Huang, H., et al. (2005). Predictive validity of driving-simulator assessments following trau- matic brain injury: A preliminary study. *Brain Injury, 19,* 177–188.

Lewis, G. (1991). Observer bias in the assessment of anxiety and depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 26,* 265–272.

Lewis, T. J., Lewis-Palmer, T., Newcomer, L., & Stichter, J. (2004). Applied behavior analysis and the education and treatment of students with emotional and behavioral disorders. In R. B. Rutherford, M. M. Quinn, & S. R. Mathur (Eds.), *Handbook of research in emotional and behavioral disorders* (pp. 523–545). New York: Guilford.

Ley, P., Bradshaw, P. W., Eaves, D. E., & Walker, C. M. (1973). A method for increasing patient recall of information presented to them. *Psychological Medicine, 3,* 217–220.

Lezak, M. D., Howieson, D. B., & Loring, D. W. (2004). *Neuropsychological assessment* (4th ed.). New York: Oxford University Press.

Lichtenberger, E. O. (2006). Computer utilization and clinical judgment in psychological assess- ment reports. *Journal of Clinical Psychology, 62,* 19–32.

Lidz, R. W., & Lidz, T. (1949). The family environ- ment of schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry, 106,* 332–345.

Lilienfild, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychologi- cal Science, 2,* 53–70.

Lilienfeld, S. O, Lynn, S. J., & Lohr, J. M. (Eds.). (2003). *Achieving the promise:Transforming mental health care in America. Final Report.* (DHHS Pub. No. SMA-03-3832). Rockville, MD: Department of Health and Human Services. Lilienfeld, S. O., Wood, J. M., & Garb, H. N. (2000). The scientifi status of projective techniques. *Psychological Science in the Public Interest, 1,* 27–66.

Lima, E. N., Stanley, S., Koboski, B., Reitzel, L. R., Richey, J. A., et al. (2005). The incremental valid- ity of the MMPI-2: When does therapist access enhance treatment outcome? *Psychological Assessment, 17,* 462–468.

Lindsley, O. R., Skinner, B. F., & Solomon, H. C. (1953). *Study of psychotic behavior.* Studies in Behavior Therapy, Harvard Medical School, Department of Psychiatry, Metropolitan State Hospital, Waltham, MA, Offi of Naval Research Contract N5-ori-07662, Status Report I, 1 June 1953–31 December 1953.

Lindzey, G. (1952). The thematic apperception test: Interpretive assumptions and related empirical evidence. *Psychological Bulletin, 49,* 1–25.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disor- der.* New York: Guilford.

Linehan, M. M., & Kehrer, C. A. (1993). Borderline personality disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disor- ders* (pp. 396–441). New York: Guilford.

Linehan, M. M., & Nielsen, S. L. (1983). Social desirability: Its relevance to the measurement of hopelessness and suicidal behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychol- ogy, 51,* 141–143.

Linney, J. A. (2000). Assessing ecological con- structs and community context. In J. Rappa- port & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 647–668). New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

Liss, M. B., & McKinley-Pace, M. J. (1999). Best interests of the child: New twists on an old theme. In R. Roesch, S. D. Hart, & J. R. Ogloff (Eds.), *Psychology and the law: The state of the discipline* (pp. 339–372). New York: Kluwer Academic/Plenum.

Lisspers, J., Sundin, O., Ohman, A., Ofman-Bang, C., Ryden, L., & Nygren, A. (2005). Long-term effects of lifestyle behavior change in coro- nary artery disease: Effects on recurrent coro- nary events after percutaneous coronary intervention. *Health Psychology, 24,* 41–48.

Liu, E. T. (2007). Integrating cognitive-behavioral and cognitive-interpersonal case formula- tions: A case study of a Chinese American male. *Pragmatic Case Studies in Psychother- apy, 3,* 1–33.

Lochman, J. E., Powell, N. R., Whidby, J. M., & Fitzgerald, D. P. (2006). Aggressive children: Cognitive-behavioral assessment and treat- ment. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and Adoles- cent therapy* (3rd ed., pp. 33–81). New York: Guilford.

Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2004). The coping power program for preadolescent aggressive boys and their parents: Outcome effects at the 1-year- follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72,*

571–578.

Lock, J., le Grange, D., Agras, W. S., & Dare, C. (2002). *Treatment manual for anorexia ner- vosa: A family-based approach.* New York: Guilford.

Locke, T. F., & Newcomb, M. D. (2003). Childhood maltreatment, parental alcohol/drug-related problems, and global parental dysfunction. *Professional Psychology: Research and Prac- tice, 34,* 73–79.

Loftus, E. F. (2003). Make-believe memories. *American Psychologist, 58,* 867–873.

Loftus, E. F., & Davis, D. (2006). Recovered memo- ries. *Annual Review of Clinical Psychology, 2,* 469–498.

Looman, J., & Marshall, W. L. (2005). Sexual arousal in rapists. *Criminal Justice and Behavior, 32,* 367–389.

Lopez, S., & Snyder, C. R. (Eds.). (2003). *Handbook of positive psychology assess- ment.* Washington, DC: American Psychologi- cal Association.

Lopez, S. R., & Guarnaccia, P. J. (2000). Cultural psychopathology: Uncovering the social world of mental illness. *Annual Review of Psychology, 51,* 571–598.

Lopez, S. R., Smith, A., & Wolkenstein, B. H. (1993). Gender bias in clinical judgment: An assessment of the analogue method's trans- parency and social desirability. *Sex Roles, 28,* 35–45.

Loranger, A. W. (1992). Are current self-report and interview measures adequate for epidemio- logical studies of personality disorders? *Journal of Personality Disorders, 6,* 313–325.

Loring, D. W., & Larrabee, G. J. (2006). Sensitivity of the Halstead and Wechsler Test batteries to brain damage: Evidence from Reitan's original validation sample. *Clinical Neuropsychology, 20,* 221–229.

Lorr, M., McNair, D. M., & Klett, C. J. (1966). *Inpatient Multidimensional Psychiatric Scale.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Lovaas, O. I., & Smith, T. (2003). Early and inten- sive behavioral intervention in autism. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adoles- cents* (pp. 325–340). New York: Guilford.

Loveless, A. S., & Holman, T. B. (2007a). *The fam- ily in the new millennium (Vol. 1):The place of family in human society.* Westport, CT: Praeger.

Loveless, A. S., & Holman, T. B. (2007b). *The fam- ily in the new millennium (Vol. 2): Marriage and human dignity.* Westport, CT: Praeger.

Loveless, A. S., & Holman, T. B. (2007c). *The family in the new millennium (Vol. 3): Strengthening the family.* Westport, CT: Praeger.

Lowman, R. L. (2006). *The ethical practice of psy- chology in organizations* (2nd ed.). Washing- ton, DC: American Psychological Association.

Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psy- chotherapy. In J. Cleghhorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92–16). New York: Brun- ner/Mazel.

Luborsky, L. (1989). *Who will benefit from psy- chotherapy?* New York: Basic Books.

Lundahl, B., Risser, H. J., & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review, 26,* 86–104.

Lyneham, H. J., & Rapee, R. M. (2005). Agreement between telephone and in-person delivery of a structured interview for anxiety disorders in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44,* 274–282.

Lynn, S. J., Lock, T., Loftus, E. F., Krackow, E., & Lilienfeld, S. O. (2003). The remembrance of things past: Problematic memory recovery techniques in psychotherapy. In S. O. Lilien- feld, S. J. Lynn, & J. M. Lohr (Eds.), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (pp. 205–239). New York: Guilford.

MacDonald, G. (1996). Inferences in therapy: Pro- cesses and hazards. *Professional Psychology: Research and Practice, 27,* 600–603.

Machado, P. P. P., Beutler, L. E., Greenberg, L. S. (1999). Emotion recognition in psychother- apy: Impact of therapist level of experience and emotional awareness. *Journal of Clinical Psychology, 55,* 39–57.

Machover, K. (1949). *Personality projection in the drawing of the human figure.* Spring- field, IL: Charles C. Thomas.

MacKain, S. J., Tedeschi, R. G., Durham, T. W., & Goldman, V. J. (2002). So what *are* master's- level psychology practitioners doing? Surveys of employers and recent graduates in North Carolina. *Professional Psychology: Research and Practice, 33,* 408–412.

MacKinnon, R. A., Michels, R., & Buckley, P. J. (2006). *The psychiatric interview in clinical practice* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Macklin, D. S., Smith, L. A., & Dollard, M. F. (2006). Public and private sector stress: Workers com- pensation, levels of distress and job satisfac- tion, and the demand-control-support model. *Australian Journal of Psychology, 58,* 130–143.

Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant.* New York: Basic Books.

Mahoney, M. J. (1977). Reflections on the cogni- tive-learning trend in psychotherapy. *American Psychologist, 32,* 5–13.

Maier, S. F., & Watkins, L. R. (1998). Cytokines for psychologists: Implications of bidirectional immune-to-brain communication for under- standing behavior, mood, and cognition. *Psychological Review, 105,* 83–107.

Mains, J. A., & Scogin, F. R. (2003). The effective- ness of self-administered treatments: A prac- tice-friendly review of the research. *Journal of Clinical Psychology, 59,* 237–246.

Maisto, S. A., & Maisto, C. A. (1983). Institutional measures of treatment outcome. In M. J. Lambert, E. R. Christensen, & S. S. DeJulio (Eds.), *The assessment of psy-*

chotherapy out- come (pp. 603–625). New York: Wiley.

Makover, R. B. (2004). *Treatment planning for psychotherapists* (2nd ed.). Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Malarkey, W. B., Kiecolt-Glaser, J. K., Pearl, D., & Glaser, R. (1994). Hostile behavior during mar- ital conflict alters pituitary and adrenal hor- mones. *Psychosomatic Medicine, 56,* 41–51.

Malgady,R.G.(1996).The question of cultural bias in assessment and diagnosis of ethnic minority clients: Let's reject the null hypothesis. *Professional Psychology: Research and Prac- tice, 27,* 73–77.

Malmo, R. B., Shagass, C., & Davis, F. H. (1950). Symptom specificity and bodily reactions dur- ing psychiatric interviews. *Psychosomatic Medicine, 12,* 362–376.

Maloney, M. P., & Ward, M. P. (1976). *Psychological assessment: A conceptual approach*. New York: Oxford University Press.

Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., & Schutte, N. S. (2007). The effi of problem solving therapy in reducing mental and physical health prob- lems: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27,* 46–57.

Mannarino, A. P., & Cohen, J. A. (2006). Child sex- ual abuse. In R. T. Ammerman (Ed.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology* (Vol. 3, pp. 388–402). Hoboken, NJ: Wiley.

Manuck, S. B., Kaplan, J. R., Adams, M. R., & Clark- son, T. B. (1988). Effects of stress and the sym- pathetic nervous system on coronary artery atherosclerosis in the cynomolgus macaque. *American Heart Journal, 116,* 328–333.

Manuck, S. B., Kaplan, J. R., & Clarkson, T. B. (1983). Behaviorally induced heart rate reac- tivity and atherosclerosis in cynomolgus mon- keys. *Psychosomatic Medicine, 49,* 95–108.

March, J. S., & Mulle, K. (1998). *OCD in children and adolescents: A cognitive-behavioral treatment manual*. New York: Guilford.

Marcus, D. R., Lyons, P. M., & Guyton, M. R. (2000). Studying perceptions of juror influence in vivo: A social relations analysis. *Law and Human Behavior, 24,* 173–186.

Margolin, G., Mitchell, J., & Jacobson, N. (1988). Assessment of marital dysfunction. In A. S. Bel- lack & M. Hersen (Eds.), *Behavioral assess- ment: A practical handbook* (3rd ed., pp. 441–489). New York: Pergamon Press.

Marin, R. S., & Wilkosz, P. A. (2005). Disorders of diminished motivation. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 20,* 377–388.

Marini,A.,Carlomagno,S.,Caltagirone,C.,& Nocen- tini. U. (2005). The role played by the right hemisphere in the organization of complex textual structures. *Brain and Language, 93,* 46–54.

Markowitz, J., Kocsis, M., Fishman, B., Spielman, L., Jacobsberg, L., & Francis, A. (1998). Treat- ment of depressive symptoms in Human Immunodeficiency Virus–positive patients. *Archives of General Psychiatry, 55,* 452–457.

Marks, I. M., Cavanaugh, K., & Gega, L. (2007). *Hands on help: Computer-aided psychother- apy*. New York: Maudsley Monographs Series.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.

Marmar, C., Gaston, L., Gallagher, D., & Thomp- son, L. W. (1989). Alliance and outcome in late- life depression. *Journal of Nervous and Mental Disease, 177,* 464–472.

Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, K. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with out- come and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,* 438–450.

Martsolf, D. S., & Draucker, C. B. (2005). Psy- chotherapy approaches for adult survivors of childhood sexual abuse: An integrative review of outcomes research. *Issues in Mental Health Nursing, 26,* 801–825.

Marx, J. A., Gyorky, Z. K., Royalty, G. M., & Stern, T. E.(1992).Use of self-help books in psychother- apy. *Professional Psychology: Research and Practice, 23,* 300–305.

Mash, E. J., & Dozois, D. J. A. (1996). Child psy- chopathology: A developmental-systems per- spective. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 3–60). New York: Guilford.

Mash, E. J., & Dozois, D. J. A. (2003). Child psy- chopathology: A developmental-systems per- spective. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (2nd ed., pp. 3–71). New York: Guilford.

Mash, E. J., & Foster, S. L. (2001). Exporting ana- logue behavioral observation from research to clinical practice: Useful or cost-defective? *Psychological Assessment, 13,* 86–98.

Mash, E. J., & Wolfe, D. A. (2006). *Abnormal child psychology* (3rd ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

Masling, J. M. (1992). Assessment and the thera- peutic narrative. *Journal of Training and Practice in Professional Psychology, 6,* 53–58.

Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being* (2nd ed.). New York: Van Nostrand Reinhold.

Maslow, A. H. (1971). *The farther reaches of human nature*. New York: Viking Press.

Masters, J. C., Burish, T. G., Hollon, S. D., & Rimm, D. C. (2007). *Behavior therapy: Techniques and empirical findings* (3rd ed.). San Diego: Harcourt, Brace, Jovanovich.

Masters, K. S., Spielmans, G. I., & Goodson, J. T. (2006). Are there demonstrable effects of distant intercessory prayer? A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine, 32,* 21–26.

Masur, F. T. (1981). Adherence to health care regi- mens. In C. K. Prokop & L. A. Bradley (Eds.), *Medical psychology: Contributions to behav- ioral medicine*. (pp. 442–470). New York: Academic Press.

Matarazzo, J. D. (1965).The interview. In B. B. Wol- man (Ed.), *Handbook of clinical psychology* (pp. 403–450). New York: McGraw-Hill.

Matarazzo, J. D. (1986). Computerized clinical psychological test interpretations: Unvali- dated plus all mean and no sigma. *American Psychologist, 41,* 14–24.

Matarazzo, J. D. (1990). Psychological assessment versus psychological testing: Validation from Binet to the school, clinic, and courtroom. *American Psychologist, 45,* 999–1017.

Matarazzo, J. D. (1992). Psychological testing and assessment in the 21st century. *American Psychologist, 47,* 1007–1018.

Maton, K. I., Kohout, J. L., Wicherski, M., Leary, G. E., & Vinokurov, A. (2006). Minority stu- dents of color and the psychology graduate pipeline: Disquieting and encouraging trends, 1989–2003. *American Psychologist, 61,* 117–131.

Matthews, K. A. (1982). Psychological perspec- tives on the Type A behavior pattern. *Psychological Bulletin, 91,* 293–323.

Maughan, B., Iervolino, A. C., & Collishaw, S. (2005). Time trends in child and adolescent mental disorders. *Current Opinion in Psychi- atry, 18,* 381–385.

May, R. (1969). *Love and will.* New York: W. W. Norton.

May, R. (1981). *Freedom and destiny.* New York: Norton.

May, R., Angel, E., & Ellenberger, H. F. (Eds.). (1958). *Existence: A new dimension in psy- chiatry and psychology.* New York: Basic Books.

Mayer, J. P., & Davidson, W. S. (2000). Dis- semination of innovation as social change. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 421–443). New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

Mayne, T. J., Norcross, J. C., & Sayette, M. A. (2006). *Insider's guide to graduate programs in clinical and counseling psychology 2006/2007 ed.* New York: Guilford.

McArthur, D. S., & Roberts, G. E. (1982). *Roberts Apperception Test for Children: Manual.* Los Angeles: Western Psychological Services.

McCart, M. R., Priester, P. E., Davies, W. H., & Azen, R. (2006). Differential effectiveness of behavioral parent-training and cognitive-behavioral ther- apy for antisocial youth:A meta-analysis.*Journal of Abnormal Child Psychology, 34,* 527–543.

McConaughy, S. H. (2005). *Clinical interviews for children and adolescents: Assessment to intervention.* New York: Guilford.

McConaughy, S. H., & Achenbach, T. M. (2001). *Manual for the Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents* (2nd ed.). Burlington: University of Vermont, Cen- ter for Children,Youth, and Families.

McCoy, S. A. (1976). Clinical judgments of normal childhood behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44,* 710–714.

McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1983). Social desir- ability scales: More substance than style. *Journal of Consulting and Clinical Psychol- ogy, 51,* 882–888.

McDermut, W., Miller, I. W., & Brown, R. A. (2001). The efficacy of group psychotherapy for depression: A meta-analysis and review of empirical research. *Clinical Psychology: Sci- ence and Practice, 8,* 98–116.

McDonald, B. C. (2002). Recent developments in the application of the nonverbal learning dis- abilities model. *Current Psychiatry Reports, 4,* 323–330.

McFall, R. M. (1991). Manifesto for a science of clinical psychology. *The Clinical Psycholo- gist, 44,* 75–88.

McFall, R. M. (2006). Doctoral training in clinical psychology. *Annual Review of Clinical Psy- chology, 2,* 21–49.

McFall, R. M., & Lillesand, D. B. (1971). Behavior rehearsal with modeling and coaching in assertion training. *Journal of Abnormal Psy- chology, 77,* 313–323.

McGaugh, J. L. (2006). Make mild moments mem- orable: add a little arousal. *Trends in Cogni- tive Sciences, 10,* 345–347.

McGlynn, F. D., Moore, P. M., Lawyer, S., & Karg, R. (1999). Relaxation training inhibits fear and arousal during in vivo exposure to phobia-cue stimuli. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 30,* 155–168.

McGoldrick, M., Giordano, J., & Garcia-Preto, N. (2005). *Ethnicity and family therapy* (3rd ed.). New York: Guilford.

McGuffin, P. (2004). Behavioral genomics: Where molecular genetics is taking psychiatry and psychology. In L. DiLalla (Ed.), *Behavior genet- ics principles: Perspectives in development, personality, and psychopathology* (pp. 191–204). Washington, DC: American Psychological Association.

McMahon, T. J., & Luthar, S. S. (2006). Patterns and correlates of substance use among affluent, suburban high school students. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35,* 72–89.

McMullin, R. E. (2000). *The new handbook of cognitive therapy techniques.* New York: Norton.

McReynolds, P. (1975). Historical antecedents of personality assessment. In P. McReynolds (Ed.), *Advances in psychological assessment* (Vol. 3, pp. 477–532). San Francisco: Jossey- Bass.

McReynolds, P. (1987). Lightner Witmer: Little- known founder of clinical psychology. *American Psychologist, 42,* 849–858.

McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic psy- chotherapy:A practitioner's guide.* New York: Guilford.

Mead, M. (1928). *Coming of age in Samoa.* New York: Morrow.

Meador, B. D., & Rogers, C. R. (1973). Client-cen- tered therapy. In R. Corsini (Ed.), *Current psy- chotherapies* (pp. 119–165). Itasca, IL: F. E. Peacock.

Meehl, P. E. (1954). *Clinical versus statistical pre- diction.*

Minneapolis: University of Minnesota Press.

Meehl, P. E. (1956). Wanted—A good cookbook. *American Psychologist, 11,* 263–272.

Meehl, P. E. (1957). When shall we use our heads instead of the formula? *Journal of Consulting Psychology, 4,* 268–273.

Meehl, P. E. (1965). *Seer over sign: The first good example. Journal of Experimental Research in Personality, 1,* 27–32.

Meichenbaum, D. H. (1977). *Cognitive behavior modification*. New York: Norton.

Meissner, W. W. (2006).The therapeutic alliance— A proteus in disguise. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43,* 264–270.

Mello, M. M., Studdert, D. M., & Brennan, T. A. (2003). The new medical malpractice crisis. *New England Journal of Medicine, 348,* 2281–2284.

Melton, A. W. (Ed.). (1947). *Apparatus tests*. Wash- ington, DC: Government Printing Office.

Melton, G. B., Petrila, J., Poythress, N. G., & Slobo- gin, C. (1987). *Psychological evaluations for the courts*. New York: Guilford.

Melton, G. B., Petrila, J., Poythress, N. G., & Slobo- gin, C. (1997). *Psychological evaluations for the courts* (2nd ed.). New York: Guilford.

Menninger, K. (1958). *The theory of psychoana- lytic technique*. New York: Basic Books.

Mermelstein, R., Lichtenstein, E., & McIntyre, K. (1983). Partner support and relapse in smok- ing-cessation programs. *Journal of Consult- ing and Clinical Psychology, 51,* 331–337.

Merrill, T. S. (2003). Licensure anachronisms: Is it time for a change? *Professional Psychology: Research and Practice, 34,* 459–462.

Messer, S. (2006). Patient values and preferences. In J. C. Norcross, L. E. Beutler, & R. F. Levant (Eds.). *Evidence-based practices in mental health* (pp. 31–40). Washington, DC: Ameri- can Psychological Association.

Messer, S. B. (2001). Empirically supported treat- ments: What's a neobehaviorist to do? In B. D. Slife, R. N. Williams, & S. H. Barlow (Eds.), *Critical issues in psychotherapy*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Messer, S. B. (2004). Evidence-based practice: Beyond empirically supported treatments. *Professional Psychology, 35,* 580–588.

Messer,S. B., & Winokur, M. (1980).Some limits to the integration of psychoanalytic and behav- ior therapy. *American Psychologist, 35,* 818–827.

Messick, S. (1995). Validity of psychological assessment: Validation of inferences from persons' responses and performances as scien- tific inquiry into score meaning. *American Psychologist, 50,* 741–749.

Mesulam, M. M. (1990). Large-scale neurocogni- tive networks and distributed processing for attention, language, and memory. *Annals of Neurology, 28,* 597–613.

Meyer, G. J., Finn, S. E., Eyde, L. D., Kay, G. G., Moreland, K. L., Dies, R. R., et al. (2001). Psychologi- cal testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *American Psy- chologist, 56,* 128–165.

Meyer, R. G., & Weaver, C. M. (2006). *Law and mental health: A case-based approach*. New York: Guilford.

Meyer-Lindenberg, A., Poline, J-B., Kohn, P. D., Holt, J. L., Egan, M. F., Weinberger, D. R., & Berman, K. F. (2001). Evidence for abnormal cortical functional connectivity during work- ing memory in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 158,* 1809–1817.

Meyers, L. (2006a). Psychologists and psy- chotropic medication. *Monitor on Psychol- ogy, 37,* 46–47.

Meyers, L. (2006b). Still a system in need of repairs. *Monitor on Psychology, 37,* 50–51.

Michael, K. D., Curtin, L., Kirkley, D. E., Jones, D. L., & Harris, R. (2006). Group-based motivational interviewing for alcohol use among college students: An exploratory study. *Professional Psychology: Research and Practice, 37,* 629–634.

Milan, M. A., Montgomery, R. W., & Rogers, E. G. (1994). Theoretical orientation revolution in clinical psychology: Fact or fiction? *Professional Psychology: Research and Prac- tice, 25,* 398–402.

Milich, R., & Fitzgerald, G. (1985). Validation of inattention/ overactivity and aggression rat- ings with classroom observations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53,* 139–140.

Miller, A. L., Rathus, J. H., Linehan, M. M., & Swen- son, C. R. (2006). *Dialectical behavior ther- apy with suicidal adolescents*. New York: Guilford.

Miller, B. L., & Cummings, J. L. (2006). *The Human Frontal Lobes: Functions and Disorders* (2nd ed.). New York: Guilford.

Miller, G. A., Elbert, T., Sutton, B. P., & Heller, W. (2007). Innovative clinical assessment tech- nologies: Challenges and opportunities in neuroimaging. *Psychological Assessment, 19,* 58–73.

Miller, G. E., & Cohen, S. (2001). Psychological interventions and the immune system: A meta-analytic review and critique. *Health Psy- chology, 20,* 47–63.

Miller, J. A., & Leffard, S. A. (2007). Behavioral assessment. In S. R. Smith & L. Handler (Eds.), *The clinical assessment of children and ado- lescents: A practitioner's handbook* (pp. 115–137). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Miller, K. M. (1991). Use of psychological assess- ment and training in testing techniques in the UK. *Evaluacion Psicologica, 7,* 85–97.

Miller, S. B., Freise, M., Dolgoy, L., Sita, A., Lavoie, K., & Campbell, T. (1998). Hostility, sodium consumption, and cardiovascular response to interpersonal stress. *Psychosomatic Medi- cine, 60,* 71–77.

Miller, T. Q., Turner, C. W., Tindale, R. S., Posavac, E. J.,&

Dugoni, B. L. (1991). Reasons for the trend toward null findings in research on Type A behavior. *Psychological Bulletin, 110,* 469–485.

Miller, W. R., & DiPilato, M. (1983). Treatment of nightmares via relaxation and desensitization: A controlled evaluation. *Journal of Consult- ing and Clinical Psychology, 51,* 870–877.

Miller, W. R., & Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *American Psychologist, 58,* 24–35.

Millon, J., Millon, C., & Davis, R. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory: III (MCMI-III) manual* (3rd ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Millon, T., & Klerman, G. L. (Eds.). (1986). *Contemporary directions in psychopathol- ogy: Toward the DSM-IV.* New York: Guilford.

Milner, B. (1974). Hemispheric specialization: Scope and limits. In F. O. Schmitt & F. G. Wor- den (Eds.), *The neurosciences: Third study program* (pp. 75–89). Cambridge, MA: MIT Press.

Milner, D. A., & Rugg, M. D. (1992). *The neuropsy- chology of consciousness.* San Diego: Aca- demic Press, Inc.

Mineka, S., Watson, D., & Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology,* 49, 377–412.

Minuchin,S., Montalvo, B., Guerney, B., & Shumer, E. (1967). *Families of the slums.* New York: Basic Books.

Miranda,J.,Bernal,G.,Lau,A.,Kohn,L.,Hwang,W.,& LaFromboise, T. (2005). State of the science of psychosocial interventions for ethnic minori- ties. *Annual Review of Clinical Psychology, 1,* 113–142.

Mischel, W. (1968). *Personality and assessment.* New York: Wiley.

Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review, 80,* 252–283.

