

Kâğıtçıbaşı, Ç. «Sosyal İlim Metodolojisi: Köy ve nüfus Araştırmaları, İzmir Araştırması» Türkiye'de Sosyal Araştırmaların Gelişmesi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları D-11, 1970.

Kâğıtçıbaşı, Ç. Sosyal Değişmenin Psikolojik Boyutları, Ankara: Sosyal Bilimler Derneği Yayınları: A-5, 1972.

Medinnus, G.R. Readings in the Psychology of Parent - Child Relations, New York: J. Wiley and Sons Inc, 1967.

Smith, H.T. «A Comparison of Interview and Observation Measures of Mother Behaviour» Readings in the Psychology of Parent - Child Relations, Editör: G.R. Medinnus, New York: J. Wiley and Sons Inc 1967.

Watson, G. «Some Personality Differences in Children Related to Strict or Permissive Pa-

rental Discipline» Readings in the Psychology of Parent - Child Relations, Editör: G.R. Medinnus, New York: J. Wiley and Sons Inc, 1967.

Yarrow, M.R. «Problems of Methods in Parent - Child Research» Readings in the Psychology of Parent - Child Relations, Editör: G.R. Medinnus, New York: J. Wiley and Sons Inc, 1967.

Yarrow, M.R., J.D. Campbell, R.V. Burton. Child Rearing: An Inquiry into Research and Methods, San Francisco: Jossey - Bass Inc, Publishers 1968.

Dr. Sevda Özgökmen ULUTEKİN
Hacettepe Üniversitesi
Sosyal ve İdari Bilimler Fakültesi
Sosyal Çalışma ve Sosyal Hizmetler Akademisi
Bölümü
Öğretim Görevlisi

* Davranış tedavi tekniklerinden "Sistemik duyarsızlaştırma,,

Buket TEGİN

Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü

Seneler önce hayvanlar üzerinde yapılmış olan deney ve çalışmalarda deneysel nevrozlar oluşturulmuş ve ortadan kaldırılabilmektedir. Bu çalışmaların verdiği sonuçlar, nevrozların öğrenme veya şartlanma sonucu oluşan uyumsuz davranış alışkanlıkları olduğunu göstermiştir. Buna göre, bu durumların tedavisi de bu alışkanlıkların söndürülmesi ile olmaktadır. O halde kabaca tanımlarsak davranış tedavisi dediğimiz zaman şunu anlıyoruz: Davranış tedavisi (terapisi), öğrenilmiş olan yanlış veya nevroitik davranış alışkanlıklarının, yine öğrenme ilkelerinin deneysel tarzda uygulanması ile ortadan kaldırılması ve bazen yerine yeni olumlu davranışların şartlandırılmasını amaç edinen bir tedavi şeklidir.

Bu tanımlı takiben, davranış tedavisinin bilimsel gelişimine göz atarsak, normal davranışların laboratuvarında araştırılması ve anlaşılmasından sonra elde edilen bilgilerle bazı anormal davranış şekillerinin özellikleri için gerekli olabilecek denemeler (hipotezler) ortaya atıldığını görürüz. Kavramsal olarak

davranış terapisinin ilk uygulanması 1920 lerde Watson ve Rayner'in «küçük Albert» deneyi ile başlar. Beyaz bir fareden korkmaya şartlandırılmış olan Albert'in korkusu genelleme ile diğer kürklü objelerden de kokmasına yol açmıştır. Bu şartlanmış korkunun ortadan kalkması için bazı olası yollar önerilmiştir. Bunlar:

1 — Deneysel söndürme (Experimental extinction)

2 — Korkulan objenin çevresinde ona ketvuran başka uğraşların yer alması,

3 — Korkulan objenin yanında çocuğun başka olumlu bir uyarıcıya şartlama (reconditioning) gibi.

Ancak bu yollar Albert üzerinde denenmemiştir, çünkü Albert bazı nedenlerle hastaneyi terketmiştir.