Mischel, W. (1986). *Introduction to personality* (4th ed.). New York: Holt, Rinehart & Winston. Mischel, W. (1993). *Introduction to personality.* New York: Harcourt Brace.

Mitchell, K. J., Becker-Blease, K. A., & Finkelhor, D. (2005). Inventory of problematic internet experiences encountered in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Prac- tice, 36,* 498–509.

Mitchell, R. L., & Crow, T. J. (2005). Right hemi- sphere language functions and schizophrenia: The forgotten hemisphere? *Brain, 128* (Pt 5), 963–978.

Moffitt, T. E. (2005). The new look of behavioral genetics in developmental psychopathology: Gene-environment interplay in antisocial behaviors. *Psychological Bulletin, 131,* 533–554.

Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2007). Evidence from behavioral genetics for environmental contri- butions to antisocial conduct. In J. E. Grusec & P. D. Hastings (Eds.), *Handbook of socializa- tion: Theory and research* (pp. 96–123). New York: Guilford.

Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., Milne, B. J., Melchior, M., Goldberg, D., & Poulton, R. (2007). Generalized anxiety disorder and depression: Childhood risk factors in a birth cohort followed to age 32. *Psychological Medicine, 37,* 441–452.

Mokdad, A. H., Marks, J. S., Stroup, D. F., & Gerberd- ing, J. L. (2004). Actual causes of death in the United States, 2000. *Journal of the American Medical Association, 291,* 1238–1245.

Monahan, J. (1988). Risk assessment of violence among the mentally disordered: Generating useful knowledge. *International Journal of Law and Psychiatry, 11,* 249.

Monahan, J., & Steadman, H. J. (Eds.). (1994). *Violence and mental disorder: Develop- ments in risk assessment.* Chicago: The Uni- versity of Chicago Press.

Monahan, J.,& Walker, L. (1990). *Social science in law: Cases and materials* (2nd ed.). West- bury, NY: Foundation Press.

Monahan, J.,& Walker, L. (2006). *Social science in law* (6th ed.). Minneapolis, MN: Foundation Press.

Moodie, W. (1936). Forward. *A guide to mental testing* [au: R. B. Cattell]. London: University of London Press (vii–viii).

Moos, R., Schaefer, J., Andrassy, J., & Moos, B. (2001). Outpatient mental health care, self- help groups, and patients' one-year treatment outcomes. *Journal of Clinical Psychology, 57,* 273–287.

Moreno, J. (1946). *Psychodrama* (Vol. 1). New York: Beacon House.

Morgan, B. L., & Korschgen, A. J. (2006). *Majoring in psych? Career options for psychology undergraduates* (3rd ed.). Boston: Allyn and Bacon.

Morgan, D. L., & Morgan, R. K. (2001). Single-par- ticipant design: Bringing science to managed care. *American Psychologist, 56,* 119–127.

Morgan, R. D., Kuther, T. L., & Habben, C. J. (2005). *Life after graduate school in psychology: Insider's advice from new psychologists.* New York: Psychology Press.

Morgenstern, J., Irwin, T. W., Wainberg, M. L., Parsons, J. T., Muench, F., Bux, D. A., et al. (2007). A randomized controlled trail of goal choice interventions for alcohol use disorders among men who have sex with men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75,* 72–84.

Morganstern, K. P., & Tevlin, H. E. (1981). Behav- ioral interviewing. In M. Hersen & A. S. Bellack (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook* (2nd ed., pp. 71–100). New York: Pergamon Press.

Morland, K., Diez Roux, A. V., & Wing, S. (2006). Supermarkets, other food stores, and obesity. *American Journal of Preventive Medicine, 30,* 333–339.

Morrison, C. S., McCusker, J., Stoddard, A. M., & Bigelow, C. (1995). The validity of behavioral data reported by injection drug users on a clinical risk assessment. *International Jour- nal of the Addictions, 30,* 889–899.

Morrison, K. H., Bradley, R., & Westen, D. (2003). The external validity of controlled clinical tri- als of psychother-

apy for depression and anxi- ety: A naturalistic study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Prac- tice, 76,* 109–132.

Morse, S. J. (1978). Law and mental health profes- sionals: The limits of expertise. *Professional Psychology, 9,* 389–399.

Morton, A. (1995). The enigma of non-atten- dance: A study of clients who do not turn up for their first appointment. *Therapeutic Com- munities: International Journal for Thera- peutic and Supportive Organizations, 16,* 117–133.

Moseley G. L. (2006). Graded motor imagery for pathologic pain: A randomized controlled trial. *Neurology, 67,* 2129–2134.

Mpofu, E., Carney, J.,& Lambert, M. C. (2006). Peer sociometric assessment. In M. Hersen (Ed.), *Clinician's handbook of child behavioral assessment* (pp. 233–263). San Diego: Elsevier Academic Press.

Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (Eds.). (1994). *Reducing risks for mental disorders: Fron- tiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.

Mukherjee, D., Levin, R. L., & Heller, W. (2006). The cognitive, emotional, and social sequelae of stroke: Psychological and ethical concerns in post-stroke adaptation. *Topics in Stroke Rehabilitation, 13,* 26–35.

Multiple Risk Factors Intervention Trial Research Group (MRFIT). (1982). Multiple risk factor intervention trial: Risk factor changes and mortality results. *Journal of the American Medical Association, 248,* 1465–1477.

Mulvey, E. P., & Cauffman, E. (2001). The inherent limits of predicting school violence. *American Psychologist, 56,* 797–802.

Munsey, C. (2006a). HIPAA enforcement rule issued. *Monitor on Psychology, 37,* 48.

Munsey, C. (2006b). RxP legislation made historic progress in Hawaii. *Monitor on Psychology, 37,* 42–44.

Munsey, C. (2007a). Health over health care.

Monitor on Psychology, 38, 28–30.

Munsey, C. (2007b). New disclosure require- ments help students compare psychology programs. *GradPSYCH, 5,* 1–2.

Murdock, N. L. (2004). *Theories of counseling and psychotherapy*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Murdock, N. L., Banta, J., Stromseth, J., Viene, D., Brown, T. M. (1998). Joining the club: Factors related to choice of theoretical orientation. *Counselling Psychology Quarterly, 11,* 63–78.

Murphy, M. J., Levant, R. F., Hall, J. E., & Glueckauf, R. L. (2007). Distance education in profes- sional training in psychology. *Professional Psychology: Research and Practice, 38,* 97–103.

Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality*. Fair Lawn, NJ: Oxford University Press.

Murray, H. A. (1943). *Thematic Apperception Test*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Mussen, P. H., & Scodel, A. (1955). The effects of sexual stimulation under varying conditions on TAT sexual responsiveness. *Journal of Consulting Psychology, 19,* 90.

Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist, 55,* 56–67.

Myers, I. B., & Briggs, K. C. (1943). *The Myers- Briggs type indicator*. Palo Alto, CA: Consult- ing Psychologists Press.

Myers, I. B., & McCaulley, M. H. (1985). *Manual: A guide to the development and use of the Myers-Briggs Type Indicator*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Myklebust,H.R.(1975).Nonverbal learning disabili- ties:Assessment and intervention.In H.R.Mykle- bust (Ed.), *Progress in learning disabilities* (Vol.3,pp.85–121). NewYork:Grune & Stratton.

Naglieri, J. A., Drasgow, F., Schmit, M., Handler, L., Prifi a, A., Margolis, A., & Velasquez, R. (2004). Psychological testing on the Internet: New problems, old issues. *American Psychologist, 59,* 150–162.

Nagy, T. F. (2005). *Ethics in plain English: An illustrative casebook for psychologists* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Nathan, P. E. (1987). DSM-III-R and the behavior therapist. *Behavior Therapy, 10,* 203–205.

Nathan, P. E., & Langenbucher, J. W. (1999). Psy- chopathology: Description and classification. *Annual Review of Psychology, 50,* 79–107.

Nathan, P. E., Stuart, S. P., & Dolan, S. L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis? *Psychological Bulletin, 126,* 964–981.

Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L.,Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., & Davino, K. (2003). What works in prevention: Prin- ciples of effective prevention programs. *American Psychologist, 58,* 449–456.

National Association of Social Workers. (2001). About NASW: NASW fact sheet. Retrieved Sep- tember 17, 2001, from http://www.naswdc. org/about/naswfact. htm.

National Association of Social Workers. (2008). Choices: Careers in social work. Retrieved Feb- ruary 29, 2008, from http://www.socialwork- ers.org/pubs/choices/ choices.htm.

National Center for Education Statistics. (2000). Digest of Education Statistics, 1999. Retrieved December 13, 2001, from http://nces.ed.gov/ pubs2000/Digest99/ d99t298.htm.

National Institute of Justice. (1999). *Eyewitness evidence: A guide for law enforcement*. Wash- ington, DC: U.S. Department of Justice.

National Institute of Mental Health (2006). The numbers count: Mental disorders in America (2006 rev.). Retrieved August 8, 2006, from http://www.nimh.nih.gov. publicat/numbers. cfm.

Navon, D. (1983). How many trees does it take to make a forest? *Perception, 12,* 239–254.

Neimeyer, R. A., & Bridges, S. K. (2003). Postmod- ern approaches to psychotherapy. In A. S. Gur- man & S. B. Messer (Eds.), *Essential Psychotherapies* (2nd ed., pp. 272–316). New York: Guilford.

Neimeyer, R. A., & Raskin, J. D. (Eds.). (2000). *Constructions of disorder: Meaning-making frameworks for psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Neisser, U., Boodoo, G., Bouchard, T. J., Boykin, A. W., Brody, N., Ceci, S. J., et al. (1996). Intelli- gence: Knowns and unknowns. *American Psychologist, 51,* 77–101.

Nelson, R. O., & Hayes, S. C. (1986). The nature of behavioral assessment. In R. O. Nelson & S. C. Hayes (Eds.), *Conceptual foundations of behavioral assessment* (pp. 3–41). New York: Guilford.

Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. (2006). *Abnormal psychology in a changing world*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Newlin, C. M., Adolph, J. L., & Kreber, L. A. (2004). Factors that influence fee setting by male and female psychologists. *Professional Psychol- ogy: Research and Practice, 35,* 548–552.

Newman, R. (2005). APA's resilience initiative. *Professional Psychology: Research and Prac- tice, 36,* 227–229.

Neylan, T. C. (1999). Frontal lobe function: Mr. Phineas Gage's famous injury. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience, 11,* 280.

Nicholson, R. A. (1999). Forensic assessment. In R. Roesch, S. D. Hart, & J. R. Ogloff (Eds.), *Psychology and law: The state of the disci- pline* (pp. 122–173). New York: Kluwer Aca- demic/Plenum.

NIDA Research Report. (2001). *Prescription drugs: Abuse and addiction: NIH publication No.01-4881,* Printed April, 2001 (Author).

Nielsen, S. L., Smart, D. W., Isakson, R. L., Worthen, V. E., Gregersen, A. T., & Lambert, M. J. (2004). The *Consumer Reports* effectiveness score: What did consumers report? *Journal of Counseling Psychology, 51,* 25–37.

Nietzel, M. T., & Bernstein, D. A. (1976). The effects of instructionally mediated demand upon the behavioral assessment of assertive- ness. *Journal of Consulting and Clinical Psy- chology, 44,* 500.

Nietzel, M. T., Bernstein, D. A., & Russell, R. L. (1988). Assessment of anxiety and fear. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Behavioralm assessment: A practical handbook* (3rd ed., pp. 280–312). New York: Pergamon Press.

Nietzel, M. T., Guthrie, P. R., & Susman, D. T. (1991). Utilization of community and social support services. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change* (4th ed., pp. 396–421). New York: Pergamon Press.

NIMH Prevention Research Steering Committee. (1994). *The prevention of mental disorders: A national research agenda*. Washington, DC: NIMH.

Niogi, S. N., & McCandliss, B. D. (2006). Left later- alized white matter microstructure accounts for individual differences in reading ability and disability. *Neuropsychologia, 44*(11), 2178–2188.

Nisbet, R. J. (2006). Assessment, treatment, and prevention of suicidal behavior. *British Jour- nal of Forensic Practice, 8,* 51–53.

Nock, M. K., & Kurtz, S. M. S. (2005). Direct behav- ioral observation in school settings: Bringing science to practice. *Cognitive and Behav- ioral Practice, 12,* 359–370.

Noll, J. G., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of Consulting and Clini- cal Psychology, 71,* 575–586.

Norcross, J. C. (2000). Here comes the self-help revolution in mental health. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training, 37,* 370–377.

Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy rela- tionships that work: Therapists contribu- tions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.

Norcross, J. C. (Ed.). (2006). Integrating self-help into psychotherapy: 16 practical suggestions. *Professional Psychology: Research and Prac- tice, 37,* 683–693.

Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. (2006a). *Evidence-based practices in mental health*. Washington, DC: American Psycholog- ical Association.

Norcross, J. C., Beutler, L., & Levant, R. F. (2006b). Prologue. In J. C. Norcross, L. E. Beutler, & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-based practice in mental health* (pp. 3–12). Washington, DC: American Psychological Association.

Norcross, J. C., Castle, P. H., Sayette, M. A., & Mayne, T. J. (2004). The PsyD: Heterogeneity in practitioner training. *Professional Psychol- ogy: Research and Practice, 35,* 412–419.

Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (2005). *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

Norcross, J. C., Hanych, J. M., & Terranova, R. D. (1996). Graduate study in psychology: 1992–1993. *American Psychologist, 51,* 631–643.

Norcross, J. C., Hedges, M., & Castle, P. H. (2002). Psychologists conducting psychotherapy in 2001: A study of the Division 29 membership. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 39,* 97–102.

Norcross, J. C., Karg, R. S., & Prochaska, J. O. (1997). Clinical psychologists in the 1990s: Part I. *Clinical Psychologist, 50,* 4–9.

Norcross, J. C., Karpiak, C. P., & Santoro, S. O. (2005). Clinical psychologists across the years: The Division of Clinical Psychology from 1960 to 2003. *Journal of Clinical Psychology, 61,* 1467–1483.

Norcross, J. C., Kohout, J. L., & Wicherski, M. (2005). Graduate study in psychology: 1971 to 2004. *American Psychologist, 60,* 959–975.

Norcross, J. C., Koocher, G. P., & Garofalo, A. (2006). Discredited psychological treatments and tests: A Delphi poll. *Professional Psychol- ogy: Research and Practice, 37,* 515–522.

Norcross, J. C., Santrock, J. W., Campbell, L. F., & Smith, T. P. (2000). *Authoritative guide to self- help resources in mental health*. New York: Guilford.

Norcross, J. C., Santrock, J. W., Zuckerman, E. L., Sommer, R., & Campbell, L. F. (2003). *Authoritative guide to self-help resources in mental health (rev. ed.)*. New York: Guilford.

Norcross, J. C., Strausser-Kirkland, D., & Missar, C. D. (1988). The processes and outcomes of psychotherapists' personal treatment experi- ence. *Psychotherapy, 25,* 36–43.

Norris, C. J., & Cacioppo, J. T. (2007). I know how you feel: Social and emotional information processing in the brain. In E. Harmon-Jones & P. Winkielman (Eds.), *Social neuroscience: Integrating biological and psychological explanations of social behavior* (pp. 84–105). New York: Guilford.

Norton, P. J., & Hope, D. A. (2001). Analogue observational methods in assessment of social functioning in adults. *Psychological Assess- ment, 13,* 86–98.

Nunes, E. V., Frank, K. A., & Kornfeld, S. D. (1987). Psychologic treatment for Type A behavior pattern and for coronary heart disease: A meta-analysis of the literature. *Psychosomatic Medicine, 48,* 159–173.

Oberman, L. M., & Ramachandran, V. S. (2007). The simulating social mind: The role of the mirror neuron system and simulation in the social and communicative deficits of autism spectrum disorders. *Psychological Bulletin, 133,* 310–327.

Odeh, M. S., Zeiss, R. A., & Huss, M. T. (2006). Cues they use: Clinicians' endorsement of risk cues in prediction of dangerousness. *Behavioral Sciences and the Law, 24,* 147–156.

Oei, T. P. S., & Browne, A. (2006). Components of group processes: Have they contributed to the outcome of mood and anxiety disorder patients in a group cognitive-behaviour ther- apy program? *American Journal of Psy- chotherapy, 60,* 53–70.

Offi of Strategic Services Assessment Staff. (1948). *Assessment of men*. New York: Rinehart.

Ogloff, J. R. P., & Otto, R. (1993). Psychological autopsy: Clinical and legal perspectives. *Saint Louis University Law Journal, 37,* 607–646. Okazaki, S. & Tanaka-Matsumi, J. (2006). Cultural considerations in cognitive-behavioral assess- ment. In P. A. Hays & G. Y Iwamasa (Eds.), *Culturally responsive cognitive behavioral therapy* (pp. 247–266). Washington, DC: American Psychological Association.

Oland, A. A., & Shaw, D. S. (2005). Pure versus co- occurring externalizing and internalizing symptoms in children: The potential role of socio-developmental milestones. *Clinical Child and Family Psychology Review, 8,* 247–270.

Olbrisch, M. E. (1977). Psychotherapeutic inter- ventions in physical health: Effectiveness and economic efficiency. *American Psychologist, 32,* 761–777.

O'Leary, K. D., & Becker, W. C. (1967). Behavior modification of an adjustment class: A token reinforcement program. *Exceptional Chil- dren, 33,* 637–642.

Olive, H. (1972). Psychoanalysts' opinions of psy- chologists' reports: 1952 and 1970. *Journal of Clinical Psychology, 28,* 50–54.

Ollendick, T. H., & Davis, T. E. (2004). Empirically supported treatments for children and adoles- cents: Where to from here? *Clinical Psychol- ogy: Science and Practice, 11,* 289–294.

Ollendick, T. H., & Greene, R. (1990). Behavioral assessment of children. In G. Goldstein & M. Hersen (Eds.), *Handbook of psychological assessment* (2nd ed., pp. 403–422). New York: Pergamon Press.

Ollendick, T. H., & King, N. J. (1998). Empirically supported treatments for children with pho- bic and anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology, 27,* 156–167.

Ollendick, T. H., King, N. J., & Chorpita, B. F. (2006). Empirically supported treatments for children and adolescents. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy* (3rd ed., pp. 492–520). New York: Guilford.

Olos, L., & Hoff, E. H. (2006). Gender ratios in Euro- pean psychology. *European Psychologist, 11,* 1–11.

Orchowski, L. M., Spickard, B. A., & McNamara, J. R. (2006). Cinema and the valuing of psy- chotherapy: Implications for clinical practice. *Professional Psychology: Research and Prac- tice, 37,* 506–514.

Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). *Pro- cess* and outcome in psychotherapy—Noch Einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfi (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 270–276). New York: Wiley.

Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfi & A.E.Bergin (Eds.),*Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 311–381). New York: Wiley.

Orne, M. T. (1962). On the social psychology of the psychological experiment: With particu- lar reference to demand characteristics and their implications. *American Psychologist, 17,* 776–783.

Ostafin, B. D., Chawla, N., Bowen, S., Dillworth, T. M., Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2006). Intensive mindfulness training and the reduc- tion of psychological distress: A preliminary study. *Cognitive and Behavioral Practice, 13,* 191–197.

Othmer, E. M., & Othmer,S. C. (2002). *The clinical interview using DSM-IV-TR: Fundamen- tals*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Othmer, E. M., & Othmer,S. C. (2003). *The clinical interview using DSM-IV-TR* (Vol. 1). Washing- ton, DC: American Psychiatric Publishing.

Owens, E. B., Hinshaw, S. P., Kraemer, H. C., Arnold, L. E.,

Abikoff, H. B., et al. (2003). Which treatment for whom for ADHD? Moderators of treatment response in the MTA. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71,* 540–552.

Ownsworth, T. L., McFarland, K., & Young, R. M. (2000). Development and standardization of the Self-Regulation Skills Interview (SRSI): A new clinical assessment tool for acquired brain injury. *Clinical Neuropsychologist, 14,* 76–92.

Pace, T. M., Robbins, R. R., Rockey, R., Choney, S. K., Hill, J. S., et al. (2006). A cultural-contextual perspective on the validity of the MMPI-2 with American Indians. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 12,* 320–333.

Packard, E. (2007). A new tool for psychothera- pists. *Monitor on Psychology, 38,* 30–31.

Pallak, M. S., Cummings, N. A., Dorken, H., & Henke, C. J. (1995). Effect of mental health treatment of medical costs. *Mind/Body Medi- cine, 1,* 7–11.

Parker, K. C. H., Hanson, R. K., & Hunsley, J. (1988). MMPI, Rorschach, and WAIS: A meta- analytic comparison of reliability, stability, and validity. *Psychological Bulletin, 103,* 367–373.

Parra, G. R., DuBois, D. L., & Sher, K. J. (2006). Investigation of profiles of risk factors for ado- lescent psychopathology: A person-centered approach. *Journal of Clinical Child and Ado- lescent Psychology, 35,* 386–402.

Pate, W. E., II. (2001). Analyses of data from gradu- ate study in psychology: 1999–2000. Retrieved December 12, 2001, from APA Research office, http://research.apa.org/grad00contents. html.

Pathak, S. (2006). Pharmacological treatments. In R. T. Ammerman (Ed.), *Comprehensive hand- book of personality and psychopathology* (Vol. 3, pp. 438–447). Hoboken, NJ: Wiley.

Patterson, C. H. (1989). Foundations for a system- atic eclectic psychotherapy. *Psychotherapy, 26,* 427–435.

Patterson, D. R., Everett, J. J., Burns, G. L., & Mar- vin, J. A. (1992). Hypnosis for the treatment of burn pain. *Journal of Consulting and Clini- cal Psychology, 60,* 713–717.

Patterson, G. R. (1975). *Families*. Champaign, IL: Research Press.

Patterson, G. R. (1976). The aggressive child: Vic- tim and architect of a coercive system. In L. A. Hamerlynck, L. C. Handy, & E. J. Mash (Eds.), *Behavior modification and families: Theory and research* (Vol. 1, pp. 267–316). New York: Brunner/Mazel.

Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.

Patterson, G. R., Ray, R. S., Shaw, D. A., & Cobb, J. A. (1969). *Manual for coding of family inter- actions* (Document NO. 01234). Available from ASIS/NAPS, c/o Microfiche Publications, 305 East 46th St., New York, NY 10017.

Paul, G. L. (1966). *Insight versus desensitization in psychotherapy: An experiment in anxiety reduction*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psy- chology, 31,* 109–118.

Paul, G. L. (1969a). Behavior modification research: Design and tactics. In C. M. Franks (Ed.), *Behavior therapy:Appraisal and status* (pp. 29–62). New York: McGraw-Hill.

Paul, G. L. (1969b). Outcome of systematic desen- sitization II. In C. M. Franks (Ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status* (pp. 63–159). New York: McGraw-Hill.

Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes*. New York: Oxford University Press.

Payne, G. (1829). *Elements of mental and moral science*. New York: Leavitt.

Pennebacker, J. W. (1995). *Emotion, disclosure, and health*. Washington, DC: American Psychological Association.

Perepletchikova, F., & Kazdin, A. E. (2005). Treat- ment integrity and therapeutic change: Issues and research recommendations. *Clinical Psy- chology: Science and Practice, 12,* 365–383.

Perls, F. S. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. Lafayette, CA: Real People Press.

Perls, F. S. (1970). Four lectures. In J. Fagan & I. L. Shepherd (Eds.), *Gestalt therapy now* (pp. 14–38). Palo Alto, CA: Science and Behav- ior Books.

Peters, L., Clark, D., & Carroll, F. (1998). Are com- puterized interviews equivalent to human interviews? CIDI-Auto versus CIDI in anxiety and depressive disorders. *Psychological Medi- cine, 28,* 893–901.

Peterson, C. (2006). The Values in Action (VIA) Classification of Strengths: The un-DSM and the real DSM. In M. Csikszentmihalyi & I. Csik- szentmihalyi (Eds.), *A life worth living: Contri- butions to positive psychology* (pp. 29–48). New York: Oxford University Press.

Peterson, C., & Park, N. (2005). The enduring value of the Boulder Model: "Upon this rock we will build." *Journal of Clinical Psychol- ogy, 61,* 1147–1150.

Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A classifica- tion and handbook*. Washington, DC: Ameri- can Psychological Association.

Peterson, D. R. (1968a). *The clinical style of social behavior*. New York: Appleton- Century-Crofts.

Peterson, D. R. (1968b). The doctor of psychol- ogy program at the University of Illinois. *American Psychologist, 23,* 511–516.

Peterson, D. R. (1985). Twenty years of practi- tioner training in psychology. *American Psy- chologist, 40,* 441–451.

Peterson, D. R. (2000).Scientist-practitioner or sci- entific practitioner? *American Psychologist, 55,* 252–253.

Peterson, D. R. (2003). Unintended conse- quences: Ventures and misadventures in the education of professional psychologists. *American Psychologist, 58,* 791–800.

Peterson, D. R. (2004). Science, scientism, and professional responsibility. *Clinical Psychol- ogy: Science and Practice, 11,* 196–210.

Peterson, E. S., Cooper, A. M., & Gabbard, G. O. (2005). *The American Psychiatric Publishing textbook of psychoanalysis.* Washington, DC: American Psychiatric Association.

Peterson, L., Reach, K., & Grabe, S. (2003). Health- related disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (2nd ed., pp. 716–749). New York: Guilford.

Petry, N. M., Ammerman, Y., Bohl, J., Doersch, A., Gay, H., Kadden, R., et al. (2006). Cognitive- behavioral therapy for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychol- ogy, 74,* 555–567.

Pettijohn, T. F. (1991). *The encyclopedic diction- ary of psychology* (4th ed.). Guilford, CT: Dushkin.

Phares, V. (2008). *Understanding abnormal child psychology* (2nd ed.). Hoboken, NJ: Wiley.

Phares, V., Fields, S., & Binitie, I. (2006). Getting fathers involved in child-related therapy. *Cognitive and Behavioral Practice, 13,* 42–52.

Phelps, R., Eisman, E. J., & Kohout, J. (1998). Psy- chological practice and managed care: Results of the CAPP practitioner survey. *Professional Psychology: Research and Practice, 29,* 31–36.

Retrieved December 13, 2001, from http:// www.apa.org/ practice/cappsurvey.html.

Physicians' Desk Reference (2007). *Physicians' Desk Reference for Nonprescription drugs, dietary supplements and herbs, Vol. 28.* New York: Thompson Healthcare.

Pilkonis, P. A., Heape, C. L., Proietti, J. M., Clark, S. W., McDavid, J. D., et al. (1995). The reliability and validity of two structured interviews for personality disorders. *Archives of General Psychiatry, 52,* 1025–1033.

Pine, F. (1990). *Drive, ego, object, and self.* New York: Basic Books.

Pingitore, D., & Scheffler, R. M. (2005). Practice patterns across the clinical life span: Results from the California Survey of Psychological Practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 36,* 434–440.

Pinsof, W. M. (2005). Integrative problem-cen- tered therapy. In J. C. Norcross & M. R. Gold- fried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 382–402). New York: Oxford Press.

Pinsof, W. M., & Lebow, J. L. (Eds.). (2005). *Family psychology: The art of the science.* New York: Oxford University Press.

Piotrowski, C., & Keller, J. W. (1984). Psychodiag- nostic testing in APA-approved clinical psy- chology programs. *Professional Psychology: Research and Practice, 15,* 450–456.

Piotrowski, Z. (1972). Psychological testing of intelligence and personality. In A. M. Freed- man & H. I. Kaplan (Eds.), *Diagnosing mental illness: Evaluation in psychiatry and psy- chology* (pp. 41–85). New York: Atheneum.

Pittenger, R. E., Hockett, C. F., & Danehy, J. J. (1960). *The first five minutes: A sample of microscopic interview analyses.* Ithaca, NY: Paul Martineau.

Plante,T.G.,Goldfarb,L.P.,& Wadley,V.(1993).Are stress and coping associated with aptitude and achievement testing performance among chil- dren?: A preliminary investigation. *Journal of School Psychology, .31,* 259–266.

Plomin, R., & Kovas, Y. (2005). Generalist genes and learning disabilities. *Psychological Bul- letin, 131,* 592–617.

Plous, S., & Zimbardo, P. G. (1986). Attributional biases among clinicians: A comparison of psy- choanalysts and behavior therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54,* 568–570.

Pollock, K. M. (2001). Exercise in treating depres- sion: Broadening the psychotherapist's role. *Journal of Clinical Psychology/In Session, 57,* 1289–1300.

Ponds, R. W,. & Hendriks, M. (2006). Cognitive rehabilitation of memory problems in patients with epilepsy. *Seizure, 15,* 267–273.

Pope, K. S., Butcher, J. N., & Seelen, J. (1993). *The MMPI, MMPI-2, and MMPI in court.* Washington, DC: American Psychological Association.

Pope, K. S., Kieth-Spiegel, P., & Tabachnick, B. G. (2006). Sexual attraction to clients:The human therapist and the (sometimes) inhumane training system. *Training and Education in Professional Psychology, S,* 96–111.

Pope, K. S., & Tabachnick, B. G. (1994). Therapists as patients: A national survey of psycholo- gists' experiences, problems, and beliefs. *Professional Psychology: Research and Prac- tice, 25,* 247–258.

Pope, K. S., & Tabachnick, B. G. (2005). The thera- pist as a person. *Professional Psychology: Research and Practice, 25,* Retrieved August 1, 2005, from http:// kspope. com/therapistas/ research9.php.

Pope, K. S., & Vasquez, M. J. T. (1991). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide for psychologists.* San Francisco: Jossey- Bass.

Pope, K. S., & Vasquez, M. J. T. (1998). *Ethics in psychotherapy and counseling* (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

Pope, K. S., & Vasquez, M. J. T. (2005). *How to sur- vive and thrive as a therapist.* Washington, DC: American Psychological Association.

Pope, K. S., & Vasquez, M. J. T. (2007). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide.* New York: Wiley.

Popma, A., & Raine, A. (2006). Will future forensic assessment be neurobiologic? *Child and Ado- lescent Psychiatric clinics of North America, 15,* 429–444.

Porter, E. H., Jr. (1943). The development and evaluation of a measure of counseling inter- view procedures. *Educational and Psycho- logical Measurement, 3,* 105–126.

Porter, S., Birt, A. R., Yuille, J. C., & Lehman, D. R. (2000). Negotiating false memories: Inter- viewer and remem-

berer characteristics relate to memory distortion. *Psychological Science, 11,* 507–510.

Post, C. G. (1963). *An introduction to the law.*

Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Pottick, K. J., Kirk, S. A., Hsieh, D. K., & Tian, X. (2007). Judging medical disorders in youth: Effects of client, clinician, and contextual dif- ferences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75,* 1–8.

Potts, M. K., Burnam, M. A., & Wells, K. B. (1991). Gender differences in depression detection: A comparison of clinician diagnosis and standardized assessment. *Psychological Assessment, 3,* 609–615.

Poythress, N., Monahan, J., Bonnie, R., Otto, R. K., & Hoge, S. K. (2002). *Adjudicative compe- tence: The MacArthur Studies.* New York: Kluwer/Plenum.

Poznanski, J. J., & Mclennan, J. (2003). Becoming a psychologist with a particular theoretical orientation to counseling practice. *Australian Psychologist, 38,* 223–226.

Practice Directorate Staff. (2006). Eligible psychologists may file claims for Humana settlement funds. *Monitor on Psychology, November,* 12.

Price, M., & Anderson, P. (2007). The role of pres- ence in virtual reality exposure therapy. *Journal of Anxiety Disorders, 21,* 724–751.

Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1994). *Systems of psychotherapy:A transtheoretical analysis* (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J.S., Goldstein, M. G., et al. (1994). Stages of change and deci- sional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology, 13,* 39–43.

Psychodynamic Diagnostic Manual Task Force (2006). *Psychodynamic diagnostic manual.* Washington, DC: Author.

Puska, P. (1999). The North Karelia Project: From community intervention to national activity in lowering cholesterol levels and CHD risk. *European Heart Journal, 1(Suppl.),* S9–13.

Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42,* 269–278. Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (2006). Actuarial prediction of violence. In V. L. Quinsey, G. T. Harris, M. E. Rice, & C. A. Cormier (Eds.), *Violent offenders: Appraising and managing risk* (2nd ed., pp. 155–196). Washington, DC: American Psychological Association.

Rabinowitz, J. (1993). Diagnostic reasoning and reliability: A review of the literature and a model of decision-making. *Journal of Mind and Behavior, 14,* 297–315.

Radomile, R. R. (2000). Obesity. In J. R. White & A. S. Freeman (2000). *Cognitive-behavioral group therapy for specific problems and populations* (pp. 99–125). Washington, DC: American Psychological Association.

Ragland, D. R., & Brand, R. J. (1988).Type A behav- ior and mortality from coronary heart disease. *New England Journal of Medicine, 318,* 65–69.

Raimy, V. C. (1950). *Training in clinical psychol- ogy.* New York: Prentice-Hall.

Ramirez, S. Z., & Kratchowill, T. R. (1990). Devel- opment of the Fear Survey for Children With and Without Mental Retardation. *Behavioral Assessment, 12,* 457–470.

Ramirez-Basco, M., & Rush, J. A. (2007). *Cognitive- behavioral therapy for bipolar disorder* (2nd ed.). New York: Guilford.

Rapaport,D.(1951).*Organization and pathology of thought.* New York: Columbia University Press.

Rappaport, J. (1977). *Community psychology: Values, research and action.* New York: Holt, Rinehart & Winston.

Rappaport, J. (2002). In praise of paradox: A social policy of empowerment over preven- tion. In T. A. Revenson, A. R. D'Augelli, S. E. French, D. L. Hughes, & D. Livert (Eds.), *A quarter century of community psychology: Readings from the American Journal of Community Psychology* (pp. 121–145). New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

Rasmussen, T., & Milner, B. (1975). Clinical and surgical studies of the cerebral speech areas in man. In K. J. Zulch, O. Creutzfeldt, & G. C. Galbraith (Eds.),*Cerebral localization.*Berlin & New York: Springer-Verlag.

Rasting, M., & Beutel, M. E. (2005). Dyadic affective interactive patterns in the intake interview as a predictor of outcome. *Psychotherapy Research, 15,* 188–198.

Raviv, A., Raviv, A., Propper, A., & Fink, A. S. (2003). Mothers' attitudes toward seeking help for their children from school and private psy- chologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 34,* 95–101.

Redd, W. H., Jacobsen, P. B., Die-Trill, M., Dermatis, H., McEvoy, M., & Holland, J. C. (1987). Cogni- tive/ attentional distraction in the control of conditioned nausea in pediatric cancer patients receiving chemotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 391–395.

Reddy, L. A., Files-Hall, T. M., & Schaefer, C. E. (Eds.). (2005). *Empirically based play inter- ventions for children.* Washington, DC: American Psychological Association.

Reddy, L. A., Springer, C., Files-Hall, T. M., Benisz, E. S., Hauch, Y., Braunstein, D., & Atamanoff, T. (2005). Child ADHD multimodal program: An empirically supported intervention for young children with ADHD. In L. A. Reddy, T. M. Files- Hall, & C. E. Schaefer (Eds.), *Empirically based play interventions for children* (pp. 145–167). Washington, DC: American Psychological Association.

Reed, G. M., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., Wang, H.Y. J., & Visscher, B. R. (1994). "Realistic accept- ance" as a predictor of decreased survival of gay men with AIDS. *Health Psychology, 13,* 299–307.

Reed,G.M.,Levant,R.F.,Stout,C.E.,Murphy,M.J.,& Phelps, R. (2001). Psychology in the current mental health marketplace. *Professional Psy- chology: Research and*

Practice, 1, 65–70.

Rehm, L. P., & DeMers, S. T. (2006). Licensure. *Clinical Psychology: Science and Practice, 13,* 249–253.

Reich, W., Cottler, L., McCallum, K., & Corwin, D. (1995). Computerized interviews as a method of assessing psychopathology in children. *Comprehensive Psychiatry, 36,* 40–45.

Reid, J. B. B., Patterson, G. R., & Snyder, J. J. (2002). *Antisocial behavior in children and adolescents.* Washington, DC: American Psy- chological Association.

Rein, L. (2001, December 19). Crime panel assails Virginia insanity policy. *The Washington Post,* B1,B4.

Reinecke, M. A., & Freeman, A. (2003). Cognitive therapy. In A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential Psychotherapies* (2nd ed., pp. 224–271). New York: Guilford.

Reisman, J. M. (1976). *A history of clinical psy- chology.* New York: Irvington.

Reitan, R. M. (1964). Psychological deficits result- ing from cerebral lesions in man. In J. M. Warren & K. Akert (Eds.), *The frontal gra- nular cortex and behavior.* New York: McGraw-Hill.

Reitan, R. M., & Davison, L. A. (Eds.). (1974). *Clinical neuropsychology: Current status and applications.* Washington, DC: V. H. Winston.

Reitan, R. M., & Wolfson, D. (1993). *The Halstead- Reitan Neuropsychological Test Battery: The- ory and clinical interpretation.* Tucson, AZ: Neuropsychology Press.

Report of the Ethics Committee, 2000. (2000). *American Psychologist, 56,* 680–688.

Repp, A. C., & Horner, R. H. (2000). *Functional analysis of problem behavior: From effective assessment to effective support.* Belmont, CA: Wadsworth.

Reppucci, N. D., Wollard, J. L., & Fried, C.S. (1999). Social, community, and preventive interven- tions. *Annual Review of Psychology, 50,* 387–418.

Rescorla, L., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., et al. (2007). Epidemiological comparisons of prob- lems and positive qualities reported by adoles- cents in 24 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75,* 351–358.

Resnick, J. H. (1991). Finally, a definition of clini- cal psychology: A message from the President, Division 12. *The Clinical Psychologist, 44,* 3–11.

Resnick, R. J. (1997). A brief history of practice— Expanded. *American Psychologist, 52,* 463–468.

Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2003). *Handbook of psychological and educa- tional assessment of children: Personality, behavior, and context* (2nd ed.). New York: Guilford.

Rice, M. E. (1997). Violent offender research and implications for the criminal justice system. *American Psychologist, 52,* 414–423.

Rice, S. A. (1929). Contagious bias in the inter- view: A methodological note. *American Jour- nal of Sociology, 35,* 420–423.

Rich, B. A. (1998). Personhood, patienthood, and clinical practice: Reassessing advance direc- tives. *Psychology, Public Policy, and Law, 4,* 610–628.

Richard, D. C. S., & Lauterbach, D. (2004). Com- puters in the training and practice of behav- ioral assessment. In S. N. Haynes & E. M. Heiby (Eds.), *Comprehensive handbook of psycho- logical assess- ment* (pp. 222–245). Hoboken, NJ: Wiley.

Richman, L. S., Kubzansky, L., Maselko, J., & Kawachi, I. (2005). Positive emotion and health: Going beyond the negative. *Health Psychology, 24,* 422–429.

Richmond, T. K., & Rosen, D. S. (2005). The treat- ment of adolescent depression in the era of the black box warning. *Current Opinion in Pediatrics, 17,* 466–472.

Richters, J. E. (1992). Depressed mothers as informants about their children: A critical review of the evidence for distortion. *Psychological Bulletin, 112,* 485–499.

Rickert, V., & Jay, S. (1995). The noncompliant adolescent. In S. Parker & B. Zuckerman (Eds.), *Behavioral and developmental pedi- atrics* (pp. 219–222). Boston: Little, Brown & Company.

Riggle, E. D. B., & Rostosky, S. S. (2005). For better or for worse: Psycholegal soft spots and advance planning for same-sex couples. *Professional Psychology: Research and Prac- tice, 36,* 90–96.

Riley, W. T., Schumann, M. F., Forman-Hoffman, V. L., Mihm, P., Applegate, B. W., & Asif, O. (2007). Responses of practicing psychologists to a Web site developed to promote empirically supported treatments. *Professional Psychol- ogy: Research and Practice, 38,* 44–53.

Ripple, C. H., & Zigler, E. (2003). Research, policy, and the federal role in prevention initiatives for children. *American Psychologist, 58,* 482–490.

Ritterband, L. M., Gonder-Frederick, L. A., Cox, D. J., Clifton, A. D., West, R. W., & Borowitz, S. M. (2003). Internet interventions: In review, in use, and into the future. *Professional Psychol- ogy: Research and Practice, 34,* 527–534.

Roberts, C. F., Sargent, E. L., & Chan, A. S. (1993). Verdict selection processes in insanity cases: Juror construals and the effects of guilty but mental ill instructions. *Law and Human Behavior, 17,* 261–275.

Roberts, M. C. (Ed.). (2003). *Handbook of pediatric psychology* (3rd ed.). New York: Guilford.

Robertson, G. J., & Eyde, L. D. (1993). Improving test use in the United States: The develop- ment of an interdisciplinary casebook. *European Journal of Psychological Assess- ment, 9,* 137–146.

Robiner, W. N., Bearman, D. L., Berman, M., Grove, W. M., Colon, E., Mareck, S., & Armstrong, J. (2002). Prescriptive authority for psycholo- gists: A looming health hazard? *Clinical Psy- chology: Science and Practice, 9,* 231–248.

Robinson, J. D.,& Habben, C. J. (2003). The role of the

American Board of Professional Psychol- ogy in professional mobility. *Professional Psy- chology: Research and Practice, 34,* 474–475.

Roche, K. M., Ensminger, M. E., Ialongo, N., Poduska, J. M., & Kellam, S. G. (2006). Early entries into adult roles: Associations with aggressive behavior from early adolescence into young adulthood. *Youth and Society, 38,* 236–261.

Rochlen, A. B., Zack, J. S., & Speyer, C. (2004). Online therapy: Review of relevant defi- nitions, debates, and current empirical sup- port. *Journal of Clinical Psychology, 60,* 269–283.

Rock, D. L., Bransford, J. D., Maisto, S. A., & Morey, L. (1987). The study of clinical judgment: An ecological approach. *Clinical Psychology Review, 7,* 645–661.

Rodin, J., & Salovey, P. (1989). Health psychology. *Annual Review of Psychology, 40,* 533–580.

Rodriguez, H., & Arnold, C. (1998). Children & divorce: A snapshot. Retrieved December 13, 2001, from http://www.clasp.org/pubs/ familyformation/divfinal.htm.

Roe, A., Gustad, J. W., Moore, B. V., Ross, S., & Sko- dak, M. (Eds.). (1959). *Graduate education in psychology.* Washington, DC: American Psychological Association.

Roe, D., Dekel, R., Harel, G., Fenning, S., & Fen- ning, S. (2006). Clients' feelings during termi- nation of psychodynamically oriented psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic, 70,* 68–81.

Rogers, C. R. (1939). *Clinical treatment of the problem child.* Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychother- apy.* Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1946). Signifi aspects of client- centered therapy. *American Psychologist, 1,* 415–422.

Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy.*

Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person.* Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1967/2003). *Client-centered ther- apy.* New York: Constable & Robinson.

Rogers, M. R., & Molina, L. E. (2006). Exemplary efforts in psychology to recruit and retain graduate students of color. *American Psychologist, 61,* 143–156.

Rogers, R. (1995). *Diagnostic and structured interviewing: A handbook for psychologists.* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.

Rogers, R. (2001). *Handbook of diagnostic and structured interviewing* (2nd ed.). New York: Guilford.

Rogers, R., Gillis, J. R., Dickens, S. E., & Bagby, R. M. (1991). Standardized assessment of malinger- ing: Validation of the Structured Interview of Reported Symptoms. *Psychological Assess- ment, 3,* 89–96.

Rogers, R., Ustad, K. L., & Salekin, R.T. (1998). Con- vergent validity of the Personality Assessment Inventory: A study of emergency referrals in a correctional setting. *Assessment, 5,* 3–12.

Rohde, D. (1999, November 7). Juror and courts assailed in subway-killing mistrial. *New York Times,* 32.

Roid, G. H. (2003). *Stanford-Binet Intelligence Scales (fifth ed.) technical manual.* Itasca, IL: Riverside Publishing.

Rokeach, M. (2000). *Understanding human val- ues.* New York: The Free Press.

Ronan, G. G., Colavito, V. A., & Hammontree, S. R. (1993). Personal problems-solving system for scoring TAT responses: Preliminary validity and reliability data. *Journal of Personality Assessment, 61,* 28–40.

Ronan, K. R., & Kazantzis, N. (2006). The use of between-session (homework) activities in psychotherapy: Conclusions from the Journal of Psychotherapy Integration Special Series. *Journal of Psychotherapy Integration, 16,* 254–259.

Rorschach, H. (1921). *Psychodynamics: A diag- nostic test based on perception.* Oxford, England: Grune and Stratton.

Rorschach, H. (1942). *Psychodiagnostics:A diag- nostic test based on perception.* Bern, Switzerland: Hans Huber (Original work published in 1921).

Rose, S. D., & LeCroy, C. W. (1991). Group methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change* (4th ed., pp. 422–453). New York: Pergamon Press.

Rosen, G. M., Glasgow, R. E., & Moore, T. E. (2003). Self-help therapy: The science and business of giving psychology away. In S. O. Lilienfeld, S. J. Lynn, & J. M. Lohr (Eds.), *Science and pseudo- science in clinical psychology* (pp. 399–424). New York: Guilford.

Rosen, J. (2007, March 11). The brain on the stand. *New York Times Magazine.* Retrieved March 11, 2007, at http://www.nytimes.com/ 2007/03/11/magazine/11Neurolaw.t.html?ref=magazine.

Rosen, R. C., & Kopel, S. A. (1977). Penile plethysmography and biofeedback in the treatment of a transvestite-exhibitionist. *Journal of Con- sulting and Clinical Psychology, 45,* 908–916.

Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science, 179,* 250–258.

Rosenman, R. H., Brand, R. J., Jenkins, D. D., Friedman, M., Straus, R., & Wurm, M. (1975). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience after 8 years. *Journal of the American Medical Association, 233,* 872–877.

Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Mono- graphs, 2,* 328–335.

Rosenthal, R., & DiMatteo, M. R. (2001). Meta- analysis: Recent developments in quantitative methods for literature reviews. *Annual Review of Psychology, 52,* 59–82.

Rosenthal, T. L., & Steffek, B. D. (1991). Modeling methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change* (4th ed., pp. 70–121). New York: Pergamon Press.

Rosenzweig, S. (1949). Apperceptive norms for the Themat-

ic Apperception Test. I. The problem of norms in projective methods. *Journal of Personality, 17,* 475–482.

Rosenzweig, S. (1977). *Manual for the Children's Form of the Rosenzweig Picture-Frustration (P-F) Study.* St. Louis: Rana House.

Ross, M. W., Stowe, A., Wodak, A., & Gold, J. (1995). Reliability of interview responses of injecting drug users. *Journal of Addictive Diseases, 14,* 1–2.

Rossini, E. D., & Moretti, R. J. (1997). Thematic Apperception Test interpretation: Practice recommendations from a survey of clinical psychology doctoral programs accredited by the American Psychological *Association. Pro- fessional Psychology: Research and Practice, 28,* 393–398.

Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (2006). Tempera- ment. In N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of child psychology* (6th ed., pp. 99–166). Hobo- ken, NJ: Wiley.

Rothbaum, B. O. (2006). Virtual reality in the treat- ment of psychiatric disorders. *CNS Spectrums, 11,* 34.

Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Hembree, E. (2006). *Reclaiming your life from a traumatic expe- rience.* New York: Oxford University Press.

Rothbaum, B. O., Hodges, L. F., Kooper, R., & Opdyke, D. (1995). Effectiveness of computer- generated virtual reality graded exposure in treatment of agoraphobia. *American Journal of Psychiatry, 152,* 626–628.

Rothbaum, B. O., Hodges, L., Smith, S., Lee, J. H., & Price, L. (2000). A controlled study of virtual reality exposure therapy for the fear of flying. *Journal of Consulting and Clinical Psychol- ogy, 68,* 1020–1026.

Rotter, J. B., Lah, M. I., & Rafferty, J. E. (1992). *Manual: Rotter Incomplete Sentences Blank* (2nd ed.). Orlando, FL: Psychological Corpora- tion.

Rotter, J. B., & Rafferty, J. E. (1950). *The Rotter Incomplete Sentences Test.* New York: Psycho- logical Corporation.

Round, A. P. (1999). Teaching clinical reasoning— A preliminary controlled study. *Medical Edu- cation, 33,* 480–483.

Rourke, B. P. (1989). *Nonverbal learning disabil- ities: The syndrome and the model.* New York: Guilford.

Routh, D. K. (1994). *Clinical psychology since 1917: Science, practice, organization.* New York: Plenum.

Routh, D. K. (2000). Clinical psychology training: A history of ideas and practices prior to 1946. *American Psychologist, 55,* 236–241.

Rowe, R., Maughan, B., Pickles, A., Costello, E. J.,& Angold, A. (2002). The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: Findings from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43,* 365–373.

Rozanski, A., Blumenthal, J. A., & Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation, 99,* 2192–2217.

Rubens, A. B., & Benson, D. F. (1971). Associative visual agnosia. *Archives of Neurology, 24,* 304–316.

Rubin, R., Holm,S., Friberg, L., Videbech, P., Ander- sen, H. S., Bendsen, B. B., et al. (1991). Altered modulation of prefrontal and subcortical brain activity in newly diagnosed schizophre- nia and schizophreniform disorder: A regional cerebral blood flow study. *Archives of Gen- eral Psychiatry, 48,* 987–995.

Rubinstein, E. (1948). Childhood mental disease in American: A review of the literature before 1900. *American Journal of Orthopsychiatry, 18,* 314–321.

Rudestam, K. E. (2004). Distributed education and the role of online learning in training pro- fessional psychologists. *Professional Psychol- ogy: Research and Practice, 35,* 427–432.

Ruegg, R. G., Ekstrom, D. E., Dwight, L., & Golden, R. N. (1990). Introduction of a standardized report form improves the quality of mental status examination reports by psychiatric resi- dents. *Academic Psychiatry, 14,* 157–163.

Rugulies, R. (2003). Depression as a predictor for the development of coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis of the lit- erature. *American Journal of Preventive Med- icine, 23,* 51–61.

Russ, S. W. (2006). Psychodynamic treatments. In R. T. Ammerman (Ed.), *Comprehensive hand- book of personality and psychopathology* (Vol. 3, pp. 425–437). Hoboken, NJ: Wiley.

Russell, E. W. (1998). In defense of the Halstead Reitan Battery: A critique of Lezak's review. *Archives of Clinical Neuropsychology, 13,* 365–381.

Ryan, J. J., Paolo, A. M., & Smith, A. J. (1992). Wech- sler Adult Intelligence Scale—Revised inter- subtest scatter in brain-damaged patients: A comparison with the standardization sample. *Psychological Assessment, 4,* 63–66.

Rychtarik, R. G., Tarnowski, K. J., & St. Lawrence, J. S. (1989). Impact of social desirability response sets on the self-report of marital adjustment in alcoholics. *Journal of Studies in Alcohol, 50,* 24–29.

Ryle, A. (2005). Cognitive analytic therapy. In J. C. Norcross, & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 196–217). New York: Oxford Press.

Sackett, P. R., & Wilk, S. L. (1994). Within-group norming and other forms of score adjustment in preemployment testing. *American Psy- chologist, 49,* 929–954.

Sacks, O. (1985). *The man who mistook his wife for a hat.* New York: Summit Books.

Sacks, O. (1990). *A leg to stand on.* New York: Summit Books.

Safer, D. J., & Krager, J. M. (1994). The increased use of stimulant medication for hyperactive/ inattentive students in secondary schools. *Pediatrics, 94,* 462–464.

Safer, D. L.,Telch, C. F., & Agras, W. (2001). Dialecti- cal behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 158,* 632–634.

Saklofske, D. H., Hildebrand, D. K., & Gorsuch, R. L. (2000). Replication of the factor structure of the Wechsler Adult Intelligence Scale— Third Edition with a Canadian sample. *Psychological Assessment, 12,* 436–439.

Sales, B. D., & Folkman, S. (2000). *Ethics in research with human participants*. Washington, DC: American Psychological Association.

Sales, B. D., Miller, M. O., & Hall,S. R. (2005a). Legal credentialing and privileges to practice. In B. D. Sales, M. O. Miller, & S. R. Hall (Eds.), *Laws affecting clinical practice* (pp. 13–22). Washington, DC: American Psychological Association.

Sales, B. D., Miller, M. O., & Hall, S. R. (2005b). *Laws affecting clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association.

Sales, B. D., & Shuman, D. W. (1996). *Law, mental health, and mental disorder*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J. B., & Stew- ard, W. T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist, 55,* 110–121.

Salovey, P., & Singer, J. A. (1991). Cognitive behav- ior modification. In F. H. Kanfer & A. P. Gold- stein (Eds.), *Helping people change* (4th ed., pp. 361–395). New York: Pergamon Press.

Samuda, R. J. (1975). *Psychological testing of American minorities: Issues and conse- quences*. New York: Dodd, Mead.

Sanchez, L. M., & Turner, S. M. (2003). Practicing psychology in the era of managed care: Impli- cations for practice and training. *American Psychologist, 58,* 116–129.

Sanders, M. R., & Dadds, M. R. (1992). Children's and parents' cognitions about family inter- actions: An evaluation of video-mediated recall and thought listing procedures in assessment of conduct-disordered children. *Journal of Clinical Child Psychology, 21,* 371–379.

Sanders, M. R., Montgomery, D. T., & Brechman- Toussaint, M. L. (2000). The mass media and the prevention of child behavior problems: The evaluation of a television series to pro- mote positive outcomes for parents and their children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41,* 939–948.

Santoro, S. O., Kister, K. M., Karpiak, C. P., & Nor- cross, J. C. (2004, April). *Clinical psychologists in the 2000s: A national study*. Paper pre- sented at the annual meeting of the Eastern Psychological Association, Washington, DC.