Birkaç yıl sonra Watson ve Rayner'in önerileri, Mary Jones 1924 tarafından çocukların fobilerine bağlı olarak benimsenmiştir. Yöntem şöyle tanımlanmıştır. Çocuk açken yüksek

bir sandalyeye oturtulur ve yemesi için bir şeyler verilir. Çocuğun korktuğu obje içeri alınır ve çocuğun yeme faaliyetini rahatsız etmeyecek bir uzaklığa yerleştirilir, yaklaştırılır yada uzaklaştırılır. Korkma içtepisinin ve açlık içtepisinin birbirine nisbi kuvveti korkulan objenin ne derece uygun bir uzaklığa getirilmesi-ne bağlıdır. Yani korku objesi ne kadarlık bir uzaklığa getirildiğinde çocuk hem yemesine devam edecek hem de objeye olumsuz tepki göstermeyecektir. Çocuk yerken obje yavaş yavaş çocuğun yemek yediği masanın yakınına getirilir ve sonra insanın üstüne, daha sonra, tolerans arttıkça çocuğun dokunabileceği kadar yakınına konur.

Davranış terapisinin amacını tekrar özetlersek, istenilmeyen alışkanlıkların değiştirilmesi yada ortadan kaldırılması diyebiliriz. Bu amaca ulaşma bir veya birden fazla şartlama operasyonlarının uygulanmasına bağlı olmaktadır.

Bunlar :

- 1 — Karşıt şartlama (counter - conditioning) :
 - a - Karşılıklı ketvurma (reciprocal inhibition) ;
 - b - Sistematik duyarsızlaştırma (systematik desensitization)
- 2 — Olumlu tekrar şartlama (positive reconditioning) ;
- 3 — Deneysel söndürme (Experimental extinction)

Bizim burada ele alacağımız, daha çok ilk kategori olacaktır. Sistematik duyarsızlaştırmanın gelişiminde temeli oluşturan «karşılıklı ketvurma yönetiminin genel ilkesi şudur : «Eğer kaygı doğuran uyarıcının mevcut olduğu sırada, kaygıya ketvuran (onu önleyen) bir tepki yaratılabilirse, bu kaygı doğuran uyarıcı ile ona tepki olan kaygı veya korku arasında kurulu olan bağ zayıflamış olur. Yukarıda verilen aç çocuk örneğinde olduğu gibi.

Buna benzer olarak hastanın rahatlatılması (relaxation) ve hasta rahatlamış gevşemiş bir durumda iken, bu esnada kaygı veya korku doğuran uyarıcının sunulması, sistematik duyarsızlaştırma yönteminin uygulama koşullarıdır.

SİSTEMATİK DUYARSIZLAŞTIRMA YÖNTEMİ VE UYGULAMASI

Genellikle davranış terapilerinde bir vakanın öncelikle tarihe bakımından araştırılması gerekmektedir. Bu, bildiğimiz klinik hikâyenin alınmasıdır. Her klinikçinin alacağı tarzda bir hikâye alınır, ancak davranışsal tedavi yaklaşımında soruların sorulma tarzı ve yönü biraz daha değişiktir. Hastaya açık seçik konuya yönelik sorular doğrudan doğruya sorulabilir. Hastayı takip ve tedavi planı ise şöyle özetlenebilir :

1 — Uyarıcı - tepki ilişkilerinin araştırılması (stimulus - response relations) ;

Bu kesimde, hastanın nevroitik tepkileri araştırılır. Örneğin hangi koşul ya da durumlarda hasta bir davranışa şartlanmış ve bunu nelere genellemiştir? Geçmişteki korkuları, şimdiki genellemeleri, ikincil kazançları nelerdir? Özellikle davranış tedavisinde önemli olan hastanın şimdiki ilişkilerinin davranışlarının neler olduğu araştırılır.

Davranış terapisinde başarı, davranış, tepki veya alışkanlıkların uyarıcı etkenlerinin neler olduğunun doğru olarak ortaya çıkarılabilmesine bağlıdır. Bu nedenle amaca yönelik, açık soruların sorulması tercih edilir.

II — Yaşam hikâyesi

- A — Aile hikâyesi - Çocukluk, vb...
- B — Eğitim hikâyesi,
- C — Cinsel hikâye,
- D — Sosyal etkileşimler.