Santostefano, S. (1962). Performance testing of personality. *Merrill-Palmer Quarterly, 8,* 83–97.

Santrock, J. W. (2008). *Educational psychology* (3rd ed.). Boston: McGraw Hill.

Sapara, A., Cooke, M., Fannon, D., Francis, A., Buchanan, R. W., Anilkumar, A. P., et al. (2007). Prefrontal cortex and insight in schizophrenia: A volumetric MRI study. *Schizophrenia Research, 89,* (1–3),22–34.Epub Nov 13,2006.

Sarafino, E. P. (2005). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. Hoboken, NJ: Wiley.

Sarason, S. B. (1974). *The psychological sense of community: Prospects for community psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.

Sarbin, T. R. (1997). On the futility of psychiatric diagnostic manuals (DSMs) and the return of personal agency. *Applied Prevention Psychol- ogy, 6,* 233–243.

Sartorius, N., Kaelber, C. T., Cooper, J. E., Roper, M. T., et al. (1996). Progress toward achieving a common language in psychiatry: Results from the field trial of the clinical guidelines accom- panying the WHO classification of mental and behavioral disorders in ICD-10. *Archives of General Psychiatry, 50,* 115–124.

Satir, V. (1967). *Conjoint family therapy* (rev. ed.). Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

Sattler, J. M., & Hoge, R. D. (2006). *Assessment of children: Behavioral, social and clinical foundations* (5th ed.). San Diego: Jerome M. Sattler, Publisher.

Saunders, S. M., Howard, K. I., & Orlinsky, D. E. (1989). The Therapeutic Bond Scales: Psycho- metric characteristics and relationship to treat- ment effectiveness. *Psychological Assessment, 1,* 323–330.

Sawyer, J. (1966). Measurement and prediction, clinical and statistical. *Psychological Bulletin, 66,* 178–200.

Scheidlinger, S. (2000). The group psychotherapy movement at the millennium: Some historical perspectives. *International Journal of Group Psychotherapy, 50,* 315–339.

Schirmer, A., Alter, K., Kotz, S. A., & Friederici, A. D. (2001). Lateralization of prosody during language production: A lesion study. *Brain and Language, 76,* 1–17.

Schneck, J. M. (1975). United States of America in J. G. Howells (Ed.), *World history of psychi- atry*. New York: Brunner/Mazel, 432–475.

Schneider, K. J. (2003). Existential-humanistic psychotherapies. In A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies* (2nd ed., pp. 149–181). New York: Guilford.

Schneider, S. L. (2001). In search of realistic opti- mism: Meaning, knowledge, and warm fuzzi- ness.*American Psychologist, 56,* 250–263.

Schneider, W., Buchheim, P., Cierpka, M., Rainer, D. W., Freyberger, H. J., et al. (2004). Opera- tionalized psychodynamic diagnostic: A new diagnostic approach in psychodynamic psy- chotherapy. In L. E. Beutler & M. L. Malik (Eds.), *Rethinking the DSM: A psychological perspective* (pp. 177–200). Washington, DC: American Psychological Association.

Schneiderman, N., Antoni, M. H., Saab, P. G.,& Iron- son,G. (2001).Health psychology:Psychosocial and biobehavioral aspects of chronic disease management. *Annual Review of Psychology,* 52,555–580.

Schopp, L. H., Johnstone, B., & Reid-Arndt, S. (2005). Telehealth brain injury training for rural behavioral health generalists:Supporting and enhancing rural service delivery net- works. *Professional Psychology: Research*

and Practice, 36, 158–163.

Schradle, S. B., & Dougher, M. J. (1985). Social sup- port as a mediator of stress. Theoretical and empirical issues. *Clinical Psychology Review, 5,* 641–662.

Schretlen, D., Wilkins, S. S., Van Gorp, W. G., & Bobholz, J. H. (1992). Cross-validation of a psychological test battery to detect faked insanity. *Psychological Assessment, 4,* 77–83.

Schröder, T. A., & Davis, J. D. (2004). Therapists' experience of difficulty in practice. *Psychotherapy Research, 14,* 328–245.

Schulenberg, S. E., & Yutzenka, B. A. (2004). Ethical issues in the use of computerized assessment. *Computers in Human Behavior, 20,* 477–490.

Schwab-Stone, M., Fallon, T., & Briggs, M. (1994). Reliability of diagnostic reporting for children aged 6–11 years: A test-retest study of the Diagnostic Interview Schedule for Children— Revised. *American Journal of Psychiatry, 151,* 1048–1054.

Schwartz, B. K., (Ed.). (2003). *Correctional psychology: Practice, programming, and administration.* Kingston, NJ: Civil Research Institute.

Schweinhart, L. J., McNair, S., Barnes, H., & Larner, M. (1993). Observing young children in action to assess their development: The High/Scope Child Observation Record study. *Educational and Psychological Measurement, 53,* 445–455.

Scott, C. L., & Resnick, P. J. (2006). Patient suicide and litigation. In R. I. Simon & R. E. Hales (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of suicide assessment and manage- ment* (pp. 527–544). Washington, DC: Ameri- can Psychiatric Publishing.

Scoville, W. B., & Milner, B. (1957). Loss of recent memory after bilateral hippocampal lesions. *The Journal of Neurology, Neurosurgery, & Psychiatry, 20,* 11–21.

Sechrest, L. B. (1963). Incremental validity: A rec- ommendation. *Educational and Psychologi- cal Measurement, 23,* 153–158.

Seeman, J. A. (1949). A study of the process of nondirective therapy. *Journal of Consulting Psychology, 13,* 157–168.

Segal, D. L., Hersen, M., & Van Hasselt, V. B. (1994). Reliability of the structured clinical interview for DSM-III-R: An evaluative review. *Comprehensive Psychiatry, 35,* 316–327.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to prevent- ing relapse.* New York: Guilford.

Seifer, R. (2003).Young children with mentally ill parents: Resilient developmental systems. In

S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerabil- ity: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 29–49). New York: Cambridge University Press.

Self, R., Oates, P., Pinnock-Hamilton, T., & Leach, C. (2005). The relationship between social deprivation and unilateral termination (attri- tion) from psychotherapy at various stages of the health care pathway. *Psychology and Psy- chotherapy: Theory, Research, and Practice, 78,* 95–111.

Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist, 50,* 965–974.

Seligman, M. E. P. (2004). *Authentic happiness.* New York: Simon and Schuster.

Seligman, M. E. P., & Csikszentmihali, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55,* 5–14.

Seligman, M. E. P., Peterson, C., Kaslow, N. J., Tanenbaum, R. L., Alloy, L. B., & Abramson, L.Y. (1984). Explanatory style and depressive symptoms among school children. *Journal of Abnormal Psychology, 93,* 235–238.

Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empiri- cal validation of interventions. *American Psy- chologist, 60,* 410–421.

Selye, H. (1956). *The stress of life.* New York: McGraw-Hill.

Seto, M. C., Cantor, J. M., & Blanchard, R. (2006). Child pornography offenses are valid diagnos- tic indicators of pedophilia. *Journal of Abnormal Psychology, 115,* 610–615.

Sexton, T. L., Alexander, J. F., & Mease, A. L. (2004). Levels of evidence for the models and mecha- nisms of therapeutic change in family and couple therapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 590–646). New York: Wiley.

Shadish, W. R. (2002). Revisiting field experi- ments: Field notes for the future. *Psychological Methods, 7,* 3–18.

Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2005). Effects of behavioral marital therapy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Con- sulting and Clinical Psychology, 73,* 6–14.

Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K., & Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychi- atry, 39,* 28–38.

Shaffer, G. W., & Lazarus, R. S. (1952). *Fundamental concepts in clinical psychol- ogy.* New York: McGraw-Hill.

Shakow, D. (1942). The training of the clinical psychologist. *Journal of Consulting Psychol- ogy, 6,* 277–288.

Shakow, D. (1948). Clinical psychology: An evalu- ation. In L. G. Lowrey & V. Sloane (Eds.), *Orthopsychiatry, 1923–1948: Retrospect and prospect* (pp. 231–247). New York: American Orthopsychiatric Association.

Shakow, D. (1965). Seventeen years later: Clinical psychology in the light of the 1947 CTCP report. *American Psychologist, 20,* 353–362.

Shakow, D. (1968). Clinical psychology. In D. L. Sills (Ed.),

International encyclopedia of the social sciences (pp. 513–518). London: Collier Macmillan.

Shakow, D. (1978). Clinical psychology seen some 50 years later. *American Psychologist, 33,* 148–158.

Shamay-Tsoory,S. G.,Tomer, R., Berger, B. D., Gold- sher, D., & Aharon-Peretz, J. (2005). Impaired "affective theory of mind" is associated with right ventromedial prefrontal damage. *Cognitive and Behavioral Neurology, 18,* 55–67.

Shannon, D., & Weaver, W. (1949). *The mathe- matical theory of communication.* Urbana: University of Illinois Press.

Shapiro, A. E., & Wiggins, J. G. (1994). A PsyD degree for every practitioner: Truth in label- ing. *American Psychologist, 49,* 207–210.

Shapiro, A. K. (1971). Placebo effects in medicine, psychotherapy, and psychoanalysis. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp. 439–473). New York: Wiley.

Shapiro, D. A., Firth-Cozens, J., & Stiles, W. B. (1998). The question of therapists' differential effectiveness: A Sheffield Psychotherapy Project addendum. *British Journal of Psychi- atry, 154,* 383–385.

Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome research: A critical appraisal. *Behavioral Psychotherapy, 10,* 4–25.

Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freed- man, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology, 62,* 373–386.

Shaw, D. L., Martz, D. M., Lancaster, C. J., & Sade, R. M. (1995). Influence of medical school appli- cants' demographic and cognitive characteris- tics on interviewers' ratings of noncognitive traits. *Academic Medicine, 70,* 532–536.

Shaywitz, S. E. & Shaywitz, B. A. (2005). Dyslexia (specific reading disability). *Biological Psy- chiatry, 57*(11), 1301–1309.

Shea, S. C. (1998). *Psychiatric interviewing: The art of understanding* (2nd ed.). Philadelphia: Saunders.

Shechtman, Z., & Tsegahun, I. (2004). Photother- apy to enhance self-disclosure and client- therapist alliance in an intake interview with Ethiopian immigrants to Israel. *Psychother- apy Research, 14,* 367–377.

Shenker, J. I. (April 2005). *When you only see trees, is there still a forest?* Paper presented at the American Academy of Neurology Annual Meeting, Miami Beach, FL.

Shepherd, M. D., Shoenberg, M., Slavich, S., Wituk, S., Warren, M., & Meissen, G. (1999). Contin- uum of professional involvement in self-help groups. *Journal of Community Psychology, 27,* 39–53.

Shiffman, S., Hickcox, M., Paty, J. A., Gnys, M., Kas- sel, J. D., & Richards, T. J. (1996). Progression from a smoking lapse to relapse: Prediction from abstinence violation effects, nicotine dependence, and lapse characteristics. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 64,* 993–1002.

Shipley, K. G., & Wood, J. M. (1996). *The ele- ments of interviewing.* San Diego: Singular Publishing.

Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship vari- ables in child and adolescent therapy: A meta- analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71,* 452–464.

Shirk, S. R., & Karver, M. (2006). Process issues in cognitive-behavioral therapy for youth. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy* (3rd ed., pp. 465–491). New York: Guilford.

Shochet, I. M., Dadds, M. R., Holland, D., White- field, K., Harnett, P. H., & Osgarby, S. M. (2001). The efficacy of a universal school-based pro- gram to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology, 30,* 303–315.

Shoham-Salomon, V. (1985). Are schizophrenics' behaviors schizophrenic? What medically ver- sus psychosocially oriented therapists attrib- ute to schizophrenic persons. *Journal of Abnormal Psychology, 94,* 443–453.

Shum, D., O-Gorman, J., & Myors, B. (2006). *Psychological testing and assessment.* New York: Oxford University Press.

Shuman, D. W., & Sales, B. D. (1999).The impact of *Daubert* and its progeny on the admissibility of behavioral and social science evidence. *Psychology, Public Policy, and Law, 5,* 3–15.

Shure, M. B., & Aberson, B. (2005). Enhancing the process of resilience through effective think- ing. In S. Goldstein, & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 373–394). New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

Siegel, B., & Ficcaglia, M. (2006). Pervasive devel- opmental disorders. In R. T. Ammerman (Ed.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology* (Vol. 3, pp. 254–271). Hoboken, NJ: Wiley.

Silverman, W. K. (1996). Cookbooks, manuals, and paint-by-number psychotherapy in the 90s. *Psychotherapy, 33,* 207–215.

Silverman, W. K., & Dick-Niederhauser, A. (2004). Separation anxiety disorder. In T. L. Morris & J. S. March (Eds.), *Anxiety disorders in chil- dren and adolescents* (2nd ed., pp. 164–188). New York: Guilford.

Sinacore-Guinn, G. A. (1995). The diagnostic win- dow: Culture- and gender-sensitive diagnosis and training. *Counselor Education and Supervision, 35,* 18–31.

Singer, M. T., & Nievod, A. (2003). New age thera- pies. In S. O. Lilienfeld, S. J. Lynn, & J. M. Lohr (Eds.), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (pp. 176–204). New York: Guilford.

Singer, M., & Eder, G.S. (1989). Effects of ethnicity, accent, and job status on selection decisions. *International Journal of Psychology, 24,* 13–34.

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behav- ior.* New York: Macmillan.

Sleek, S. (1998, February). Jury tuned out the sci- ence in

the Nichols trial. *APA Monitor,* 2.

Slife, B. D.,& Reber, J.S. (2001). Eclecticism in psy- chotherapy: Is it really the best substitute for traditional theories? In B. D. Slife, R. N. Williams, & S. H. Barlow (Eds.), *Critical issues in psychotherapy* (pp. 213–234). Thousand Oaks, CA: Sage.

Slobogin, C. (1985). The guilty but mentally ill verdict: An idea whose time should not have come. *George Washington Law Review, 53,* 494–527.

Small, R. F., & Barnhill, L. R. (Eds.). (1998). *Practicing in the new mental health market- place: Ethical, legal, and moral issues*. Wash- ington, DC: American Psychological Association.

Smallwood, J., Irvine, E., Coulter, F., & Connery, H. (2001). Psychometric evaluation of a short observational tool for small scale research projects in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 16,* 288–292.

Smith, D., & Dumont, F. (1995). A cautionary study: Unwarranted interpretations of the Draw-A-Person test. *Professional Psychology: Research and Practice, 26,* 298–303.

Smith, L. (2005). Psychotherapy, classism, and the poor: Conspicuous by their absence. *American Psychologist, 60,* 687–696.

Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist, 32,* 752–777.

Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Smith, S. (1989). Mental health expert witnesses: Of science and crystal balls. *Behavioral Sci- ences and the Law, 7,* 145–180.

Snepp, F. P., & Peterson, D. R. (1988). Evaluative comparison of Psy.D. and Ph.D. students by clinical internship supervisors. *Professional Psychology: Research and Practice, 19,* 180–183.

Snowdon, D. A., Greiner, L. H., Kemper, S. J., Nanayakkara, N., & Mortimer, J. A. (1999). Lin- guistic ability in early life and longevity: Find- ings from the Nun Study. In J.-M. Robine, B. Forette, C. Franceschi, & M. Allard (Eds.), *The paradoxes of longevity* (pp. 103–113). Berlin: Springer-Verlag.

Snowdon, D. A., Greiner, L. H., & Markesbery, W. R. (2000). Linguistic ability in early life and the neuropathology of Alzheimer's disease and cerebrovascular disease:Findings from the Nun Study. *Annals of the New York Academy of Sci- ences, 903,* 34–38.

Snyder, D. K., Castellani, A. M., & Whisman, M. A. (2006). Current status and future directions in couple therapy. *Annual Review of Psychol- ogy, 57,* 317–344.

Snyder, D. K., Lachar, D., & Wills, R. M. (1988). Com- puter-based interpretation of the Marital Satis- faction Inventory: Use in treatment planning. *Journal of Marital and Family Therapy, 14,* 397–409.

Snyder, D. K., & Wills, R. M. (1989). Behavioral ver- sus insight-oriented marital therapy: Effects on individual and interspousal functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychol- ogy, 57,* 39–46.

Snyder, D. K., Wills, R. M., & Grady-Fletcher, A. (1991). Long-term effectiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy: A 4-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 138–141.

Snyder, W. V. (1945). An investigation of the nature of nondirective psychotherapy. *Journal of General Psychology, 33,* 193–232.

Snyder, W. V. (Ed.). (1953). *Group report of a pro- gram of research in psychotherapy*. State Col- lege: Department of Psychology, Pennsylvania State University.

Society of Clinical Psychology (Division 12). (2001). *Society of Clinical Psychology home- page*. Retrieved December 20, 2001, from http://www.apa.org/ divisions/ div12/home- page.shtml.

Solomon, D. A., Leon, A. C., Mueller, T. I., Coryell, W., Teres, J. J., Posternak, M. A., et al. (2005). Tachyphylaxis in unipolar major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 66,* 283–290.

Somers-Flanagan, J.,& Somers-Flanagan, R. (1995). Intake interviewing with suicidal patients: A systematic approach. *Professional Psychol- ogy: Research and Practice, 26,* 41–47.

Somers-Flanagan, R., & Somers-Flanagan, J. (1999). *Clinical interviewing* (2nd ed). Hoboken, NJ: Wiley.

Sommer, R. (2006). Dual dissemination: Writing for colleagues and the public. *American Psy- chologist, 61,* 955–958.

Southam-Gerow, M. A., Ringeisen, H. L., & Sherrill, J. T. (2006). Integrating interventions and services research: Progress and prospects. *Clinical Psychology: Science and Practice, 13,* 1–8.

Southam-Gerow, M. A., Weisz, J. R., & Kendall, P. C. (2003). Youth with anxiety disorders in research and service clinics: Examining client differences and similarities. *Journal of Clini- cal Child and Adolescent Psychology, 32,* 375–385.

Spangler, W. D. (1992). Validity of questionnaire and TAT measures of need for achievement: Two meta-analyses. *Psychological Bulletin, 112,* 140–154.

Spanos, N. P. (1994). Multiple identity enactments and multiple personality disorder. *Psy- chological Bulletin, 116,* 143–165.

Spearman, C. (1904)."General intelligence" objec- tively determined and measured. *American Journal of Psychology, 15,* 201–293.

Spence, S. H., Holmes, J. M., March, S., & Lipp, O. V. (2006). The feasibility and outcome of clinic plus internet delivery of cognitive-behavior therapy for childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74,* 614–621.

Sperry, L. (2007). *The ethical and professional practice of counseling and psychotherapy*. Upper Saddle River,

NJ: Pearson.

Sperry, R. W. (1961). Cerebral organization and behavior. *Science, 133,* 1749–1757.

Sperry, R. W. (1968). Hemisphere deconnection and unity in conscious awareness. *American Psychologist, 23,* 723–733.

Sperry, R. W. (1974). Lateral specialization in the surgically separated hemispheres. In F. O. Schmitt & F. G. Worden (Eds.), *The neuro- sciences: Third study program* (pp. 5–20). Cambridge, MA: MIT Press.

Sperry, R. W. (1982). Some effects of disconnect- ing the cerebral hemispheres. *Science, 217,* 1223–1226.

Spiegel, T. A., Wadden, T. A., & Foster, G. D. (1991). Objective measurement of eating rate during behavioral treatment of obesity. *Behavior Therapy, 22,* 61–68.

Spiegler, M. D., & Guevremont, D. C. (1993). *Contemporary behavior therapy* (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Spielmans, G. I., Pasek, L. F., & McFall, J. P. (2007). What are the active ingredients in cognitive and behavioral psychotherapy for anxious and depressed children? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 27,* 642–654.

Spirito, A., & Esposito-Smythers, C. (2006). Addressing adolescent suicidal behavior: Cog- nitive-behavioral strategies. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy* (3rd ed., pp. 217–242). New York: Guilford.

Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1989). *Instruction manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID).* Washington, DC: American Psychi- atric Press.

Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clin- ical psychology: What it is, why it matters, what you need to know. *Journal of Clinical Psychology, 63,* 611–631.

Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood.* New York: Guilford.

St. Lawrence, J. S., Brasfield, T. L., Jefferson, K. W., Alleyne, E., & O'Bannon, R. E., III (1995). Cog- nitive-behavioral intervention to reduce African American adolescents' risk for HIV infection. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 63,* 221–237.

Stahl,P.M.(1994).*Conducting child custody eval- uations: A comprehensive guide.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Stambor, Z. (2006). Psychology's prescribing pio- neers. *Monitor on Psychology, July/August,* 30–32.

Standon, P. J., & Brown, D. J. (2005). Virtual reality in the rehabilitation of people with intellec- tual disabilities: Review. *CyberPsychology and Behavior, 8,* 272–282.

Stark, K. D., Hargrave, J., Sander, J., Custer, G., Sch- noebelen, S., Simpson, J., & Molnar, J. (2006). Treatment of childhood depression: The ACTION treatment program. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy* (3rd ed., pp. 169–216). New York: Guilford.

Starkstein, S. E., & Robinson, R. G. (1988). Lateral- ized emotional response following stroke. In M. Kinsbourne (Ed.), *Cerebral hemisphere function in depression.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Staub, R. O. (2006). Health psychology: *A BioPsychoSocial approach.* New York: Worth.

Steadman, H. J. (1979). *Beating a rap? Defen- dants found incompetent to stand trial.* Chicago: University of Chicago Press.

Steadman, H. J. (1993). *Reforming the insanity defense: An evaluation of pre- and post- Hinckley reforms.* New York: Guilford.

Steele, R. G., & Roberts, M. C. (2005a). The future of mental health service delivery for children, adolescents, and families: An agenda for orga- nization and research. In R. G. Steele & M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of mental health services for children, adolescents, and fami- lies* (pp. 403–412). New York: Kluwer Aca- demic/Plenum Publishers.

Steele, R. G., & Roberts, M. C. (2005b). Therapy and interventions research with children and adolescents. In M. C. Roberts & S. S. Ilardi (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 307–326). Malden, MA: Blackwell Publishing.

Stein, B. D., Jaycox, L. H., Kataoka, S., Rhodes, H. J., & Vestal, K. D. (2003). Prevalence of child and adolescent exposure to community violence. *Clinical Child and Family Psychology Review, 6,* 247–264.

Stein, D. J. (2006). Advances in understanding the anxiety disorders: The cognitive-affective neu- roscience of "false alarms." *Annals of Clinical Psychiatry, 18,* 173–182.

Steiner, J. L.,Tebes, J. K.,Sledge, W. H., & Walker, M. L. (1995). A comparison of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R and clinical diagnoses. *Journal of Nervous and Mental Disease, 183,* 365–369.

Stepleman, L. M., Hann, G., Santos, M., & House, A. S. (2006). Reaching underserved HIV-positive individuals by using patient-centered psycho- logical consultation. *Professional Psychology: Research and Practice, 37,* 75–82.

Stepp, S. D., Trull, T. J., Burr, R. M., Wolfenstein, M., & Vieth, A. Z. (2006). Incremental validity of the Structured Interview for the Five-Factor Model of Personality (SIFFM). *European Jour- nal of Personality, 19,* 343–357.

Sternberg, R. J. (2004). Individual differences in cognitive development. In P. Smith & C. Hart (Eds.), *Blackwell handbook of cognitive development.* Malden, MA: Blackwell.

Sternberg, R. J. (2006a). *Cognitive psychology* (4th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.

Sternberg, R. J. (2006b). Evidence-based practice: Gold standard, gold plated, or fool's gold? In C. D. Goodheart, A. E. Kazdin, & R. J. Sternberg (Eds.), *Evidence-based psychotherapy:Where practice and research meet* (pp. 261–271). Washington, DC: American Psychological Association.

Sternberg, R. J. (2007). *Career paths in psychol- ogy: Where your degree can take you* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Sternberg, R. J., & Detterman, D. K. (Eds.). (1986). *What is intelligence? Contemporary view- points on its nature and definition*. Nor- wood, NJ: Ablex.

Stevens, M. R., & Reilly, R. R. (1980). MMPI short forms: A literature review. *Journal of Person- ality Assessment, 44,* 368–376.

Stewart, D. J., & Patterson, M. L. (1973). Eliciting effects of verbal and nonverbal cues on pro- jective test responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41,* 74–77.

Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2007). Does psychotherapy research inform treatment decisions in private practice? *Journal of Clin- ical Psychology, 63,* 267–281.

Stirman, S. W., & DeRubeis, R. J. (2006). Research patients and clinical trials are frequently rep- resentative of clinical practice. In J. C. Nor- cross, L. E. Beutler, & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-based practice in mental health* (pp. 171–179). Washington, DC: American Psychological Association.

Stoerig, P. (2006). Blindsight, conscious vision, and the role of primary visual cortex. *Progress in Brain Research, 155,* 217–234.

Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining healthy environments: Toward a social ecol- ogy of health promotion. *American Psycholo- gist, 47,* 6–22.

Stolle, D. P., Wexler, D. B., & Winick, B. J. (Eds.). (2000). *Practicing Therapeutic Jurispru- dence*. Durham: Carolina Academic Press.

Stolorow, R. D. (1993). An intersubjective view of the therapeutic process. *Bulletin of the Men- ninger Clinic, 57,* 450–458.

Stone, A. A., & Neale, J. M. (1984). New measures of daily coping: Developments and prelimi- nary results. *Journal of Personality and Social Psychology, 46,* 892–906.

Stone, A. R., Frank, J. D., Nash, E. H., & Imber, S. D. (1961). An intensive five-year follow-up study of treated psychiatric outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 133,* 410–422.

Storch, E. A., & Crisp, H. L. (2004). Taking it to the schools: Transporting empirically supported treatments for childhood psychopathology to the school setting. *Clinical Child and Family Psychology Review, 7,* 191–193.

Storm, J., & Graham, J. R. (2000). Detection of coached general malingering on the MMPI-2. *Psychological Assessment, 12,* 158–165.

Strachey, J., & Freud, S. (2000). *The standard edi- tion of the complete psychological works of Sigmund Freud.* New York: W. W. Norton.

Straub, R. O. (2006). *Health psychology: A biopsy- chosocial approach* (2nd ed.).NewYork:Worth Publishers.

Strauss, E., & Wada, J. (1983). Lateral preferences and cerebral speech dominance. *Cortex, 19,* 165–177.

Stricker, G. (2000). The scientist-practitioner model: Gandhi was right again. *American Psy- chologist, 55,* 253–254.

Stricker, G., & Gold, J. (Eds.). (2006). *A casebook of psychotherapy integration*. Washington, DC: American Psychological Association.

Strohmer, D. C., & Shivy, V. A. (1994). Bias in coun- selor hypothesis testing: Testing the robust- ness of counselor confirmatory bias. *Journal of Counseling and Development, 73,* 191–197.

Strother, C. R. (1956). *Psychology and mental health*. Washington, DC: American Psycholog- ical Association.

Strupp, H. H. (1960). Psychotherapists in action: Explorations of the therapist's contribution to the treatment process. New York: Grune & Stratton.

Strupp, H. H. (1989). Psychotherapy: Can the practitioner learn from the researcher? *American Psychologist, 44,* 717–724.

Strupp, H. H., & Blinder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key:A guide to time- limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.

Stuart, R. B. (1969). Operant-interpersonal treatment of marital discord. *Journal of Con- sulting and Clinical Psychology, 33,* 675–682.

Stuart, R. B., & Lilienfeld, S. O. (2007). The evi- dence missing from evidence-based practice. *American Psychologist, 62,* 615–616.

Stuss, D. T. & Alexander, M. P. (2000). Executive functions and the frontal lobes: A conceptual view. *Psychological Research, 63* (3–4), 289–298.

Suarez, T., & Reese, F. L. (2000). Coping, psycho- logical adjustment, and complementary and alternative medicine use in persons living with HIV and AIDS. *Psychology and Health, 15,* 635–649.

Suarez-Balcazar, Y., Durlak, J., & Smith, C. (1994). Multicultural training practices in community psychology programs. *American Journal of Community Psychology, 22,* 785–798.

Sue, D. W., & Sue, D. (1999). *Counseling the cul- turally different* (3rd ed.). New York: Wiley.

Sue, S. (1999). Science, ethnicity and bias: Where have we gone wrong? *American Psycholo- gist, 54,* 1070–1077.

Sue, S., Fujino, D. C., Hu, L. T., Takeuchi, D. T., et al. (1991). Community mental health services for ethnic minority groups: A test of the cultural responsiveness hypothesis. *Journal of Con- sulting and Clinical Psychology, 59,* 533–540.

Suh, C. S., Strupp, H. H., & O'Malley, S. S. (1986). The Vanderbilt process measures: The Psy- chotherapy Process

Scale (VPPS) and the Negative Indicators Scale (VNIS). In L. Green- berg & W. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeu- tic process: A research handbook* (pp. 285–323). New York: Guilford.

Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W. W. Norton.

Sullivan, M. F., KSkovholt, T. M., & Jennings, L. (2005). Master therapists' construction of the therapeutic relationship. *Journal of Mental Health Counseling, 27,* 48–70.

Suls, J., & Wang, C. K. (1993). The relationship between trait hostility and cardiovascular reactivity: A quantitative review and analysis. *Psychophysiology, 30,* 1–12.

Sultan, S., Andronkiof, A., Reveillere, C., & Lem- mel, G. (2006). A Rorschach stability study in a nonpatient adult sample. *Journal of Personal- ity Assessment, 87,* 330–348.

Sundberg, N. D., Tyler, L. E., & Taplin, J. R. (1973). *Clinical psychology: Expanding horizons* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Super, J. T. (1999). Forensic psychology and law enforcement. In A. K. Hess & I. B. Weiner (Eds.), *The handbook of forensic psychology* (2nd ed., pp. 409–439). New York: Wiley.

Swain, M. A., & Steckel, S. B. (1981). Influencing adherence among hypertensives. *Research Nursing and Health, 4,* 213–218.

Sweet, A. A. (1984). The therapeutic relationship in behavior therapy. *Clinical Psychology Review, 4,* 253–272.

Swierc, S. F., & Routh, D. K. (2003). Introduction to the special issues on international clinical psychology. *Journal of Clinical Psychology, 59,* 631–634.

Tallent, N. (1976). *Psychological report writing*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Tallent, N. (1992). *The practice of psychological assessment*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall.

Tallent, N., & Reiss, W. J. (1959). Multidisciplinary views on the preparation of written psycho- logical reports. *Journal of Clinical Psychol- ogy, 15,* 444–446.

Taplin, P. S., & Reid, J. B. (1973). Effects of instruc- tional set and experimenter influence on observer reliability. *Child Development, 44,* 547–554.

Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments: Report and recom- mendations. *Clinical Psychologist, 48,* 3–23.

Tavris, C., & Aronson, E. (2007). *Mistakes were made (but not by me)*. New York: Harcourt.

Taylor,E.(2000).Psychotherapeutics and the prob- lematic origins of clinical psychology in Amer- ica. *American Psychologist, 55,* 1029–1033.

Taylor, S. E. (1995). *Health psychology*. New York: McGraw-Hill.

Taylor, S. E. (1999). *Health psychology* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.

Taylor, S. E. (2005). *Health psychology*. Boston: McGraw-Hill.

Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist, 55,* 99–109.

Teasdale, A. C., & Hill, C. E. (2006). Preferences of therapists-in-training for client characteristics. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43,* 111–118.

Teglasi, H. (2001). *Essentials of TAT and other storytelling techniques assessment*. Hobo- ken, NJ: Wiley.

Tellegen, A. (1982). *Brief manual for the Multi- dimensional Personality Questionnaire*. Unpublished manuscript, University of Minnesota.

Tellegen, A., & Ben-Porath, Y. S. (1992). The new uniform T scores for the MMPI-2: Rationale, derivation, and appraisal. *Psychological Assess- ment, 4,* 145–155.

Temerlin, M. K. (1968). Suggestion effects in psy- chiatric diagnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease, 147,* 349–353.

Templer, D. I. (2005). Addendum to concerns about professional schools. *Psychological Reports, 97,* 117–118.

Templer, D. I., & Tomeo, M. E. (2000). Examination for professional practice in psychology sub- test scores of professional and traditional clin- ical psychology program graduates. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied, 134,* 140–142.

Tennen, H., Affleck, G., Armeli, S., & Carney, M. A. (2000). A daily process approach to coping. *American Psychologist, 55,* 626–636.

Testa, M., & Collins, R. L. (1997). Alcohol and risky sexual behavior: Event-based analyses among a sample of high-risk women. *Psychology of Addictive Behaviors, 11,* 190–201.

Testa, M., VanZile-Tamsen, C., & Livingston, J. A. (2005). Childhood sexual abuse, relationship satisfaction, and sexual risk taking in a com- munity sample of women. *Journal of Con- sulting and Clinical Psychology, 73,* 1116–1124.

Thelen, M. H., Farmer, J., Wonderlich, S., & Smith, M. (1991). A revision of the Bulimia Test: The BULIT-R. *Psychological Assessment, 3,* 119–124.

Thienemann, M. (2004). Introducing a structured interview into a clinical setting. *Journal of the American Academy of Child & Adoles- cent Psychiatry, 43,* 1057–1060.

Thoits, P. A. (1986).Social support as coping assis- tance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54,* 416–423.

Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel. Thomas, A., Chess, S., & Birch, H. G. (1968).

Temperament and behavior disorders in children. New York: New York University Press.

Thomas, J. T. (2005). Licensing board complaints: Minimizing the impact on the psychologist's defense and clin-

ical practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 36,* 426–433.

Thoresen, C. E., & Powell, L. H. (1992). Type A behavior pattern: New perspectives on the- ory, assessment, and intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 595–604.

Thorn, B. E. (2007). Evidence-based practice in psychology. *Journal of Clinical Psychology, 63,* 607–609.

Thorn, B. E., & Kuhajda, M. C. (2006). Group cog- nitive therapy for chronic pain. *Journal of Clinical Psychology, 62,* 1355–1366.

Thorne, F. C. (1972). Clinical judgment. In R. H. Woody & J. D. Woody (Eds.), *Clinical assess- ment in counseling and psychotherapy* (pp. 30–85). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Thorpe, G. L., & Olson, S. L., (1997). *Behavior therapy: Concepts, procedures, and applica- tions* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Thunnissen, M., Remans, Y., & Trijsburg, W. (2006). Premature termination of short-term inpatient psychotherapy clients: Clients' per- spectives on causes and effects. *Therapeutic Communities: International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations, 27,* 265–273.

Tisdelle, D. A., & St. Lawrence, J. S. (1988). Adoles- cent interpersonal problem-solving skill training: Social validation and generalization. *Behavior Therapy, 19,* 171–182.

Tomlinson,S. M., & Cheatham, H. E. (1989). Effects of counselor intake judgments on service to Black students using a university counseling center. *Counseling Psychology Quarterly, 2,* 105–111.

Tomlinson-Clarke, S., & Camilli, G. (1995). An exploratory study of counselor judgments in multicultural research. *Journal of Multicultural Counseling and Development, 23,* 237–245.

Trickett, E. J., Barone, C., & Watts, R. (2000). Con- textual influences in mental health consulta- tion: Toward an ecological perspective on radiating change. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 303–330). New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

Tryon, G. S. (1990). Session depth and smooth- ness in relation to the concept of engagement in counseling. *Journal of Counseling Psy- chology, 37,* 248–253.

Tucker,N.(2001,December 11).High court passes on Capitol suspect. *The Washington Post,* B1.

Turk, D. C., & Rudy, T. E. (1990). Pain. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.), *International handbook of behavior modifi- cation and therapy* (2nd ed., pp. 399–413). New York: Plenum Press.

Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment: Journal of Consulting and Clini- cal Psychology, 1,* 35–40.

Turner, S. M., Hersen, M., & Heiser, N. (2003). The interviewing process. In M. Hersen & S. M. Turner (Eds.), Diagnostic interviewing (3rd ed.). New York: Wiley and Sons.

Tutin, J. (1993). The persistence of initial beliefs in clinical judgment. *Journal of Social and Clinical Psychology, 12,* 319–335.

Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Scie- nce, 185,* 1124–1131.

Tyler, K. L., & Malessa, R. (2000).The Goltz-Ferrier debates and the triumph of cerebral localiza- tionalist theory. *Neurology, 55,* 1015–1024.

Tyrka, A. R., Cannon, T., Haslam, N., Mednick, S., Schulsinger, F., Schulsinger, H., & Parnas, J. (1995). The latent structure of schizotypy: I. Premorbid indicators of a taxon of individuals at risk for schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 173–183.

U.S. Public Health Service. (2000). Report on the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: A National Action Agenda. Washington, DC: Author.

U.S. Surgeon General. (1999). *Mental health: A report of the surgeon general.* Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

Ullmann, L. P., & Krasner, L. (Eds.). (1965). *Case studies in behavior modification.* New York: Holt, Rinehart & Winston.

Ullmann, L. P., & Krasner, L. (1975). *A psychologi- cal approach to abnormal behavior.* Engle- wood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Unger, W.S., Wattenberg, M.S., Foy, D. W., & Glynn, S. M. (2006). Trauma-focus group therapy: An evidence-based group approach to trauma with adults. In L. A. Schein, H. I. Spitz, G. M. Burlingame, P. R. Muskin, & S. Vargo (Eds.), *Psychological effects of catastrophic disas- ters: Group approaches to treatment* (pp. 731–786). New York: Haworth Press.

Ungerleider, L. G., & Mishkin, M. (1982). Two cor- tical visual systems. In D. J. Ingle, M. A. Goodale, & R. J. W. Mansfield (Eds.), *Analysis of visual behavior.* Cambridge, MA: MIT Press.

Urban Institute (2004). Race, ethnicity, and eco- nomic well-being.*Snapshots of America's fam- ilies, March 2004.* Washington, DC: Author.

Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to life.* Boston: Little, Brown.

Vaillant, G. E. (1984). The disadvantages of DSM-II outweigh its advantages. *American Journal of Psychiatry, 141,* 542–545.

Vaillant, G. E. (2000). Adaptive mental mecha- nisms: Their role in a positive psychology. *American Psychologist, 55,* 89–98.

Vallis,T. M., & Howes, J. L. (1995).The field of clin- ical psychology: Arriving at a definition. *Canadian Psychology, 37,* 120–127.

Van der Maas, H. L. J., Dolan, C. V., Grasman, R. P. P. P., Wicherts, J. M., et al. (2006). A dynamical model of general intelligence: The positive manifold of intelligence mutualism. *Psychological Review, 113,* 842–861.

Van Horne, B. A. (2004). Psychology licensing board disciplinary actions: The realities. *Professional Psychology: Research and Prac- tice, 35,* 170–178.

VandenBos, G. R. (1993). U.S. mental health pol- icy: Proactive evolution in the midst of health care reform. *American Psychologist, 48,* 283–290.

VandenBos, G. R., DeLeon, P. H., & Belar, C. D. (1991). How many psychological practition- ers are needed? It's too early to know. *Professional Psychology: Research and Prac- tice, 22,* 441–448.

Vane, J. R. (1981). The Thematic Apperception Test: A review. *Clinical Psychology Review, 1,* 319–336.

Van Zeijl, J., Mesman, J., Ijzendoorn, M. H. V., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., Stolk, M. N., Koot, H. M., & Alink, L. R. A. (2006). Attachment- based intervention for enhancing sensitive dis- cipline in mothers of 1- to 3-year-old children at risk for externalizing behavior problems: A randomized controlled trial. *Journal of Con- sulting and Clinical Psychology, 74,* 994–1005.

Vasquez, M. J. T., & Jones, J. M. (2006). Increasing the number of psychologists of color: Public policy issues for affirmative diversity. *American Psychologist, 61,* 132–142.

Velting, O. N., Setzer, N. J., & Albano, A. M. (2004). Update on advances in assessment and cogni- tive-behavioral treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Professional Psy- chology: Research and Practice, 35,* 42–54.

Verduin, T. L., & Kendall, P. C. (2003). Differential occurrence of comorbidity within childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent, 32,* 290–295.

Verfaellie, M., & Keane, M. M. (1997). The neural basis of aware and unaware forms of memory. *Seminars in Neurology, 17,* 153–61.

Verheul, R., & Widiger,T. A. (2004). A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis. *Journal of Personality Disorders, 18,* 309–319.

Vermande, M. M., van den Bercken, J. H., & De Bruyn, E. E. (1996). Effects of diagnostic classi- fication systems on clinical hypothesis gener- ation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 18,* 49–70.

Viken, R. J., & McFall, R. M. (1994). Paradox lost: Implications of contemporary reinforcement theory for behavior therapy. *Current Direc- tions in Psychological Science, 3,* 121–125.

Viliello, B. (2001). Psychopharmacology for young children: Clinical needs and research opportunities. *Pediatrics, 108,* 983–989.

Vincent, G. M. (2006). Psychopathy and violence risk assessment in youth. *Child and Adoles- cent Psychiatric Clinics of North America, 15,* 407–428.

Vittengl, J. R., Clark, L. A., Dunn, T. W., & Jarrett, R. B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta- analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75,* 475–488.

Wada, J., & Rasmussen, T. (1960). Intracarotid injection of sodium amytal for the lateraliza- tion of cerebral speech dominance. *Journal of Neurosurgery, 17,* 266–282.

Wadsworth, M. E., & Berger, L. E. (2006). Adoles- cents coping with poverty-related family stress: Prospective predictors of coping and psychological symptoms. *Journal of Youth and Adolescence, 35,* 57–70.

Wakefield, P. J., Williams, R. E.,Yost, E. B., & Patter- son, K. M. (1996). *Couple therapy for alco- holism: A cognitive-behavioral treatment manual.* New York: Guilford.

Walker, B. B., & London,S. (2007). Novel tools and resources for evidence-based practice in psy- chology. *Journal of Clinical Psychology, 63,* 633–642.

Walker, E. F., Grimes, K. E., Davis, D. M., & Smith, A. J. (1993). Childhood precursors of schizophre- nia: Facial expressions of emotion. *American Journal of Psychiatry, 150,* 1654–1660.

Wallace, B. A., & Shapiro, S. L. (2006). Mental bal- ance and well-being: Building bridges between Buddhism and western psychology. *American Psychologist, 61,* 690–701.

Wallen, R. W. (1956). *Clinical psychology: The study of persons.* New York: McGraw-Hill.

Wallin, A., & Ahlström, G. (2006). Cross cultural interview studies using interpreters: System- atic literature review. *Journal of Advanced Nursing, 55,* 723–735.

Walsh, B. W., & Betz, N. E. (2001). *Tests and assess- ment* (4th ed.).Upper Saddle River,NJ:Prentice Hall.

Walsh, R., & Shapiro, S. L. (2006). The meeting of meditative disciplines and western psychol- ogy: A mutually enriching dialogue. *American Psychologist, 61,* 227–239.

Walter, A., Bundy, C., & Dornan, T. (2005). How should trainees be taught to open a clinical interview? *Medical Education, 39,* 492–496.

Wamboldt, M. A., & Reiss, D. (2006). Genetic strat- egies for clarifying a nosology of relational distress. *Journal of Family Psychology, 20,* 378–385.

Wampold, B. E. (2001). The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings. Mah- wah, NJ: Erlbaum.

Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Waehler, C. A. (2005). A broader perspective: Counseling psychology's emphasis on evidence. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 35,* 27–38.

Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., et al. (1997). A meta-analysis of out- come studies comparing bona fide psy- chotherapies: Empirically "all must have prizes." *Psychological Bulletin, 122,* 203–215.

Wang, P. S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Twelve- month use of mental health services in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62,* 603–613.

Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Twelve- month use of mental health services in the United States. *Archives of General Psychi- atry, 62,* 629–640.

Ward,C.H.,Beck,A.T.,Mendelson,M.,Mock,J.E.,& Erbaugh, J. K. (1962). The psychiatric nomen- clature. *Archives of General Psychiatry, 7,* 198–205.

Ward, J. C., & Naster, B. J. (1991). Reliability of an observational system used to monitor behavior in a mental health residential treat- ment unit. *Journal of Mental Health Admin- istration, 18,* 64–68.

Ward, L. C. (2006). Comparison of facture struc- ture models for the Beck Depression Inven- tory-II. *Psychological Assessment, 18,* 81–88.

Ward, T. (1999). Method, judgment, and clinical reasoning. *Behaviour Change, 16,* 4–9.

Watkins, L. E., Jr., Campbell, V. L., Nieberding, K., & Hallmark, R. (1995). Contemporary practice of psychological assessment by clinical psychol- ogists. *Professional Psychology: Research and Practice, 26,* 54–60.

Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxi- ety disorders:A quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology, 114,* 522–536.

Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consult- ing and Clinical Psychology, 33,* 448–457.

Watson, J. B. (1924). *Behaviorism*. New York: W. W. Norton.

Watson, J. B. (1930). *Behaviorism* (rev. ed.). New York: W. W. Norton.

Watson,R.I.(1953a).A brief history of clinical psy- chology. *Psychological Bulletin, 50,* 321–346.

Watson, R. I. (1953b). Measuring the effectiveness of psychotherapy: Problems for investigators. *Journal of Clinical Psychology, 8,* 60–64.

Watson, R. I. (1978). *The great psychologists* (2nd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.

Wearden, A. J., Tarrier, N., Barrowclough, C., Zas- towny, T. R., & Rahill, A. A. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review, 20,* 633–666.

Webb, E., Campbell, D. T., Schwartz, R. D., & Sechrest, L. B. (1966). *Unobtrusive measures: Nonreactive research in the social sciences*. Chicago: Rand-McNally.

Wechsler, D. (1967). *Manual for the WPPSI*. New York: Psychological Corporation.

Wechsler, D. (2003). *WISC-IV technical and inter- pretive manual.* San Antonio, TX: The Psycho- logical Corporation.

Weeks, G. R., & Treat, S. R. (2001). *Couples in treatment: Techniques and approaches for effective practice* (2nd ed.). New York: Brunner-Routledge.

Weick, K. E. (1968). Systematic observational methods. In G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *Handbook of social psychology* (Vol. 2, 2nd ed., pp. 357–451). Reading, MA: Addison- Wesley.

Weiner, B. (Ed.). (1974). *Achievement motiva- tion and attribution*. Morristown, NJ: Gen- eral Learning Press.

Weiner, I. (2000). Using the Rorschach properly in practice and in research. *Journal of Clini- cal Psychology, 56,* 435–438.

Weiner, I. B., & Hess, A. K. (Eds.). (2006). *The handbook of forensic psychology* (3rd ed.). Hoboken, NJ: Wiley.

Weiss, B., Catron, T., Harris, V., & Phung, T. M. (1999). The effectiveness of child psychother- apy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67,* 82–94.

Weiss, R. D., Najavits, L. M., Muenz, L. R., & Huf- ford, C. (1995). Twelve-month test-retest relia- bility of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders in cocaine- dependent patients. *Comprehensive Psychi- atry, 36,* 384–389.

Weissberg, R. P., Kumpfer, K. L., & Seligman, M. E. P. (2003). Prevention that works for children and youth: An introduction. *American Psy- chologist, 58,* 425–432.

Weissman, H. N. (1991). Child custody evaluations: Fair and unfair professional practices. *Behavioral Sciences and the Law, 9,* 469–476.

Weissman, M. M., Verdell, H., Gameroff, M. J., Bled- soe, S. E., Betts, K., et al. (2006). National sur- vey of psychotherapy training in psychiatry, psychology, and social work. *Archives of Gen- eral Psychiatry, 63,* 925–934.

Weisz, J. R. (July, 2001). Two traditions in psy- chotherapy with children and adolescents: The state of the evidence. Paper presented at the second biennial Niagara Conference on Evidence-based Treatments for childhood and adolescent mental health problems. Niagara- on-the-Lake.

Weisz, J. R. (2004). *Psychotherapy for children and adolescents: Evidence-based treatments and case examples*. New York: Cambridge University Press.

Weisz, J. R., & Addis, M. E. (2006). The research- practice tango and other choreographic challenges: Using and testing evidence-based psychotherapies in clinical care settings. In C. D. Goodheart, A. E. Kazdin, & R. J. Sternberg (Eds.), *Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet* (pp. 179–206). Washington, DC: American Psychological Association.

Weisz, J. R., Donenberg, G. R., Han,S.S., & Weiss, B. (1995). Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychother- apy. *Journal of Consulting and Clinical Psy- chology, 63,* 688–701.

Weisz, J. R., Doss, A. J., & Hawley, K. M. (2005). Youth psychotherapy outcome research: A review and critique of the evidence base. *Annual Review of Psychology, 56,* 337–363.

Weisz, J. R., Jensen-Doss, A., & Hawley, K. M. (2006). Evidence-based youth psychothera- pies versus usual

clinical care: A meta-analysis of direct comparisons. *American Psycholo- gist, 61,* 671–689.

Weisz, J. R., McCarty, C. A., & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 132,* 132–149.

Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J. A., & Anton, B. S. (2005). Promoting and protecting youth mental health through evidence-based pre- vention and treatment. *American Psycholo- gist, 60,* 628–648.

Weisz, J. R., Sandler, I. N., Durlak, J. A., & Anton, B. S. (2006). A proposal to unite two different worlds of children's mental health. *American Psychologist, 61,* 644–645.

Wekerle, C., & Wolfe, D. A. (2003). Child maltreat- ment. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (2nd ed., pp. 632–684). New York: Guilford.

Wellmer, J., Fernandez, G., Linke, D. B., Urbach, H., Elger, C. E., & Kurthen, M. (2005). Unilateral intracarotid amobarbital procedure for lan- guage lateralization *Epilepsia, 46*(11), 1764–1772.

Wells, M., Sarna, L., Cooley, M. E., Brown, J. K., Chernecky, C., Williams, R. D., et al. (2007). Use of complementary and alternative medicine therapies to control symptoms in women liv- ing with lung cancer. *Cancer Nursing, 30,* 45–55.

Welsh, B. C., & Farrington, D. P. (2007).Saving chil- dren from a life of crime: Toward a national strategy for early prevention. *Victims and Offenders, 2,* 1–20.

Welsh, J. A., & Bierman, K. L. (2003). Using the clinical interview to assess children's inter- personal reasoning and emotional understand- ing. In C. R. Reynolds & R. W. Kamphaus (Eds.), *Handbook of psychological and educa- tional assessment of children: Personality, behavior, and context* (2nd ed., pp. 219–234). New York: Guilford.

Wenar, C., & Kerig, P. (2006). *Developmental psy- chopathology: From infancy through adoles- cence* (5th ed.). Boston: McGraw Hill.

Werner, E. E. (2005). What can we learn about resilience from large-scale longitudinal stud- ies? In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 91–105). New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

West, M., Bondy, E., & Hutchinson, S. (1991). Inter- viewing institutionalized elders: Threats to validity. *Journal of Nursing Scholarship, 23,* 171–176.

West, S. L., & O'Neal, K. K. (2004). Project D.A.R.E outcome effectiveness revisited. *American Journal of Public Health, 94,* 1027–1029.

Westen, D. (1998). The scientific legacy of Sig- mund Freud: Toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychological Bulletin, 124,* 333–371.

Westen, D. (2006). Patients and treatments in clin- ical trials are not adequately representative of clinical practice. In J.C.Norcross,L.E.Beutler,& R. F. Levant (Eds.), *Evidence-based practice in mental health* (pp. 161–171). Washington, DC: American Psychological Association.

Westen, D., & Bradley, R. (2005). Empirically sup- ported complexity: Rethinking evidence-based practice in psychotherapy. *Current Directions in Psychological Science, 14,* 266–271.

Westen, D., & Morrison, K. (2001). A multidimen- sional meta-analysis of treatments for depres- sion, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69,* 875–899.

Whisman,M.A.,& Uebelacker,L.A.(2006).Impair- ment and distress associated with relations discord in a national sample of married or cohabiting adults. *Journal of Family Psychol- ogy, 20,* 369–377.

Wicas, E. A., & Mahan,T. W. (1966). Characteristics of counselors rated effective by supervisors and peers. *Counselor Education and Super- vision, 6,* 50–56.

Wicherski, M., Frincke, J., & Kohout, J. (2006). 2005–2006 faculty salaries in graduate depart- ments of psychology. American Psychological Association Research Office. Retrieved December, 28, 2006, from http://research.apa. org/facsals0506.pdf.

Wicks-Nelson, R., & Israel, A. C. (2006). *Behavior disorders of childhood* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall.

Widiger, T. A., Frances, A. J., Pincus, H. A., Davis, W. W., & First, M. B. (1991). Toward an empirical classification for the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology, 100,* 280–288.

Widiger, T. A., & Sankis, L. M. (2000). Adult psy- chopathology: Issues and controversies. *Annual Review of Psychology, 51,* 377–404.

Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist, 62,* 71–83.

Wiggins, J. G. (1994). Would you want your child to be a psychologist? *American Psychologist, 49,* 485–492.

Wiggins, J. G., & Wedding, D. (2004). Prescribing, professional identity, and costs. *Professional Psychology: Research and Practice, 35,* 148–150.

Wiggins, J. S. (1973). Personality and prediction: Principles of personality assessment. Reading, MA: Addison-Wesley.

Wiggins, J. S. (1981). Clinical and statistical pre- diction: Where are we and where do we go from here? *Clinical Psychology Review, 1,* 3–18.

Wilkinson, G. S. (1993). *WRAT-3: Wide range achievement test administration manual.* Wilmington, DE: Wide Range, Inc.

Willams, R. B. (2001). Hostility and heart disease. *Advances in Mind-Body Medicine, 17,* 52–55.

Williams, C. L., Arnold, C. B., & Wynder, E. L. (1977). Primary prevention of chronic disease beginning in childhood: The Know Your Body Program: Design of study.