Bu kesimde sorulara ve sorulma tarzlarına bir iki örnek : Babasını nasıl tanır? Ceza veren bir baba mı? Aile içinde hasta için önemli olan yetişkinler varmı, kimler? Şimdiki sosyal ilişkileri neler ve nasıl? Yakın arkadaşları var mı? Okula gitmeyi sever miydi? Akademik başarısı nasıl? İlk cinsel ilgisi ne zaman başladı? gibi.

III, Terapinin ne olduğu, amacı ve stratejisinin hasta ile tartışılması

Nevrotik korkunun ne olduğunun anlaşılmasında yarar vardır. Bu tür korkuya örnek olarak asansör ya da kapalı küçük yer fobileri verilebilir. Bu örneklerdeki fobik tepki ya da nevroitik korku, kişinin bir gün içinde bulunduğu bir asansörün ara katta takılıp kalması sonucu asansörün içinde hapis kalması ile başlamış olabilir. Kişinin böyle bir durumdaki korkusu normaldir, ancak bu sonraları kişi tarafından günlük yaşamında yer, biçim ve kapsam değiştirilerek başka yeni durumlara genellenirse nevroitik korku ya da fobik tepkiye dönüşmüş olur. Örneğin, küçük bir odada olmaktan korkma, yalnız kalmaktan, karanlıktan korkma.

Bu kesimde hastaya öğrenme ve ilkeleri hakkında bilgi basit günlük örneklerle açıklık kazandırarak verebilir. ayrıca daha sonraki kesimlerde terapistin gerekli olabilecek bilgilerin edinilmesine yardımcı olmak üzere bazı soru listeleri de verilebilir. The Willoughby Schedule (Clark Thurstone Envanterlerinin kısaltılmış formu); A Fear survey schedule ve Bernreuter Self-Sufficiency Scale gibi Türkçeleştirilmiş envanter ve soru listeleri yoluyla hastanın nevroitik tepki ve heyecansal duyarlılık alanları, korkuları, bağımlılık eğilim ve alışkanlıkları hakkında bilgi edinilebilir.

Bu bilgilerin yanısıra sistematik duyar-

sızlaştırma yönteminin etki sahasına yalnız fizik tepkilerin değil diğer nevrotik bozuklukların da girdiğini belirtmek yerine olur. Bu yaklaşım ve tedavi anlayışı bilimsel ilkelere dayalı olması ve araştırmaya açık olması nedeniyle umut vericidir.

Sistemantik duyarsızlaştırma yönteminin kapsam ve amacıyla rahatlatılmış olan hastanın hayaline kendisine kaygı verdiği saptanan bir takım durumların sözel maddelere dönüştürülmüş olarak en az kaygı doğurandan en fazla kaygı veya korku doğuran maddeye kadar sırayla sunulması yer alır. Bu artık hasta hiçbir maddeye (duruma) kaygı duymaz hale gelene kadar uygulanır. Başka bir deyişle, kaygının beden ve duygularla oluşturduğu gerilim, sıkıntı veya bunalmın tam karşıtı olan ve gerginliğin ketvurucusu olan gevşeklik hali sağlandıktan sonra, hasta önceleri kendisinde kaygı doğuran durumlara artık kaygı duymayacaktır. Böylece kaygı sönmüş olacaktır. Buna göre, hayalinde belli durumlara eskiden olduğu gibi artık kaygı duymayan hasta aynı durumlara gerçek yaşamında da kaygı duymayacaktır.

Sistemantik duyarsızlaştırma üç işlem grubundan oluşmaktadır.

Bunlar :

1 — Adale veya kasların gevşetilmesi (relaxation training)

2 — Kaygı mertebelerinin geliştirilmesi (development of anxiety hierarchy),

3 — Gevşeklik halinin mertebelerdeki kaygı doğuran uyarıcılarla karşıt etkileşime yani karşıt şartlamaya ya da karşılıklı ketvurma etkileşimine sokulması. Buna duyarsızlaştırma süreci denmektedir.

İlk iki işlemin sıraları yer değiştirebilir.

1. Kas veya adale gruplarının gevşetilmesi eğitimi konusunda Wolpe'nin yaklaşımı genellikle benimsenmektedir. Wolpe'nin rahatlatma eğitimi, sırasıyla kollar bacaklar, göğüs, boyun ve yüz adalelerini kapsar.