Preventive Medi- cine, 6, 344–357.

Williams, C. R., & Abeles, N. (2004). Issues and implications of deaf culture in therapy. *Professional Psychology: Research and Prac- tice, 35,* 643–648.

Williams, R. B., Jr., & Barefoot, J. C. (1988). Coro- nary-prone behavior: The emerging role of the hostility complex. In B. K. Houston & C. R. Snyder (Eds.), *Type A behavior pattern: Research, theory and intervention* (pp. 189–211). New York: Wiley.

Williams, S., Kohout, J. L., & Wicherski, M. (2000). Salary changes among independent psycholo- gists by gender and experience. *Psychiatric Services, 51,* 1111.

Williams, T. R. (1967). *Field methods in the study of culture*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.

Winerman, L. (2005). The mind's mirror. *Monitor on Psychology, 37,* 48–50.

Winnicott, D. W. (1965). *The maturational pro- cesses and the facilitating environment*. New York: International Universities Press.

Winocur. G., Craik, F. I., Levine, B., Robertson, I. H., Binns, M. A., Alexander, M., et al. (2007). Cogni- tive rehabilitation in the elderly: Overview and future directions. *Journal of the International Neuropsychology Society, 13,* 166–171.

Winsor, A. P. (2003). Direct behavioral observation for classrooms. In C. R. Reynolds & R. W. Kam- phaus (Eds.), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personal- ity, behavior, and context* (2nd ed., pp. 248–255).NewYork:Guilford.

Witmer, L. (1897). The organization of practical work in psychology. *Psychological Review, 4,* 116–117.

Wittchen, H. U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review. *Journal of Psychiatric Research, 28,* 57–84.

Wolff, J. C., & Ollendick, T. H. (2006). The comor- bidity of conduct problems and depression in childhood and adolescence. *Clinical Child and Family Psychology Review, 9,* 201–220.

Wolitzky, D. L. (2003). The theory and practice of traditional psychoanalytic treatment. In A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential Psy- chotherapies* (2nd ed., pp. 244–68). New York: Guilford.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Wolpe, J. (1982). *The practice of behavior ther- apy* (3rd ed.). New York: Pergamon Press.

Wolpe, J., & Lang, P. J. (1969). *Fear Survey Sched- ule*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.

Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior ther- apy techniques: A guide to the treatment of neuroses*. New York: Pergamon Press.

Wood, J. M., Lilienfeld, S., Garb, H., & Nezworski, M. (2000). The Rorschach Test in clinical diag- noses: A critical review with a backward look at Garfield (1947). *Journal of Clinical Psy- chology, 56,* 395–430.

Wood, J. M., Nezworski, T., Lilienfeld, S. O.,& Garb, H. N. (Eds.). (2003). *What's wrong with the Rorschach: Science confronts the controver- sial inkblot test*. San Francisco: Jossey-Bass.

Woodcock, R. W., McGrew, K. S., & Mather, N. (2000). *Woodcock-Johnson III*. Itasca, IL: Riverside Publishing.

Woodworth, R. S. (1920). *Personal data sheet*. Chicago: Stoelting.

Woody,S. R., Detweiler-Bedel, J.,Teachman, B. A., & O'Hern, T. (2005). *Treatment planning for psychotherapy: Taking the guesswork out of clinical care*. New York: Guilford.

Wortman, C. B., & Lehman, D. R. (1985). Reactions to victims of life crises: Support attempts that fail. In I. G. Sarason & B. R. Sarason (Eds.), *Social support: Theory, research, and appli- cations* (pp. 463–489). Dordrecht, The Netherlands: Martinus Nijhoff.

Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2006). *Learning cognitive-behavior therapy*. Wash- ington, DC: American Psychiatric Association.

Wright, J. H., Wright, A. S., Albano, A. M., Basco, M. R., Goldsmith, L. J., Raffield, T., & Otto, M. W. (2005). Computer-assisted cognitive therapy for depression: Maintaining efficacy while reducing therapist time. *American Journal of Psychiatry, 162,* 1158–1164.

Wright, M. O., & Masten, A. S. (2005). Resilience processes in development: Fostering positive adaptation in the context of adversity. In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 17–37). New York: Kluwer Academic/Plenum.

Wright, P. W. D., & Wright, P. D. (2005). *IDEA 2004*. Hartfield, VA: Harbor House Law Press. Wright, R. H. (2005).The myth of continuing education: A look at some intended and (maybe) unintended consequences. In R. H. Wright & N. A. Cummings (Eds.), *Destructive trends in mental health: The well-intentioned path to harm* (pp. 143–151). New York: Routledge/ Taylor and Francis Group.

Wrightsman, L. S., & Fulero, S. M. (2005). *Forensic psychology* (2nd ed.). Belmont, CA: Thomson- Wadsworth.

Wrightsman, L. S., Nietzel, M., Fortune, W., & Greene, E. (2002). *Psychology and the legal system* (5th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/ Cole.

Wulfert,E.,Greenway,D.E.,& Dougher,M.J.(1996). A logical functional analysis of reinforcement- based disorders: Alcoholism and pedophilia. *Journal of Consulting and Clinical Psychol- ogy, 64,* 1140–1151.

Wulsin, L. R., & Singal, B. M. (2003). Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? A systematic quantitative review.*Psychosomatic Medicine, 65,* 201–210.

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

Yarhouse, M. A., & Tan, E. S. N. (2005). Addressing religious conflicts in adolescents who experi- ence sexual

identity confusion. *Professional Psychology: Research and Practice, 36,* 530–536.

Yasui, M., & Dishion, T. J. (2007). The ethnic con- text of child and adolescent problem behav- ior: Implications for child and family interventions. *Clinical Child and Family Psy- chology, 10,* 137–179.

Yerkes, R. M. (1921). Psychological examining in the United States army. *Memoirs of the National Academy of Sciences. 15,* 1–890.

Ying, Y. (1989). Nonresponse on the Center for Epidemiological Studies depression scale in Chinese Americans. *International Journal of Social Psychiatry, 35,* 156–163.

Yoshimasu, K. (2001). Relation of type A behavior pattern and job-related psychosocial factors to nonfatal myocardial infarction: A case-control study of Japanese male workers and women. *Psychosomatic Medicine, 63,* 797–804.

Young, L. D. (1992). Psychological factors in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 619–627.

Yutrzenka, B. A. (1995). Making a case for training in ethnic and cultural diversity in increasing treatment efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 197–206.

Zabow, T., & Cohen, A. (1993). South African psy- chiatrists' criteria for predicting dangerous- ness. *Medicine & Law, 12,* 417–430.

Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D., Dolan, R., & Sanislow, C. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Reli- ability of axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders, 14,* 291–299.

Zaslow, M. J., Weinfeld, N. S., Gallagher, M., Hair, E. C., Ogawa, J. R. et al. (2006). Longitudinal pre- diction of child outcomes from differing mea- sures of parenting in a low-income sample. *Developmental Psychology, 42,* 27–37.

Zaza, C., Sellick, S. M., & Hillier, L. M. (2005). Cop- ing with cancer: What do patients do? *Journal of Psychosocial oncology, 23,* 55–73.

Zero to Three (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disor- ders of infancy and early childhood: Revised Edition (DC: 0-3R).* Washington, DC: Zero to Three Press.

Zetin, M., & Glenn, T. (1999). Development of a computerized psychiatric diagnostic interview for use by mental health and primary care clini- cians. *CyberPsychology & Behavior, 2,* 223–233.

Zheng D, Macera CA, Croft JB, Giles WH, Davis D, Scott WK. (1997). Major depression and all- cause mortality among white adults in the United States. *Annals of Epidemiology, 7,* 213–218.

Zilboorg, G., & Henry, G. W. (1941). *A history of medical psychology.* New York: W. W. Norton. Zimbardo, P. G. (2004). Does psychology make a significant difference in our lives? *American Psychologist, 59,* 339–351.

Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational and community levels of analysis. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 42–63). New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

Ziskin, J., & Faust, D. (1988). *Coping with psychi- atric and psychological testimony* (4th ed., Vols. 1–3). Marina del Rey, CA: Law & Psychol- ogy Press.

Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Cochran, B., & Pruitt, L. (2003). Treatment choice for PTSD. *Behaviour Research and Therapy, 41,* 879–886.

Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology—A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review, 26,* 626–653.

Zola-Morgan, S. (1995). Localization of brain func- tion: The legacy of Franz Joseph Gall (1758–1828). *Annual Review of Neuro- science, 18,* 359–383.

Zook, A., II, & Walton, J. M. (1989). Theoretical ori- entations and work settings of clinical and counseling psychologists:A current perspective. *Professional Psychology: Research and Prac- tice, 20,* 23–31.

Zuardi, A. W., Loureiro, S. R., & Rodrigues, C. R. C. (1995). Reliability, validity, and factorial dimensions of the Interactive Observation Scale for Psychiatric Inpatients. *Acta Psychi- atrica Scandinavica, 91,* 247–251.

Zubin, J. (1969). The role of models in clinical psychology. In L. L'Abate (Ed.), *Models of clin- ical psychology* (pp. 5–12). Atlanta: Georgia State College.

Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability—A new view of schizophrenia. *Journal of Abnor- mal Psychology, 86,* 103–126.

Zur, O. (2007). *Boundaries in psychotherapy: Ethical and clinical explorations.* Washing- ton, DC: American Psychological Association.

Zuvekas,S. H., & Meyerhoefer, C. D. (2006). Cover- age for mental health treatment: Do the gaps still persist? *Journal of Mental Health Policy and Economics, 9,* 155–163.

Zytowski, D. G. (2007). Kuder Career Search with Person Match technical manual 1.1. Retrieved June 19, 2007, from http://www.kuder.com/ publicweb/kcs_manual.aspx.

YAZAR DİZİNİ

Abbott, R.D., 518
Abela, J.R.Z., 485
Abeles, N., 640
Abernethy, A.P., 409
Aberson, B., 51
Ables, B.S., 357
Abood, L.G., 518
Abt, L.E., 56
Achenbach, T.M., 463, 476, 482, 498
Achter, J.A., 447
Ackerman, M., 192, 591
Acree, M.
Adair, J.C., 546-547
Adam, E.K., 314, 469
Adams, M.R., 516
Addis, M.E., 444, 494
Adler, A., 178
Adler, N.E., 321
Adolph, J.L.,
Ægisdóttir, S.,
Affleck, G., 512
Agras, W. 379, 385
Aharon-Peretz, J., 546
Ahlström, G., 411
Albano, A.M., 493
Albarracin, D. 410
Albee, G.W., 405
Albino, J.E.N., 615
Alexander, F.M., 320-321
Alexander, J.F., 401, 450
Alexander, M.P., 551, 584
Ali, S., 640
Allen, D.M., 286
Allen, G.J., 189
Alleyne, E., 523
Allport, G.W., 239
Alter, K., 546
Alterman, A.I., 165
Alvarado, R., 409, 451
American Psychiatric Association, 51, 136, 462
American Psychological Association, 9, 106, 111, 154, 606, 612, 620, 623, 668, 673, 683, 690
Amundson, M.E., 510
Andersen, B.L., 522
Anderson, C.M. 356,
Anderson, E., 410,
Anderson, J.R., 451,
Anderson, N.B., 516
Andersson, S., 547
Andrassy, J., 451
Andrews, G., 283
Andronkiof, A., 256
Angel, E., 341
Anson, D.A., 181
Anton, B.S., 410, 493
Antoni, M.H., 516
Antonova, E., 559
Antony, M.M., 390, 394, 449
APApractice.org, 637
Appelbaum, P.S., 585
Arasteh, J.D., 592
Archer, R.P.,
Arkes, H.A., 124
Armeli, S., 512
Armstrong, J.G., 94
Arnold, C., 590
Arnold, C.B., 521
Aronson, E., 124,
Association News, 18
Astin, J.A., 416
Auerbach, L., 414
Ault, M.H., 192
Axline, V.M., 490
Azar, B., 521
Azen, R., 494
Babinski, M.J., 546
Baer, R., 186
Baer, R.A.,416
Baerger, D.R., 629
Bagby, R.M., 183
Bagchi, D., 165
Bailey, C.E., 450
Bailey, D.S. 594, 657
Bandura, A., 73, 287, 358, 364
Banta, J., 84
Bantha, R., 415
Barbaree, H.E., 198
Barefoot, J.C., 518
Barker, A., 181
Barkley, R.A., 401, 411, 484, 494
Barlow, B.F., 106
Barlow, D.H., 4, 403, 410, 444, 451
Barlow, S.H., 493
Barnes, H., 188
Barr, C., 78
Barret, B., 624, 629
Barrett, A.M., 546-547
Barrett, P.M.,496
Bartol, A.M., 589
Basco, M.R., 362, 367, 371-372, 378, 385
Bates, J.E., 467
Bateson, C., 76, 401
Baucom, D.H., 449
Baum, A., 507, 522z
Bax, K.A., 468
Beach, S.R.H., 396, 482
Bechtoldt, H., 325, 384
Beck, A.T., 161-162, 246, 250, 364, 368-369, 438
Beck, J.S., 372,
Becker, W.C., 192
Becker, M.H., 417
Begley, S., 268

Behnke, S., 686
Beidel, D.C., 247
Belar, C.D., 515, 610
Bellack, A.S., 195
Bellak, L., 253, 255, 477
Bender, L.A., 591
Benefield, H., 627
Benjamin, L.S.,39-40, 43, 48, 53, 55, 57-60
Benjamin, L.T., 611
Benjet, C.L., 589
Ben-Porath, Y.S., 244
Benson, D.F., 550
Benton, C.M., 411
Berg, I.A., 220
Berger, B.D., 546
Berger, L.E., 470
Bergin, A.E., 17, 437-438
Berglund, P., 271-273
Bergman, A., 322
Berk, L.E., 634
Bernstein, D.A., 77, 97, 202, 353, 530, 571, 573, 578, 582, 595
Berry, D., 186
Bersoff, D.N., 624
Beswick, A., 521
Betz, N.E., 232
Beutel, M.E., 151
Beutler, L.E., 28, 440, 442, 444
Biaggio, M., 641
Bianchi, S., 582
Bickman, L., 448, 494, 610
Bieling, P.J., 390, 394, 449
Biemond, R., 356
Bierman, K.L., 476
Bigelow, C., 183
Bihrle, A.M., 546
Bijou, S.W., 192
Binitie, I., 402
Bion, W.R., 75, 389
Bisconer, S.W., 126
Bishop, S.R., 416
Bisiach, E., 548
Blakely, C., 189
Blanchard, E.B., 385, 521, 527
Blanchard, R.,198
Blinder, J.L., 325
Bloom, L.J., 591
Blose, J.D., 632
Blumenthal, J.A., 507
Blumenthal, S.J., 518
Bobbitt, B.L., 32, 635
Bobholz, J.H., 582
Boczkowski, J.A., 529
Boeree, C.G., 71
Bogels, S.M., 150
Bohart, A.C., 330, 338
Bond, G.R., 195,
Bond, L., 258
Bondy, E., 183
Bonnie, R.J., 3-4, 573, 577
Boothby, H., 181
Bordin, E.S., 279
Boring, E.G., 43
Borkovec, T.D., 353
Bornstein, R.F., 256
Borum, R., 114
Bouchard, S., 198
Boucher, A.P., 617
Bougakov, D., 553
Boulger, J.R., 113
Bowen, A.M., 512
Bowers, K.S., 256
Boyle, G.J., 220, 257
Brabender, V.A., 394
Bracha, H.S., 105
Braden, J.P., 235, 237
Bradley, R., 442-443
Bradshaw, P.W., 528
Braginsky, D.D., 183
Brand, B.L., 94
Brand, R.J., 518
Brandsma, J.M., 400
Bransford, J.D., 117
Brasfield, T.L., 523
Brauer, B.A., 242
Brausch, A.M., 438
Brechman-Toussaint, M.L., 496
Breggin, G.R., 492
Brekke, N.J., 597
Brems, C., 275
Brennan, T.A., 629
Breslow, L., 515
Breuer, J., 62
Bridges, M., 323
Briggs, K.C., 248
Briggs, M., 181
Broca, P., 538
Brodley, B.T., 343
Broman, C.L., 515
Bromley, D.B., 433
Brookmeyer, K.A., 463
Brooks, R.B., 497
Brooks-Gunn, J., 469
Brotemarkle, B.A., 41
Brown, G.K., 241
Brown, L.S., 184
Brown, R.A., 449
Brown, R.T., 478-479
Brown, T.A., 84
Brown, T.M., 106
Brown, T.T., 246
Brown, W.H., 188 198
Browne, A., 393
Brownell, H.H., 546
Browne-Sperling, F., 523
Bruce, N., 448
Brugha, T.S., 165
Brussel, J.A., 588
Bryan, A.D., 451
Buck, J.N., 255, 477
Buckley, P.J., 150-151
Bugental, J.F.T., 342
Bull, S.S., 521
Burisch, M., 216
Burish, T.G., 361
Burke, L.E., 527
Burlingame, G.M., 390, 410, 451
Burnam, M.A., 184
Burns, D.D., 275, 530
Buros, O.K., 54, 213
Burr, R.M., 161
Bush, S.S., 624
Butcher, J.N., 242, 245-246
Butler, A.C., 438
Butters, N., 539, 556

Caburnay, C.A., 439
Cacciola, J.S., 165
Cacioppo, J.T., 499, 644
Cain, D.J., 67
Callaghan, G.M., 280
Caltagirone, C., 546
Camilli, G., 119
Campbell, C.D., 5
Campbell, D.P., 239
Campbell, D.T., 255, 325
Campbell, L., 521
Campbell, L.F.,384, 411-412
Canning, D., 524
Cantor, N.L., 586
Carlomagno, S., 546
Carlson, E.T., 51,
Carlson, L.E., 416
Carney, M.A., 512
Carniero, C., 195
Carpenter, L.A., 479
Carr, A., 397, 465
Carroll, F., 165, 132
Carroll, J.B., 229
Carroll, K.M., 280
Carter, C.S., 559
Carter, J.S., 493
Case, S.M., 119
Cashel, M.L., 476
Caspi, A., 499, 644
Cassel, E., 571
Castellani, A.M., 399, 450
Castle, P.H., 7, 25, 84, 605, 658-659
Catron, T., 494
Cattell, R.B., 248
Cauffman, E., 115
Cecero, J.J., 280
Centers for Disease Control, 516, 519
Chambless, D.L., 356, 444-445
Chan, A.S., 581
Chapman, J.E., 355, 438
Chapman, J.P., 118
Chapman, L.J., 118
Cheatham, H.E., 184
Cherry, C., 523,
Cherry, D.K., 613
Chevron, E.S., 324

Choate, M.L., 403, 493
Chorpita, B.F., 106, 435
Christensen, A., 396
Chronis, A.M., 494
Chung, J.J., 246
Cicchetti, D., 546
Clark, L.A., 103, 438
Clarke, G., 636
Clarke-Stewart, A., 77
Clarkson, T.B., 516
Clay, R.A., 92, 659
Coatsworth, J.D., 498
Cobb, J.A., 192, 466
Cochran, B., 452
Cohen, A., 115
Cohen, J., 32
Cohen, J.A., 614
Cohen, J.B., 469
Cohen, L.M., 499, 509-510, 513, 515, 523
Coleman, P., 411
Coley, B., 523
Collins, R.L., 195,
Collins, S., 574
Collins, W.A., 519
Colmen, J.G., 113
Connery, H., 186
Constantino, M.J., 448
Coontz, P.D., 119
Cooper, A.M., 318
Corazzini, J.G., 449
Corey, G., 391
Cormier, C.A., 115
Corwin, D., 165
Costa, P.T., 220,
Costa, P.T., Jr., 249
Cottler, L.,165
Couch, R.D., 153
Craske, M.G., 411
Crisp, H.L., 499
Crits-Christoph, P., 279
Croghan, T.W., 528
Cronbach, L.J., 220
Crosbie-Burnett, M., 591
Crow, T.J., 560
Csikszentmihalyi, M., 512
Cumming, J.D., 284
Cummings, E.M., 468,
Cummings, J.L., 499
Cummings, N.A., 507, 551, 632
Curtin, L., 394
Curtis, R.C., 644
Dadds, M.R., 197, 203, 496
Dahlstrom, L.E., 242
Dahlstrom, W.G., 244
Danehy, J.J., 180
Dare, C., 385
Dattilio, F.M., 433, 587
Dauber, S., 496
Davanloo, H.L., 321
Davidson, W.S., 189, 407
Davies, P.T., 499
Davies, W.H., 499
Davis, D.M., 197
Davis, F.H., 246
Davis, R., 279-280
Davis, T.E., 448
Davison, E., 138, 440
Davison, L.A., 539
Dawes, R.M., 120, 122, 124
Deane, F.P., 286
De Bruyn, E.E., 100
DeBruyn, E.E.J., 482
DeClue, G., 161
Degnan, K.A., 467
DeGue, S., 614
Dekel, R. 297
DeLeon, P.H., 515, 615
DeMers, S.T., 617
Denney, R.L., 624
Dennis, W., 47, 54
DeSanto, N., 529
Detterman, D.K., 228
Detweiler, J.B., 513
Detweiler-Bedel, J., 296
DeYoung, P.A., 323, 326
Diekhoff, G.M., 624
Diener, E., 643
Dies, R., 75
DiLillo, D., 468, 614
DiMatteo, M.R., 438, 528
Dipboye, R.L., 184
Disch, E., 629
Dishion, T.J., 498
Dixon, D.N., 418
Dobson, K.S., 385
Dodge, K.A., 409
Doelger, L., 644
Doerfler, L.A., 260
Dolan, M., 115,
Dolan, S.L., 443
Dollard, M.F., 585
Domino, G., 219, 222, 227, 229, 244, 248, 255-256
Domino, M.L., 219, 222, 227, 229, 244, 248, 255-256
Donenberg, G.R., 437
Donn, J.E., 59
Donnellan, M.B., 470
Dorken, H., 507
Dornan, T., 168
Dornelas, E.A., 507
Doss, A.J., 396
Dougher, M.J., 105, 513
Douglas, J., 94
Dozois, D.J.A., 463, 481
Dryden, W., 73, 370
DuBois, D.L., 44
Duckworth, A.L., 107, 410, 497, 643, 660
Dulcan, M.K., 476
Dumenci, L., 498
Dumont, F., 257
Dunbar-Jacob, J.M., 527
Dunn, T.W., 438
Durham, T.W., 653

Eagle, M.N., 322
Eaker, E.D., 518
Eaves, D.E., 528
Ebrahim, S., 521
Echols, M.M., 617
Edelbrock, C.S., 482
Eder, G.S., 25, 184, 379, 591, 594
Educational Testing Service, 675
Edwards, A.L., 220
Edwards, D.J.A., 433
Edwards, J., 13
Eiden, R.D., 397
Eisman, E.J., 16, 21
Ellenberger, H.F., 341
Elliott, D.M., 327, 341, 344, 469
Ellis, A.,73-74, 364,
Ellis, P., 369-370
Ellsworth, J.R., 260
Elmore, A.M., 468
Emery, G., 368
Emery, R.E., 594
Emmelkamp, P.M.G., 356
Emmons, M.L., 358
Emshoff, J.G., 189
Enko, P.J., 597
Epstein, N., 76, 449
Erdberg, P., 252, 256
Erlenmeyer-Kimling, L.E., 78
Erwin, E., 343
Evans, D.L., 469
Everett, J.J., 530
Exner, J.E., 249,
Exner, J.E., Jr., 252, 256
Eyberg, S.M., 403, 450, 478
Eyde, L.D., 224
Eysenck, H.J., 70, 405, 437
Eysenck, S.B.G., 247

Fagan, T.J., 43
Falkenberg, S., 570
Fancher, R.E., 62-63
Farah, M.J., 550
Farmer, J., 247
Farrell, A.D., 126
Farrell, L.J., 496
Farris, A.M., 195
Fauber, R.L., 671
Faust, D., 120, 444, 596
Fedio, P., 551
Feeny, N.C., 452
Feist, J., 507, 514
Feltham, C., 13, 270
Fendrich, R., 551
Fenning, S., 297
Fenton, L.R., 280
Ferguson, R.J., 429-430

Ficcaglia, M., 486
Fields, S., 448
Finch, A.J., 619
Fincham, F.D., 593
Fine, R., 316
Fink, A.S., 499
Finkelhor, D., 416-417
Finn, S.E., 135
Finset, A., 547
First, M.B., 104-106, 108, 160, 181
Fischer, C.T., 65, 133
Fischer, M., 327, 341
Fischer, W.F., 135
Fisher, D.C., 294
Fisher, J.D., 410-411
Fisher, P., 440, 451
Fisher, W.A., 476
Fiske, D.W., 113, 130
Fitzgerald, G., 192
Fivaz-Depeursinge, E., 197
Fleisig, W.E., 247
Foa, E.B., 359
Fodor, J.A., 542
Folkman, S., 415, 511, 517, 625
Follette, W.C., 105, 280
Folstein, M.F., 558
Fontenelle, G.A., 184
Forman, E.M., 438
Fortier, M., 468
Fosco, G.M., 468
Foster, S.L., 185, 204
Fraley, R.C., 482
Frances, A.J., 181
Frank, K.A., 520
Frank, L.K., 249-250
Frankforter, T.L., 280
Frankl, V., 327, 342
Franks, C.M., 70
Fraser, M.W., 408, 467
Fredrickson, B.L., 512
Free, M.L., 394
Freedman, B., 416
Freeman, A.,72, 74, 365, 368, 372
French, T.M., 320
Freud, A., 284, 303-306, 315, 318, 344
Frick, P.J., 473, 475, 478
Fried, C.S., 451
Friederici, A.D., 546
Frincke, J., 24
Fritz, H., 523
Fulero, S.M., 571
Funder, D., 64
Furnham, A., 228