2. Kaygı mertebelerinin oluşturulması aşamasında, hastanın korku ve kaygılarına neden olabilecek her bir uyarıcı durumunun ortaya çıkarılmasına çalışılır. Bir kişi de kaygı doğuran birden fazla uyarıcı teması mevcut olabilir. Örneğin, yükseklik korkusu; ya da daha da az belirgin olabilir; örneğin reddedilme korkusu.

Mertebelerin oluşturulmasına genellikle rahatlatma eğitiminin başlatıldığı sıralarda geçilir. Yalnız dikkat edilmesi gereken nokta, mertebelerin oluşumuna yönelik bilginin, yani kaygı durumlarının araştırılarak saptanmasının hiçbir zaman hastanın rahat ve gevşek olduğu bir ana rastlatılmaması hususudur. Zira bu esnada hasta nispeten rahat olduğundan kaygı düzeyi düşmüş olacaktır.

Mertebe oluşturmak için toplanacak bilgi üç ana kaynaktan derlenebilir. Bunlar :

1. hastanın hikayesi,

2 — Willoughby Schedule ve diğer korku listelerinde verdiği bilgiler,

3 — Hastaya, bizzat hangi durumlarda kaygı veya korku duyduğunun zaman zaman sorulması sonucu alınan bilgi. Bazı hallerde hastaya ev ödevi gibi bu durumları evde aklına geldikçe kaydedip sıraya koyması da söylenebilir. Kaba bilgiler toplandıktan sonra terapist bunları, eğer birden fazla tema varsa, her bir temanın altına düşenleri ayırmak suretiyle gruplara ayırır. Her bir temaya ait maddeler oluşur, bir veya birden fazla liste ortaya çıkar. Bu listeler hastaya verilir ve onun her bir maddenin kendisinde yarattığı kaygı veya korku derecesine göre maddelerden az kaygı doğurandan en fazla kaygı doğurana doğru numaralaması ya da sıralaması istenir. Genellikle listenin en altında en az kaygı doğuran madde en üstünde de en fazla kaygı doğuran madde yer alır. Beliren maddelerin her birinin mutlaka hasta tarafından bizzat gerçek yaşamında yaşanmış olmasına gerek yoktur. Bazı maddeler yaşanmamış oldukları halde yaşanmış veya denenmiş olanlardan saptanarak ortaya çıkabilirler ve tamamen hayal mahsulü olabilirler; ancak, hasta böyle bir maddeyi hayalinde canlandırıldığı zaman da belli bir düzeyde kaygı duyuyor olabilmelidir. Bu gibi durumlar hasta şu soru ile karşılaştırılır: «Eğer sen durumunda olsan herhangi bir sıkıntı veya kaygı duyarmısın?» Bu soruyu cevaplamak için hastanın hayalinde kendisine özel olarak sunulan durumu canlandırması, sanki onu yaşıyormuş gibi algılaması gerekmektedir. Bu hayali ve yaşanmamış durumlara olan kaygı tepkisi ile gerçek durumlara olan kaygı tepkisi arasında istatistik fark bulunmamıştır. Bazı durumlarda hasta hayali durumlara gerçek durumlarda olduğunca kaygı veya korku duymayabilir. Kaygı veya korku mertebelerinin oluşturulması bilhassa toplanan materyalin geçerliği ve güvenilirliği açısından oldukça zordur.

Yukarıdaki iki aşama bittikten sonra duyarsızlaştırmaya başlanır. Derin bir gevşemeye girmiş olan hastaya mertebenin en altındaki en az kaygı dereceli maddenin sunulması ile işe başlanır ve terdricen daha fazla kaygı yüklü maddelere geçilir. Hasta her madde için hiç bir kaygı duymayana kadar buna devam edilir. Eğer listedeki her hangi bir madde de huzursuzluğu geçmezse ve bu az da olsa, terapist şu yönergeyi verir: «Şimdi şu rahatlığının içinde sana sunulan durumları hayalinde canlandırıcaksın. Bu durumların hepsi senin şu andaki rahatlığımı azaltıcı veya kay-