Gabbard, G.O., 109, 133, 297, 307, 309, 318, 320, 324-326
Gabbard, K., 256
Gaglio, B., 521
Galton, F., 46
Garb, H.N., 117-119, 125, 166, 256, 477
Garber, J., 460
Garcia-Preto, N., 403, 464
Gardner, H., 115, 546
Gardner, W., 229,
Garfield, S.L., 183, 273
Garland, M.R., 414
Garofalo, A., 132, 226, 257
Garske, J.P., 280, 448
Garver, S.A., 640
Gaston, L., 280
Geer, J.H., 247
Gega, L., 126
Gelfand, D.M., 551
Gendlin, E.T., 327
Gerberding, J.L., 507
Gernsbacher, M.A., 486
Gibbon, M., 160
Gillham, J., 32
Gillis, J.R., 183
Giordani, P.J., 528
Gittelman, R., 478
Gladding, S., 394
Glaser, R., 509, 515
Glasgow, R.E., 451, 521
Glass, G.V., 438
Glasser, P.H., 150
Glenn, T., 182
Glesser, G.C., 131
Glozman, J.M., 541
Glueckauf, R., 418
Glueckauf, R.L., 643
Glynn, S.M., 393
Goins, M.K., 181
Gold, J., 181, 419-420
Goldberg, E.,542
Goldberg, J.L., 273
Goldberg, L.R., 117
Goldfried, M.R.,420
Goldman, V.J., 653
Goldsher, D., 546
Goldsmith, H.H., 486
Goldstein, S., 527
Gonnella, C., 469
Goodheart, C.D., 111, 427
Goodson, J.T., 415
Gordon, J.R., 379, 396, 449
Gorman, J.M., 198, 356, 434
Gorsuch, R.L., 234, 247
Gotham, H.J., 444
Gottesman, I.I., 78
Gottlieb, B., 515
Gottman, J.M., 196, 412
Gough, H., 248
Grabe, S., 487
Grady-Fletcher, A., 449
Graham, J.R., 186, 242, 244-245
Greenberg, L.S., 65, 280, 327, 341, 344
Greenberg, R.P., 448
Greene, B., 192
Greenhoot, A.F., 427-428
Greenway, D.E., 105, 107
Gregory, R.J., 227
Greiner, L.H., 513
Grieger, R., 73
Griffin, K.W., 497
Grilo, C.M., 182, 453
Grimes, K.E., 189
Grinfeld, M.J., 9
Grisso, T., 585
Gross, B., 629
Grossarth, M.R., 220
Groth-Marnat, G.,93, 97, 124-126, 132, 165, 227, 236, 243, 246-247, 256-257, 294
Grove, W.M., 122
Grover, R.L., 493
Gruenewald, T.L., 512
Grych, J.H., 468
Guarnaccia, P.J., 143
Gully, K.J. 181
Gundersen, P.M., 547
Gur, R.E., 559
Gureje, O., 177
Gurman, A.S., 76
Guyton, M.R., 571
Gyorky, Z.K., 285

Haggerty, R.J., 408
Haley, J., 401
Haley, W.E., 119
Hall, G.C.N., 22
Hall, J.E., 96, 105
Hall, S.R., 7-8
Hallahan, B., 414
Hallmark, R., 255
Hambleton, R.K., 223
Hammontree, S.R., 253
Han, K., 437
Handelsman, M.M., 448, 643
Handler, L., 220
Hankin, B.L., 482
Hann, G., 640
Harbeck, C., 195
Harel, G., 297
Harlow, J.M., 552
Harris, F.C., 186
Harris, G.T., 114-115, 123
Harris, V., 394
Harrower, M.R., 250
Hart, C.A., 510
Hartsough, C.S., 188
Harvey, R., 438
Harway, M., 395, 403
Harwood, T.M., 273, 294, 296, 448
Hathaway, S.R., 640
Hawley, D.R., 427
Hawley, K.M., 450, 493
Hayes, S.A., 351
Hayes, S.C., 416, 645
Haynes, R.B., 528
Haynes, S.N., 188

Hays, P.A., 641
Hearon, B., 279
Heavey, C.L., 450
Hedges, L.V., 84
Hegel, M.T., 430
Heilman, K.M., 547-548
Heimberg, R.G., 385
Heiser, N., 150
Helgeson, V.S., 523
Heller, W., 558-559
Hellige, J.B., 540
Hendriks, M., 564
Henke, C.J., 507
Henry, W.E., 51, 252
Herink, R., 270
Herron, E.W., 250
Hersen, M., 101, 181, 188, 357, 364
Hess, A.K., 570-571
Hetherington, E.M., 468
Hetzel-Riggin, M.D., 438
Heyman, R.E., 195, 396
Hezlett, S.A., 663
Hibbeln, J.R., 414
Hickling, E.J., 119
Hill, C.E., 256
Hill, E.L.,273
Hill, M.N., 527
Hillier, L.M., 415
Hilton, N.Z., 114, 123
Himmelhoch, J.M., 195
Hinshaw, S.P., 452
Hirsch, I., 320, 323
Hockett, C.F., 180
Hodges, L.F., 356
Hoff, E.H., 26
Hofferth, S.L., 403
Hogarth, R.M., 117
Hoge, R.D., 476, 573
Hogue, A., 496
Holcombe, A., 188
Holland, J.L., 238-239
Hollon, S.D., 361, 434, 452
Holloway, J.D., 637
Holman, T.B., 403
Holmbeck, G., 432
Holmboe, E.S., 190
Holmes, J.M., 418
Holmes, T.H.,510
Holt, R.R., 253
Holtzman, W.H., 250
Holtzworth-Munroe, A., 449
Hood, H.V., 524
Hope, D.A., 195, 204
Horner, R.H., 188
Horowitz, M.J., 284
House, A.S., 632, 640
House, A.T., 514
Houts, A.C., 105-106, 491
Hovarth, A.O., 279
Howard, K.I.,287, 439
Howes, J.L., 5
Howieson, D.B., 542, 557
Hufford, C., 181
Hugdahl, K., 247
Hughes, R., Jr., 493, 496
Humedian, M., 640
Hummelen, B., 154
Humphreys, L.G., 222
Hunsley, J., 256, 260
Hunt, M., 40
Hunter, J.E., 407
Huss, M.T., 123
Hutchinson, S., 183

Ingram, R.E., 643
Insabella, G.M., 468
Institute of Personality Assessment and Research, 113
Inui, T., 529
Ironson, G., 516
Irvine, E., 186
Israel, A.C., 483
Iwamasa, G.Y., 22, 223

Jackson, D.D., 76
Jackson, Y.,401, 496, 541, 641
Jacobs, G.A., 247
Jacobson, J.S., 399,
Jacobson, N.S., 403, 413, 449
Jacoby, A.M., 613
James, J.W., 51
Jane, S.J., 181
Jarrett, R.B., 438
Jay, S., 528, 530
Jefferson, K.W., 523
Jeffery, R.W., 520
Jensen, P.S., 481
Jensen-Doss, A., 427
Jester, C.M., 29, 420
Johnsen, B.H., 260
Johnson, B.W., 193
Johnson, J., 296
Joiner, T.E., 595
Jonason, K.R., 617
Jones, E.E., 56, 284
Jones, J.M., 678
Jones, M.C., 69, 199
Jorm, A.F., 9

Kaemmer, 242
Kahn, E., 323, 341
Kahn, J.H., 447
Kalichman, S.C., 523
Kamphaus, R.W., 94
Kancelbaum, B., 23
Kannel, W.B., 518
Kaplan, A., 84, 101
Kaplan, C.P., 165
Kaplan, J.R., 516, 518
Kaplan, M., 113,
Kaplan, R.M., 101, 678
Karasz, A., 177
Karg, R., 84, 356
Karno, M., 440
Karpiak, C.P., 16, 20, 29, 640, 655
Karterud, S., 154
Karver, M.S., 448
Kaslow, F.W., 395-396
Kaslow, N.J., 403, 482
Kaufman, A.S., 236-238
Kawachi, I., 512
Kazantzis, N., 286
Kazdin, A.E., 111, 401, 427, 448, 450, 491
Keane, M.M., 551
Keefe, F.J., 521
Kehrer, C.A., 379
Keller, J.W., 204, 226
Keller, L.S., 241
Kelley, C.M., 551
Kelley, D.M., 250
Kelley, J.E., 513
Kelly, D.R., 660
Kelly, E.L., 72
Kelly, G.A.,524
Kelly, J.A., 593
Kelly, J.B., 468
Kemeny, M.E., 512
Kemper, S.J., 513
Kendall, P.C., 432, 436, 481, 491, 493, 517
Kenkel, M.B., 615
Kennedy, D.B., 588-589
Kennedy, P.F., 624
Kerig, P., 483
Kern, J.M., 197
Kernberg, O., 318
Ketterson, T.U., 418
Khan, A., 434
Kiecolt-Glaser, J.K., 515
Kiesler, C.A., 636
Kim, C., 428, 434, 440 247
Kingery, J.N., 493
Kinnaman, J.E.S., 126
Kirby, L.D., 467
Kirk, S.A., 184
Kirkley, D.E., 394
Kiser, L.J., 470
Kister, K.M., 29, 84
Kitzmann, K.M., 594
Klein, M., 356,
Klein, R.A., 390
Kleinmuntz, B., 117, 122
Klerman, G.L., 101, 324
Klett, C.J., 190
Kline, T.J.B., 227
Klopfer, B., 140
Knapp, S.J., 643
Knox, S., 273
Koch, W.J., 94
Kohout, J.L., 9, 16, 21, 24-25, 32, 639, 675
Koocher, G.P., 132

Kopel, S.A., 193
Koppitz, E.M., 477
Korchin, S.J., 5, 56-57
Korman, M., 29
Kornfeld, S.D., 520
Korschgen, A.J., 610, 653, 664, 679, 681
Kotz, S.A., 546
Kovacs, M., 474
Kovas, Y., 499
Krackow, E., 414
Krasner, L., 50, 71
Krasnow, A.D., 442
Kratchowill, T.R., 247
Krause, M.S., 439
Kreber, L.A., 292
Krijn, M., 356
Krishnan, R.R., 434
Krokoff, L.J., 195
Krol, N.P.C.M., 482
Kubzansky, L., 512
Kuhajda, M.C., 394
Kulic, K.R., 160
Kumari, V., 559
Kuncel, N.R., 663
Kupfer, D.J., 104
Kurbat, M.A., 550
Kurtz, S.M.S., 192

Lahey, B.B., 203
Lake, J.H., 414
Lambert, D., 143, 632
Lambert, M.C.,437
Lambert, M.J., 480
Lambert, N.M.,188
Lane, M., 23
Lang, P.J., 199, 247
Langenbucher, J.W., 102-103
Lanyon, B.P., 255
Larner, A.J., 186, 188
Larrabee, G.J., 556
Larson, J., 641
Lauterbach, D., 126
Law, D.D., 632
Lawlis, G.F., 247
Lazarus, A.A., 47, 296
Lazarus, R.S., 70-71, 358, 415, 511-512
Leach, C., 272
Leahy, R.L., 385
Leary, G.E., 513-514
Leary, M.R., 193,
Lebow, B.S., 122,
Lebow, J.L., 403, 444, 494
LeCroy, C.W., 393
Ledley, D.R., 385
Lee, C.M., 468
Lee, H.B.,
Lee, J.H., 356,
Leech, S., 135
Leffard, S.A., 188, 204
Lehman, B.M., 546
Lehman, D.R., 515
Leisen, J.C.C., 513
Leon, S.C., 277
Leonnig, C.D., 579
Lerner, H., 322
Leszcz, M., 391, 394
Levant, R.F., 28, 443, 634, 643-644
Levenson, R.W., 186
Leventhal, R.M., 12, 434
Levin, R.L., 559
Levy, K.N., 250, 447
Lewis, G., 118
Ley, P., 528
Lezak, M.D,. 542, 557
Lichtenberg, J.W. 443
Lichtenberger, E.O. 125, 127
Liddle, H.A. 496
Lidz, C.W. 115, 119, 401
Lidz, R.W. 115, 119, 401
Lietaer, G. 327, 341, 344
Lilienfeld, S.O. 16, 132, 256-257, 268, 414
Lillesand, D.B. 196
Lindsley, O.R. 70
Lindzey, G. 239, 252
Linehan, M.M. 364, 369, 379, 416
Linney, J.A. 407
Lipp, O.V. 418
Liss, M.B. 596
Livingston, J.A. 469
Lock, J. 385,
Lock, T. 414
Loewenstein, R.J. 94
Loftus, E.F. 414, 571
Lohr, J.M. 132
London, S. 346, 444
Loomis, J.S. 418
Loranger, A.W. 164
Loring, D.W. 542, 557
Lorr, M. 190
Lovejoy, M.C. 450, 498
Low, P.W. 577
Luborsky, L. 113, 276
Lucas, C.P. 476
Lueger, R.J. 287
Lumley, M.A. 513
Lundahl, B. 450, 498
Lundwall, L. 151
Lunt, I.T.I. 59
Lushene, R. 247
Luzzatti, C. 548
Lynam, D. 409
Lynch, F. 636
Lynn, S.J. 132, 414
Lyons, J.S. 277
Lyons, P.M. 571

MacDonald, G., 117
Machado, P.P.P., 274, 276
Machover, K., 255
MacKain, S.J., 653
MacKenzie, K.R., 390
MacKinnon, R.A., 150-151
Macklin, D.S., 585
Maercker, A., 643
Mahler, M.S., 322
Mahoney, M.J., 74
Maiberger, P., 558
Maiman, L.A., 529
Makover, R.B. 296
Malarkey, W.B. 515
Malessa, R. 537, 541
Malgady, R.G. 143
Malik, 106, 110
Manuck, S.B., 516
March, S., 418
Marcus, D.R., 272, 571
Marcynyszyn, L.A., 469
Marecek, J., 32
Marini, A., 546
Markesbery, W.R., 513
Marks, I.M., 126
Marks, J.S., 507
Marlatt, G.A., 195
Marmar, C., 280
Marshall, W.L., 198
Martin, D.J., 181, 279
Martin, R. 280, 448
Martinovich, Z., 277, 287
Martz, D.M., 184
Marvin, J.A., 530
Marx, B.P., 285
Marx, J.A., 385
Maselko, J., 512
Mash, E.J., 227, 256, 259, 463
Masheb, R.M., 453
Maslow, A.H., 341
Masten, A.S., 415, 470-471
Masters, J.C., 361
Masters, K.S., 415
Masur, F.T., 529
Matarazzo, J.D., 97, 126, 149
Matarazzo, R.G., 403, 563
Mather, N., 237, 477
Maton, K.I., 639
Matthews, K., 517
Matthews, K.A., 660
Maughan, B., 486
May, D.J., 165
May, R., 327
May, S. 341
Mayne, T.J.,7, 25, 605, 612, 656, 658-659, 664, 668, 673, 683
McCabe, R.E., 390, 449
McCandliss, B.D., 560
McCann, J.T., 627
McCart, M.R., 494
McCaulley, M.H. 248
McCoy, S.A., 118
McCrae, R.R., 249
McCusker, J., 183

McDermut, W., 449
McDonald, B.C., 561
McFall, J.P., 196, 349, 438
McFall, R.M.,609, 612, 615
McGaugh, J.L., 551
McGlynn, F.D., 356
McGoldrick, M., 403, 464
McGuffin, P., 499, 644
McHugh, P.R., 558
McIntyre, K., 193
McKenzie, K., 119
McKinley-Pace, M.J., 590, 594
Mclennan, J., 84
McLeod, J., 84
McMullen, P.A., 550
McMullin, R.E., 385
McNair, D.M.,188
McNamara, J.R., 9, 268
McReynolds, P., 41, 44, 93
McWilliams, N., 318, 326
Mead, M., 188
Mease, A.L., 401, 450
Mednick, S., 78
Meehl, P.E., 120, 129, 140
Meichenbaum, D.H., 364
Mello, M.M., 629
Melton, A.W, 194
Meltzer, H., 165
Mendelson, M., 161-162
Menninger, K., 318
Merenda, P.F., 223
Mermelstein, R., 193, 511
Merrill, T.S., 617
Messer, S.B., 326, 442-443
Messick, S., 220
Mesulam, M.M., 542
Metzner, H.L., 514
Meyer, G.J., 550
Meyerhoefer, C.D., 632
Meyers, L., 636
Michael, K.D., 394
Michelow, D., 546
Michels, R., 151
Mihara, R., 641
Milan, M.A., 84
Miller, G.E., 438
Miller, M.O., 7-8
Miller, S.B., 412
Miller, T.I., 364, 369
Millon, C., 246
Millon, T., 449, 452
Milner, B., 544-545
Milner, D.A., 551
Mineka, S., 103
Minuchin, S., 76
Mischel, W., 365
Mishkin, M., 548, 550
Misovich, S.J., 410, 451
Missar, C.D., 278
Mitchell, C.M., 416-417
Moffitt, T.E., 644
Mokdad, A.H., 507
Molina, L.E., 639
Monahan, J., 114, 573
Montalvo, B., 76
Montgomery, B.S., 438
Moodie, W., 54
Moore, P.M., 356, 398
Moore, T.E., 412, 451
Moos, B., 451
Moran, 260
Moreno, J., 195
Morey, L., 117
Morgan, B.L.,430
Morgan, D.L., 614
Morland, K., 517
Morris, R., 559
Morrison, C.S., 183
Morrison, K.H., 443
Morse, S.J., 596
Mortimer, J.A., 513
Morton, A., 151
Moseley, G.L., 522
Moskowitz, J.T., 415
Mpofu, E., 480
Mukherjee, D., 559
Mulle, K., 385
Mullen, R., 93, 119
Mulvey, E.P., 115, 119
Munk-Jorgensen, P., 78
Munsey, C.,627, 633, 637, 657, 670
Murdock, N.L., 84, 278, 326, 329, 364-365
Murphy, D.A., 524
Murphy, K.R., 643
Murray, E.J.,19, 180
Murray, H.A., 252, 254
Murray, R., 257
Myers, D.G.,512,
Myers, I.B., 514
Myklebust, H.R., 561
Myors, B., 93

Nagy, T.F.. 223, 624
Najavits, L.M., 181
Nanayakkara, N., 513
Nathan, J.S., 101, 443
National Institute of Mental Health, 21, 271, 408, 435
Nauta, M.M., 640
Navon, D., 549
Neale, J.M., 512
Nebeker, R.S., 410, 451
Newlin, C.M., 292
Newman, R., 636, 643
Neylan, T.C., 552
Nezu, C.M., 619
Nezworski, M., 256, 477
Nich, C., 280
Nicholls, T.L., 94
Nicholson, R.A., 591
NIDA Research Report, 492
Nielsen, S.L., 220
Nienhuis, F., 165
Nietzel, M.T.,197, 202-203, 286
Nisbet, R.J., 94
Nitschke, J.B., 558
Nocentini, U., 546
Noel, S.B.., 439
Noll, J.G., 469
Norcross, J.C., 6-7, 9, 16, 20, 25, 28-29, 84, 132, 153, 226, 257, 278, 320, 325, 384, 410-412, 447, 605, 611, 639-640, 655, 658-659, 664, 668, 673, 675, 683
Notarius, C., 196
Nunes, E.V., 520

Oates, P., 272
Odeh, M.S., 123
Office of Strategic Services Assessment Staff, 194
Ogles, B.M., 18, 431-432, 643
Olafsson, R.P., 356
Olbrisch, M.E., 632
Olive, H., 139
Olkin, L., 438
Ollendick, T.H., 440-442, 449, 481, 493
Olshaker, M., 588
Olson, S.L., 364
Oltmanns, T.F., 181
Ones, D.S., 663
Opdyke, D., 356
Orchard, S., 641
Orchowski, L.M., 9, 268
Orlinsky, D.E., 273, 280, 286
Orne, M.T., 154, 202
Othmer, E.M., 150, 174-175
Othmer, S.C., 573, 586, 588
Ownsworth, T.L., 161

Packard, E., 105, 107
Pagan, J.L., 181
Pallak, M.S., 507
Papp, L.M., 468
Park, N., 610
Parker, K.C.H., 256
Parks, B.K., 286
Parra, G.R., 470
Pasek, L.F., 438
Pate, W.E., 18, 25-26
Pathak, S., 492
Patterson, C.H., 151,
Patterson, D.R., 186, 192
Patterson, G.R.,385, 401,
Patterson, K.M., 466, 530
Pechere, J.C., 528
Penner, L., 77
Pennick, K.A., 450
Perani, D., 548
Perls, F.S., 195, 327, 339-340
Peters, L., 76, 165

Peterson, C.,116,
Peterson, D.R., 296, 318,
Peterson, E.S.,460,
Peterson, L.,487, 512,
Peterson, M.L. 614-615
Peterson, R.F. 660
Pettijohn, T.F. 46
Phares, V., 402, 465, 467, 483
Phelps, R., 16, 21, 634
Phung, T.M., 494
Pickett, T.C., 418
Pincus, D.B., 181, 272, 403
Pincus, H.A., 493
Pine, F., 319, 322
Pinnock-Hamilton, T., 272
Pinsof, W.M., 419
Piotrowski, C., 225-226,
Piotrowski, Z., 249
Pittenger, R.E., 180
Plake, B.S., 213-214, 227
Plante, T.G., 220
Pleck, J., 403
Pokrywa, M.L., 384
Pope, K.S., 246, 277
Porter, E.H., Jr., 180
Porter, N., 615
Post, C.G., 577
Potter, H.H., 546
Pottick, K.J., 184
Potts, M.K., 184
Powell, L.H., 520
Poythress, N., 573
Practice Directorate Staff, 32
Price, L., 356,
Price, M., 511, 514
Priester, P.E., 494
Prochaska, J.O., 84
Pruitt, L., 452
Puska, P. 521
Putnam, E.A. 85, 469
Putnam, F.W. 613-614

Quinsey, V.L. 115

Rabin, B.S. 510
Rabinowitz, J., 119
Radomile, R.R., 394
Rafferty, J.E., 255, 477
Raggi, V.L., 494
Raimy, V.C., 28, 605
Raine, A.,, 15
Ramachandran, V.S., 645
Rand, K.L., 432
Rapaport, D., 405
Rappaport, J., 409
Rapee, R.M., 165
Raskin, J.D., 342
Rasmussen, T., 545
Rathus, J.H., 364
Rathus, S.A., 369
Raviv, A. 499
Ray, R.S., 192, 466
Reaves, R.P., 617
Reber, J.S.,84
Redd, W.H., 490
Redner, R., 189
Reed, D., 512, 518
Reed, G.M., 634
Reese, F.L., 414
Reich, W., 165
Reid, J.B.B., 401, 467
Reid-Arndt, S., 643
Reiger, D.E., 104
Reilly, R.R., 245
Rein, L.,579
Reisman, J.M., 42, 47, 52, 54, 211, 250, 255
Reiss, D., 139, 396,
Reiss, W.J., 482
Reitan, R.M., 539, 556
Reppucci, N.D., 451
Rescorla, L.A., 193, 466, 474-475, 482, 498
Resnick, P.J., 5, 39,
Resnick, R.J., 629
Reveson, T.A., 522
Rhodes, P., 519
Rice, M.E., 114-115, 123,
Rice, S.A., 183, 189
Rich, B.A., 586
Richman, L.S., 512
Rimm, D.C., 361
Ring, K., 183
Ringeisen, H.L., 445
Risser, H.J., 450
Robbins, C., 404, 514
Roberts, C.F., 255, 441
Roberts, G.E., 499
Roberts, M.C., 581
Robinson, J.D., 558
Rochlen, A.B., 418
Rock, D.L. 117
Roe, A., 297
Roemer, E., 350-351, 364
Roger, D., 518
Rogers, C.R., 66-68, 84,
Rogers, E.G.,135, 150, 161, 165
Rogers, M.R., 180, 183
Rogers, R., 279 327-334, 337
Roginson, K.J., 256
Roid, G.H., 231-232
Rompa, D., 523
Ronan, G.G., 253
Rorer, L.G., 118
Rorschach, H., 250, 257, 262
Rosen, D.S., 412
Rosen, G.M., 451
Rosen, J., 492,
Rosen, R.C., 580
Rosenhan, D.L., 405
Rosenman, R.H., 517
Rosenstock, I.M., 528
Rosenthal, R., 254
Ross, D., 181
Rostosky, S.S., 641
Rothbaum, B.O., 356
Rothman, A.J., 513
Rotter, J.B., 477
Round, A.P., 124
Rourke, B.P., 561
Routh, D.K., 39-40, 56-57, 59, 640
Roy, E.J., 77
Rozanski, A., 518
Rozensky, R.H., 418, 627
Rudestam, K.E., 643
Rudy, T.E., 521
Rugg, M.D., 551
Rugulies, R., 519
Rush, A.J., 50
Rush, J.A.,368, 385
Russ, S.W., 490
Russell, E.W., 197
Rutheford, M.J., 165
Ryan, J.J., 236, 241
Ryan, K.,450
Rychtarik, R.G., 220
Ryle, A., 419

Saab, P.G., 516
Saccuzzo, D.P., 227
Sade, R.M., 184
Safer, D.L., 379
Safran, J.D., 285, 549
Saklofske, D.H., 234
Salekin, R.T., 161
Sales, B.D., 7-8, 595
Salovey, P., 513, 528
Salpekar, N., 469
Samuda, R.J., 222
Sanders, M.R., 496
Sandler, I.N., 410, 451, 493
Sankis, L.M., 103
Santoro, S.O., 15-17, 84, 639-640, 655
Santostefano, S., 188
Santrock, J.W., 229, 411-412
Sarafino, E.P., 507, 514
Sarason, S.B., 406
Sargent, E.L., 581
Saslow, G., 133
Satir, V., 76
Saunders, S.M., 280, 439
Sayer, L., 403
Sayette, M.A.,25, 612, 656, 658-659, 664, 668, 673, 683
Schaefer, C.E., 451
Schaefer, J., 490
Scheffler, R.M., 16
Scheidlinger, S., 449
Schirmer, A., 546
Schmaling, K.B., 449
Schmelkin, L.P., 637
Schmidt, F.L., 106,
Schmidt, N.B., 438

Schneck, J.M., 50-51, 56
Schneider, K.J., 341-342
Schneider, S.L., 513
Schneiderman, N., 516
Schoenwald, S.K., 435
Schopp, L.H., 508, 643
Schretlen, D., 582
Schutte, N.S., 438
Schwab-Stone, M.E., 181, 476
Schwartz, B.K., 544,
Schwartz, R.D., 546,
Schwartz, R.L., 571
Schweinhart, L.J., 188
Scodel, A., 220
Scogin, F.R., 412, 452
Scollon, C.N., 643
Sechrest, L.B., 139
Seelau, E., 597
Seelen, J., 246
Seeman, J.A., 180
Segal, D.L., 181
Segal, Z.V., 416
Seifer, R., 471
Self, R., 272
Seligman, M.E.P.,107, 367, 408, 410, 412, 439, 497, 512, 643
Sellick, S.M., 415
Seto, M.C., 198
Sexton, T.L., 401, 404, 450
Shadish, W.R., 432
Shaffer, D., 476
Shamay-Tsoory, S.G., 546
Shambaugh, E.J., 447
Shapiro, A.K.,286
Shapiro, D., 414
Shapiro, D.A., 416
Shapiro, S.L., 437-438
Sharma, T., 559
Shaw, B.F., 115
Shaw, D.A., 184
Shaw, D.L., 368
Shaw, D.S., 481
Shaywitz, B.A., 560
Shea, S.C.,150
Shenk, C., 416
Sher, K.J., 470
Sherrill, J.T., 445
Shivy, V.A., 118
Shum, D., 93
Shuman, D.W., 581
Sigelman, C.K., 183
Silverman, M.M., 440
Simerly, E., 478-479
Simpson, J., 396,
Simpson, L.E., 595
Sinacore-Guinn, G.A., 184
Singal, B.M., 519
Singer, B., 23,
Singer, J.A., 71
Singer, J.E., 365,
Singer, M., 507,
Singer, M.T.,522
Skinner, B.F.. 70
Slep, A.M.S., 396, 482
Slife, B.D., 69,
Slobogin, C., 580, 596
Smallwood, J., 186
Smith, A.J., 189
Smith, A.P., 236
Smith, D., 247
Smith, J., 356
Smith, L., 438
Smith, L.A., 494,
Smith, M.,510,
Smith, M.L., 521
Smith, R., 596,
Smith, S., 632,
Smith, T.,640
Smolar, A.I., 394
Snowdon, D.A., 513
Snyder, C.R.,107, 180,
Snyder, D.K., 399, 401,
Snyder, J.J.,449-450,
Snyder, W.V., 467
Solomon, D.A., 70
Somers-Flanagan, J., 154
Sommer, R., 411-412
Southam-Gerow, M.A., 436, 445
Spangler, D.L., 286
Spence, S.H., 418
Sperry, L., 287-288,
Sperry, R.W., 539-540, 545
Speyer, C., 418
Spickard, B.A., 9, 268
Spielberger, C.D., 223, 247
Spielmans, G.I., 438
Spitzer, R.L., 160
Sprafkin, J.N., 98
Spring, B., 445-446
Stahl, P.M., 593
Stambaugh, L.F., 496
Stambor, Z., 637
Stanley, M.A., 247
Stanley-Hagan, M., 468
Starr, L., 195
Staub, R.O., 514
Steadman, H.J., 115, 579-580
Steckel, S.B., 530
Steffek, B.D., 358
Stein, D.J., 499, 644
Steinberg, L., 479
Steketee, G.S., 357
Stepleman, L.M., 640
Stepp, S.D., 161
Sterling, M., 342
Stern, T.E., 285
Sternberg, R.J., 229, 427
Stevens, M.R., 353
Steward, W.T., 513
Stewart, M.O., 452
St. Lawrence, 220, 523
Stoddard, A.M., 183
Stoerig, P., 548
Stokols, D., 515
Stolorow, R.D., 324
Stone, A.A., 181
Stormshak, E.A., 401
Stout, C.E., 634
Stramler, C.S., 184
Straub, R.O., 507
Strauss, B., 181,
Strauss, E., 390
Stricker, G., 614
Stromseth, J., 84
Strother, C.R., 609
Stroup, D.F., 507
Strunk, D., 452
Strupp, H.H., 180, 284, 324-325
Stuart, R.B., 76,
Stuart, S.P., 443
Stueve, J.L., 403
Sturge-Apple, M.L., 499
Sue, S., 155
Suh, C.S., 280
Sullivan, H.S., 275, 283,
Sullivan, M.F., 323, 401
Sultan, S., 256
Sundberg, N.D., 96, 243, 251
Super, J.T., 570
Susman, D.T., 286
Suveg, C., 491
Sweet, A.A., 279
Swenson, C.R., 364, 369
Symonds, B.D., 448
Szapocznik, J.,404, 498

Tabachnick, B.G., 277-278
Tallent, N., 93, 140, 257
Tan, E.S.N., 415
Tanaka-Matsumi, J., 223
Taranta, A., 151
Target, M., 307
Taylor, E.,39, 43, 55-56,
Taylor, S.E.,505, 507, 512, 523
Teachman, B.A., 296
Teasdale, A.C., 416
Tedeschi, R.G., 653
Teglasi, H., 257
Telch, C.F., 379
Temerlin, M.K., 184, 203
Templer, D.I., 612
Tennen, H., 512
Terborg, J.R., 521
Testa, M., 469
Tevlin, H.E., 159
Thase, M.E., 134, 136, 362, 371-372, 385
Thelen, M.H., 247
Thienemann, M., 161
Thoits, P.A., 514
Thomas, J.T., 626
Thompson, C.L., 280
Thoresen, C.E., 415

Thorn, B.E., 445
Thorpe, G.L., 250
Thorsteinsson, E.B., 438
Tian, X., 184
Tomer, R., 546
Tracey, T.J., 151
Treat, S.R., 397-398
Trickett, E.J.,406
Trotter, R.T., II, 523
Trull, T.J., 104, 106, 161
Tryon, G.S., 151
Tsai, M., 280
Tsegahun, I., 181
Tucker, N., 576
Turkheimer, E., 181
Turner, S.M., 150, 247, 634
Tutin, J., 118
Tyler, K.L., 510

Uebelacker, L.A., 396
Uellendahl, G., 413-414
Underwood, L., 515
Unger, W.S., 393
Urban Institute, 469
Urbina, S., 248
U.S. Public Health Service, 463

Vaillant, G.E., 101, 512
Valenstein, E., 536, 548
VandeCreek, L., 625
Vandehey, M., 624
VandenBos, G.R., 515
Van der Maas, H.L.J., 228
Vane, J.R., 252
Van Hasselt, V.B., 181
Van Horne, B.A., 625
Vasquez, M.J.T., 141, 626
Velting, O.N., 493
Verduin, T.L., 432
Vermande, M.M., 100
Vernon, C.E., 239
Viene, D., 84
Vieth, A.Z., 161
Vincent, G.M., 113
Vinokurov, A., 639
Vinson, D.C., 181
Vitiello, B., 491
Vittengl, J.R., 438

Wada, J., 544
Waddell, M.T., 357
Wadden, T.A., 527
Wadley, V., 220
Wadsworth, M.E.,
Waehler, C.A., 443
Wakefield, P.J., 385
Waldman, I.D., 482
Walker, B.B., 189,
Walker, C.M., 528
Walker, E.F., 571
Wallen, R.W., 159
Waller, N.G., 249
Walter, A., 168
Walton, J.M., 84
Wamboldt, M.Z., 396, 482
Wampold, B.E., 441, 443
Wang, C.K., 23, 273
Wang, P.S., 518
Wapner, W., 546
Ward, C.H., 161-162
Ward, J.C., 218
Ward, L.C., 247
Ward, M.P., 318
Watkins, L.E., Jr., 255
Watkins, L.R., 509
Watson, D., 52-53, 56
Watson, R.I., 103-104
Watson, R.T.,548
Wattenberg, M.S., 393
Watts, R., 406
Weakland, J.H., 76, 401
Wearden, A.J., 78
Weaver, C.M., 131
Weaver, W., 628-629
Wechsler, D., 233-236, 477
Wedding, D.,326, 638
Weeks, G.R., 404
Weick, K.E., 187
Weishaar, M.E., 368
Weiss, B., 181, 437
Weiss, R.D., 494
Weissberg, R.P., 324
Weissman, H.N., 591
Weissman, M.M., 658
Weisz, J.R.,401-402, 410, 427, 436-437, 468, 487, 493-495
Wells, K.B., 184,
Wells, K.C., 451
Werner, E.E., 463
Wessinger, C.M., 551
West, M., 183
Westen, D., 443
Wetchler, J.L., 396
Whisman, M.A., 450
Wicherski, M., 6, 9, 24, 32, 639, 675
Widiger, T., 104, 119
Widiger, T.A., 181
Wiggins, J.G., 119, 121
Wiggins, J.S., 124-125
Wilk, S.L., 142
Wilkins, S.S., 582
Wilkinson, G.S., 238
Wilkosz, P.A., 553
Williams, C.L., 26, 32
Williams, C.R., 160
Williams, J.B.W., 183
Williams, J.M.G., 188
Williams, O.B.,244-245
Williams, R.E., 294
Williams, S., 518
Williams, T.R., 521
Williamson, J., 529
Wills, R.M., 449
Wills, T.A., 514
Wilson, G.T., 453
Winerman, L., 645
Wing, S., 517
Winokur, M., 283
Winsor, A.P., 478
Winters, K.C., 193
Witmer, L., 40-42, 44
Wittchen, H.U., 164
Wolfe, B., 355,
Wolfe, D.A., 468, 483
Wolfenstein, M., 161
Wolfson, D., 555
Wolitzky, D.L., 320, 323
Wollard, J.L., 451
Wolpe, J., 70, 354
Wong, N., 23 150, 256,
Wood, J.M., 477
Woodcock, R.W., 237, 477
Woodworth, R.S., 241
Woody, S.R., 296
Wortman, C.B., 511, 514
Wright, J.H.,134, 362, 367
Wright, M.O., 371-372, 378, 385
Wright, R.H., 617
Wulfert, E., 105, 107
Wyckoff, L., 325, 384
Wyer, M.M., 594
Wynder, E.L., 521

Yeh, C.J., 411
Yerkes, R.M., 54
Yost, E.B., 385
Young, L.D., 161
Young, R.M.,521
Yourtee, E.,529
Yutrzenka, B.A., 127, 177

Zald, D.H., 122
Zaza, C., 415
Zeichner, A., 529
Zeiss, R.A., 123
Zero to Three, 481
Zigler, E., 409, 451
Zimbardo, P.G., 184
Zimmerman, M.A., 409
Ziskin, J., 124
Zoellner, L.A., 452
Zola-Morgan, S., 538
Zubin, J., 84
Zuckerman, E.L., 411-412
Zur, O., 624
Zytowski, D.G., 239

KONU DİZİNİ

Abuli 553
Achenbach görgül (ampirik) değerlendirme sistemi 475
Adler'in bireysel psikolojisi 321
Agnozi 539, 549-550
Akıcı zeka 236
Akılcı duygusal davranış terapisi 368-369
Akinetik konuşmama bozukluğu 553
Aktarım 134, 308-310, 312, 315-316, 319, 321, 326, 345, 386, 419
Aktif dinleme 170, 173, 332, 345
Alternatif tedaviler 13
Amerikan klinik psikologlar derneği 59
Amerikan psikoloji derneği 21, 41, 60, 84, 154, 224, 257, 395, 405, 439, 443-444, 447, 569, 591, 605
Amerikan uygulamalı psikoloji derneği 59
Analog araştırma 435
Anormal çocuk psikolojisi 662
Anosognozi 546-547, 558
Apraksi 539
Aprosodi 546
Asperger bozukluğu 486-487, 489, 501
Atılganlık eğitimi 350, 357-358, 370

Başa çıkma stratejileri 505, 511
Beklenti bulantısı 523
Bilgilendirilmiş onam 224, 288, 290, 298, 621, 624
Bilimci – uygulamacı 27, 444
Bilişsel aracılık 365
Bilişsel yeniden yapılandırma 522, 526
Bilişsel-davranışçı tedavi 394, 501
Bireysel psikoloji 319, 321, 436,
Birincil önleme 408-410
Boşanma süreçlerinde çocuk 593, 600

Ceza ehliyeti 569,
Çalışma ehliyeti 6-7, 10-11, 13-14, 34, 613, 616-617, 620, 631, 652-653, 656, 665, 692
Çapa takılması 118,
Çıkar çatışması 290
Çocuk koruma konularında psikolojik değerlendirme kılavuzu 142
Çok kültürlülük 497-498, 500, 603

Danışan merkezli tedavi 279, 333, 332, 490
Danışma psikolojisi 653, 682,
Davranış tekrarlama 524
Davranışsal tıp dergisi 506
Derecelendiriciler arası güvenirlik 104

Dış geçerlik 432-434, 454
Dışsallaştırma sorunları 401
Düzenlenmiş bakım hizmetleri 109, 653,
(Kitabın bazı bölümlerinde yönlendirilmiş bakım eşanlamlı olarak kullanılmıştır.)

Edimsel koşullanma 349-350, 360, 386, 467
Ego 55, 64-65, 109, 240, 248, 305-306, 318, 322-324, 344
Eğitimsel ve psikolojik test etme için standartlar 142
Eklektisizm 29
Ekolali 553
Ekolojik geçerlik 187, 199
Ektopi (yer değişimi) 560
Eş zamanlı agnozi 549
Eşpotansiyellilik 538
Etik kural 144, 288
Etki büyüklüğü 122, 260, 438, 441, 493-494
Etnisite 639

Farkındalık 50, 64, 178, 180, 211, 304-305, 330, 338-339, 345, 389, 413, 415-416, 420, 511, 548, 619, 624, 639-641
Farklılık 24, 117, 228, 259, 279, 329, 342, 408, 436, 482, 543, 557, 560, 591, 616, 642

Federal çalışan sağlığı menfaatleri yasası 633
Federal iş kazaları telafi programı 633
Frenoloji (kafatası ölçümü bilimi) 46, 537, 538

Geçerlik 95, 126, 129-130, 136, 145, 149, 158, 180, 182, 184, 187, 199, 201, 205-207, 211-212, 226, 229, 235, 238-239, 242, 244, 246, 248, 256-257, 261-262, 432-434, 436, 454-455, 539
Genel uyum sendromu 508
Gerçekleştirme eğilimi 67
Gidişat 112
Güçlendirme 407, 409
Güvenirlik 95, 101, 103-104, 126-130, 132, 136, 143-145, 166, 180-182, 184, 199-200, 205, 212, 226, 232, 235-236, 239, 246, 248-249, 256, 261

Hastalıkların uluslararası sınıflandırılması 100
Hastayla ortak görgül çalışma 371
Hayalet ağrı 522
Hemzaman geçerlik 129

İç geçerlik 434, 436, 455
İçerik geçerliği 129
İçselleştirme sorunları 441,
İnsancıl psikoterapi 65, 270, 297, 327, 343, 344, 346, 447, 490,
İstatistiksel yordama 120, 122-124
İstihdamda fırsat eşitliği komisyonu 142,
İzlerlik 385, 530

Kanıta dayalı uygulama 27-28, 99, 452, 455
Kanıta dayalı uygulamalarla ilgili başkanlık çalışma grubu 443
Katılımlı model 360
Kaygı bozuklukları 3, 104, 106, 155, 166, 193, 271, 393, 397, 452, 468, 480, 483, 485
Kendi kendine uygulanan tedaviler 412
Kendini toparlama gücü süreci 512
Kısıtlı çalışma ehliyetli psikolog 7
Kişilerarası psikoterapi 442, 455, 525, 619
Klinik bilimci modeli 652, 692,
Klinik çocuk ve ergen psikolojisi dergisi 444, 494, 670,
Klinik çocuk ve ergen psikolojisi topluluğu 494, 501
Klinik psikolojide test etme 15, 536
Klinik sezgi 116, 124, 145
Klinik yordama 120, 123
Konuşma bozukluğu 539
Koşulsuz olumlu kabul 275, 279, 298, 329-331, 334, 346
Kristalize zekâ 236
Kurumsal inceleme kurulu 9

Lezbiyen, gay ve biseksüel danışanlarla psikoterapi için yönergeler 627

Madde kötüye kullanımına 69, 104, 271, 277, 291, 356, 360, 451, 455, 497, 531,
Maneviyat 389, 413, 415-416, 420
Maruz bırakma teknikleri 357
Mesleki uygulama geliştirme komitesi 21
Meslekten olmayan çalışanlar 555
Mizaç 467
Müdahale 11-13, 31, 57, 75, 77, 82, 109, 205, 267, 280, 298, 327, 343, 384, 386, 389-390, 395, 397, 401, 405-406, 408, 420, 423, 425, 427-428, 434, 438, 449, 454, 463, 467, 498, 521-522, 524-525, 527, 531-532, 535, 545, 560, 563-564, 570, 611, 619, 634, 663

Nesne ilişkileri kuramı 322

Obsesif kompulsif bozukluk 354, 357
Ölçüt geçerliği 130
Önleyici müdahale 76, 449, 450, 452, 520

Özgül duygulanım kodlama sistemi 195
Özümseme bütünleştirmesi 339, 551

Patojenik stresörler 78
Pozitif psikoloji 107, 497, 512-513, 642-643, 652
Pozitif psikoloji değerlendirme elkitabı 107
Prosopagnozi 538
Psikanalitik yönelimli psikoterapi 320, 344
Psikanaliz 56, 62, 66, 68, 71-72, 303, 313, 316, 318, 320-321, 325, 345-346, 619
Psikiyatrlar 100
Psikodinamik tanı el kitabı 107
Psikolojik bozuklukların eş zamanlı oluşları 104, 110
Psikolojik değerlendirme çalışma grubu 259
Psikolojik hizmet sağlayıcılar için genel kılavuz 142
Psikolojik klinik bilimler akademisi 611, 613, 615, 648, 674, 692-693
Psikolojik otopsiler 570, 586-589, 600
Psikonöroimmünoloji 510
Psikosomatik tıp 506
Psişik belirleyicilik 309

Reçete yazma ayrıcalığı 636
Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal elkitabı 100
Ruhsal durum muayenesi 151
Ruhsal hastalık 30, 49, 51, 54, 582

Sağlık inanç modeli 528
Sağlık sigortasının taşınabilirliği ve yükümlülüğü girişimi 627
Sanal gerçeklik değerlendirmesi 207
Seçme özgürlüğü yasası 632
Sorun odaklı başa çıkma 512
Sosyal çalışmacılar 11-12, 19, 34-35, 439, 631

Stres 16, 78-79, 105, 112, 133, 193-194, 247, 269, 274, 379, 385, 409, 414-415, 478, 485, 505, 507-511, 514, 516, 519, 521-523, 530-531, 536, 584-586, 593
Stresörler 507-511, 517-518, 531

Tamamlayıcı/alternatif tıp 389, 413, 416, 421,
Taşırma 356
Terapötik ittifak 279-280, 294, 298, 324, 447-448, 454, 495
Test-tekrar test güvenirliği 128, 181, 227, 232, 235, 236, 248, 475
Tiksindirme tedavisi 360, 361, 385,
Toplum psikolojisi 389, 404-407, 420-421, 450
Toplum psikolojisi dergisi 406

Ulusal sağlık hizmetleri korporasyonu 659
Uluslararası nöropsikoloji topluluğu 563
Uluslararası test birliği 223
Uymama 528-530
Üçüncü taraf 587, 598, 632
Üstbenlik 134

Yaklaşımlar 3, 33-34, 39, 61, 67, 74-75, 77, 82-85, 87, 107, 117, 136, 188, 283, 293, 299, 303, 305, 319, 323, 325, 327, 338, 341-346, 349, 377, 389-390, 415-416, 419-420, 493, 499, 555, 557, 569, 589
Yaşam becerileri eğitim programı 497
Yatkınlık 78-79, 511
Yaygınlaştırma 406, 644, 646
Yeterlik 143, 298, 338, 514, 573, 599, 639, 641, 647
Yordama 91, 99, 112, 115, 120, 122-124, 127, 144-145, 182
Yordayıcı güç 103

(bknz. düzenlenmiş eşanlamlı olarak hizmetleri.)

Yürürlükteki değerler 107

Tablo X Klinik Psikoloji Tarihinde Önemli Olay ve Tarihler

1879 Wilhelm Wundt ilk resmi psikoloji laboratuvarını Leipzig Üniversitesinde kurdu.

1885 Sir Francis Galton ilk zihinsel test merkezini Londra South Kensington Müzesinde kurdu.

1890 James McKeen Cattell *zihinsel (mental) test* terimini ilk kez kullandı.

1892 Amerikan Psikoloji Derneği (APA) kuruldu.

1895 Breuer ve Freud *Histeri Üzerine Çalışmalar* kitabını yayınladılar.

1896 Lightner Witmer Pennsylvania Üniversitesinde ilk psikoloji kliniğini kurdu.

1905 Binet-Simon Zekâ Ölçeği Fransa'da yayınlandı.

1907 Witmer ilk klinik dergi olan *The Psychological Clinic*'i kurdu.

1908 İlk klinik intörnlük Vineland Training School'da verildi.

1909 William Healy ilk çocuk rehberlik merkezini Chicago'da Genç Psikopatisi Enstitüsünde kurdu.

Freud, Clark Üniversitesinde ders verdi.

1910 Binet-Simon Zekâ Ölçeğinin 1908 revizyonunun Goddard tarafından yapılan İngilizce çevirisi yayınlandı.

1912 J.B. Watson *Bir Davranışçının Gördüğü Şekliyle Psikoloji* eserini yayınladı.

1916 Terman'ın Stanford-Binet Zekâ Testi yayınlandı.

1917 Klinisyenler APA'dan ayrılarak Amerikan Klinik Psikoloji Derneğini (AACP) kurdular.

1919 AACP, APA ile klinik birimi olarak tekrar birleşti.

1920 Watson ve Rayner bir çocuğun korkuyu öğrenebildiğini gösterdiler.

1921 James McKeen Cattell Psychological Corporation'ı kurdu.

1924 Mary Cover Jones çocukların korkularını ortadan kaldırmak için öğrenme ilkelerini kullandı.

1931 APA'nın klinik birimi eğitim standartları konusunda bir komite oluşturdu.

1935 Tematik Algı Testi (Thematic Apperception Test /TAT) yayınlandı.

1937 APA'nın klinik birimi ayrılarak Amerikan Uygulamalı Psikoloji Derneğini (AAAP) oluşturdu.

1938 Buros'un *Zihinsel Ölçüm Yıllığı (Mental Measurement Yearbook)* ilk kez yayınlandı.

1939 Wechsler-Bellevue Zekâ Testi yayınlandı.

1942 Carl Rogers psikodinamik terapiye bir alternatif sunan *Danışma ve Psikoterapi* kitabını yayınladı.

1943 Minnesota Çokyönlü Kişilik Envanteri (MMPI) yayınlandı.

1945 AAAP, APA ile tekrar birleşti.

Journal of Clinical Psychology yayınlandı. Connecticut Eyaleti Psikolojik Sınav Komitesi ilk psikoloji uygulama sertifikasını verdi.

1946 Gaziler İdaresi ve Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü klinik psikologların eğitimini desteklemeye başladı.

1947 Amerikan Mesleki Psikoloji Sınav Kurulu oluşturuldu.

Shakow Raporu APA'ya klinik eğitim standartlarını önerdi.

1949 Colorado konferansı klinik psikoloji alanlarında eğitim üzerine "Boulder Model"ini önerdi.

1950 APA klinik psikolojide intörnlükle ilgili kabul ettiği standartlarını ilk kez yayınladı..

1952 Amerikan Psikiyatri Derneği'nin *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-I)* kitabı yayınlandı.

1953 APA'nın *Psikologlar İçin Etik Standartları* yayınlandı.

1955 Wechsler Yetişkinler Zekâ Testi (WAIS) yayınlandı.

1956 Stanford Eğitim Konferansı yapıldı.

1958 Miami Eğitim Konferansı yapıldı.

APA'nın klinik birimi psikoterapi üzerine araştırmalar konusunda Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü destekli konferansı yaptı.

1959 Bir sigorta poliçesinde psikoterapi alımı ilk kez yer aldı.

1965 Chicago Eğitim Konferansı yapıldı.

1968 PsyD eğitim programı Illinois Üniversitsinde, Urbana-Champaign'de, ilk kez başlatıldı.

DSM-II yayınlandı.

Sağlık Sigortaları Komitesi, klinik psikologların hizmetlerinin sigorta poliçeleri yapan şirketlerce tıbbi süpervizyon gerektirmeksizin ödenmesine izin verilmesi için kampanya başlattı.

1969 California Mesleki Psikoloji Okulu kuruldu.

APA *Professional Psychology* dergisinin yayınına başladı.

1970 Savunma Bakanlığı sağlık sigorta programı klinik psikologların hizmetlerinin tıbbi sevk gerektirmeksizin ödenmesi konusunda yetkilendirme yaptı.

Birleşik Devletlerde ilk bağımsız klinik psikoloji eğitim programı olarak California Mesleki Psikoloji Okulunda dersler başladı.

1971 Klinik psikoloji için politik bir propoganda grubu olarak, *Psikolojik Mesleklerin ve Bilimlerin İlerlemesi İçin Konsey* oluşturuldu.

Journal of Clinical Child Psychology yayınlandı.

1972 Klinik Psikolojide Doktora Sonrası Eğitim üzerine Menninger Konferansı toplandı.

1973 Vail, Colorado Eğitim Konferansı yapıldı.

1974 Psikolojide Sağlık Hizmetleri Sunanlar Ulusal Kütüğü oluşturuldu.

Federal Hükümet, çalışanlarının aldıkları klinik psikolog hizmetlerini tıbbi süpervizyon ya da sevk olmaksızın ödemeye karar verdi.

APA *Psikolojik Hizmet Sunanlar için Standartları* oluşturdu.

Amerikalar arası Klinik Psikoloji Kongresi Porto Alegre, Brazil'de ilk kez yapıldı.

1977 Birleşik Devletlerin 50 Eyaletinin hepsi klinik psikologların sertifikasyon ya da çalışma ehliyetleri konusunda yasal düzenlemelere sahip oldu.

1980 *DSM-III* yayınlandı.

Smith, Glass ve Miller *Psikoterapinin Yararları eserlerini yayınladılar.*

Virginia'daki bazı sağlık sigorta şirketlerinin, sigorta poliçelerinde klinik psikologların hizmetlerinin ödenmesini reddetmesi talepleri başarıyla geri çevrildi.

1981 APA *Psikologlar İçin Etik İlkeler*'in gözden geçirilmiş baskısını yayımladı.

1983 Hastanelerin Akreditasyonu İçin Birleşik Komisyon, klinik psikologların hastane tıbbi personeli sayılmalarına izin verdi.

1987 *DSM-III-R* yayınlandı.

Psikolojide Lisansüstü Eğitim üzerine konferans Salt Lake City, Utah'da yapıldı.

1988 Amerikan Psikoloji Topluluğu (APS) kuruldu.

1990 California Yargıtayı, klinik psikologların tıbbi süpervizyon olmaksızın, bağımsız olarak hasta kabul etme, tanı koyma, tedavi etme ve taburcu etme haklarını onayladı.

Dick McFall "Klinik Psikolojinin Bilimi için bir Manifesto"yu yayınladı.

1993 Binbaşı John L. Sexton veMorgan T. Sammons Walter Reed Ordu Tıp Merkezinde psikofarmakoloji programını tamamlayarak psikoaktif ilaçları yazmaya yasal izin elde etmiş ilk psikologlar oldular.

1994 *DSM-IV* yayınlandı.

Sosyal Güvenlik Yasası, psikologların bağımsız uygulama yapmalarını ve tıbbi bakım sisteminde hastane hizmetlerinden ödeme almalarını garanti altına aldı.

Psikolojik Klinik Bilimler Akademisi kuruldu.

1995 APA klinik psikologlar çalışma grubu, görgül olarak kanıtlanmış psikoterapiler listesini ve öğrencilere bunları kullanmak üzere eğitilmeleri çağrısını yayınladı.

1996 Dorothy W. Cantor PhD yerine PsyD derecesi olan ilk APA Başkanı oldu.

2000 *DSM-IV-TR* yayınlandı.

2002 New Mexico Eyaleti, özel olarak eğitilmiş klinik psikologlara reçete yazma yetkisi verdi.

2005 APA kanıta dayalı uygulamalar üzerine bir Başkanlık Çalışma Grubuna destek oldu..

2006 Psikologlar, yönlendirilmiş bakım şirketlerinin federal yasaları ihlâl ederek ödemeleri azaltma ve geciktirme komplosu kurdukları iddiasıyla açılan mahkemeyi 2 yıl içinde ikinci kez kazandılar.

2008 Birleşik Devletler Temsilciler Meclisi, ruh sağlığı eşitliğini gerektiren yasal düzenlemeyi yaptı (*The Paul Wellstone Mental Health and Addiction Equity Act of 2007*).