gi doğurucu olmayabilir. Ama eğer kendini rahatsız edici hissedersen sol işaret parmağını hemen o maddeden sonra kaldır böylelikle ben de hangi maddenin seni rahatsız ettiğini anlayabileyim.» Hastanın kaygı duyduğu madde hastaya bu kaygısı azalıp söne kadar sunulur. Mertebelerin sunulması genellikle birden fazla seans alır. Eğer bir evvelki seansa, diğelimki onbeş maddelik listenin dokuzuncu maddesinde kaygının tam anlamıyla kaybolmaması nedeniyle takılınıp kalınmışsa bir sonraki seansa bu dokuzuncu maddeyle başlanır. Eğer bir evvelki seansa son olarak sunulmuş olan madde hastada hiç bir kaygı doğurmamışsa veya doğurmuş olup o seansa tekrarlama sonunda kaygı kaybolmuşsa bir sonraki seansa bir sonraki yeni maddeden başlanır ve devam edilir. Bir seansa kaç mertebenin veya temanın, bu tema veya mertebelerin altındaki kaç uyarının ve herbirinin kaç defa hastaya sunulacağı değişiklik gösterir. Genellikle, bir seansa hastaya dört tema birden sunulabilmektedir. Herbir uyarının ise üç veya daha fazla tekrara gerek duyurabilmektedir. Sunulacak uyarıların sayısı, hastanın bir seans süresindeki dayanma gücüne ve zamana bağlıdır. Terapi devamınca ilk başlardaki seanslarda bu sayı otuz ile elliye kadar yükselir. Herbir maddenin (uyarının) sunulduğu 5 saniyelik bir zaman aralığını kapsar ama bu, duruma göre değişebilir. Bazı hastalar herhangi bir (uyaran) madde de belirtilen durumu ancak 15 saniyede hayalinde canlandırabilmektedir. Maddeler arasındaki zaman aralığı genellikle 10 veya 20 saniye olmaktadır. Fakat örneğin, hasta bir önceki maddeden rahatsız olmuş ise bir sonraki maddeye geçmek için bir saniye veya daha fazla beklenebilir ve bu sırada hastaya sakin ve rahat olması için telkininde bulunulur.

Örneğin :

Bir hastanın korkularının kaba listesinde aşağıdaki korku temaları saptanmıştır. Yükseklik, asansör, kalabalık yerler, karanlık, yalnızlık, ölüm, enjeksiyon, ilaç, kazalar vb. Bu korku temalarından bir tanesinin açılması ve mertebe oluşumu için önce korku temaları arasında kapsam bakımından ortaklık gösterenler, biraraya getirilip tek bir korku teması altında birleştirilebilir.

- A — Yükseklik,
- B — Küçük kapalı yer,
- C — Yalnızlık,
- D — Hastalık ve benzeri korkular, temaları sıralanabilir. Bunlardan,

D grubu için oluşturulan mertebe.
(Aşağıdan yukarıya doğru maddelerin kaygı derecesi artmaktadır).

- 1 — Hemen bayılacakmış gibi hissetme,
- 2 — Arkaya düşme,
- 3 — Başta hafiflik hissetme,
- 4 — Şiddetli baş dönmesi,
- 5 — Orta kuvvette baş dönmesi,
- 6 — Eter kokusu,
- 7 — İğne olma,
- 8 — Kalbin kuvvetle artması,
- 9 — Dizlerde dermansızlık,
- 10 — Sargı bezi görme,

Yukarıdaki genel tanıtımdan sonra şunu da belirtmek gerekir ki fobik reaksiyonların veya diğer nevroitik alışkanlıkların sistematik duyarsızlaştırma yönetimi ile tedavi fikri pek de yeni değildir. Yeni olan, bu yaklaşım tarzına kuramsal açıklamanın getirilmesi, terapistin bu yaklaşımında kontrolü tamamen elinde bulundurmasıdır. Sistematik duyarsızlaştırma yöntemi yalnız bireysel tedavilerde değil grup tedavisinde kullanılmaktadır. Bu tedavinin uygulandığı ve sonuçların alındığı klinik bir vaka örneği derginin bir sonraki sayısında yayınlanacaktır.

KAYNAKLAR

Donnen, I. Behavioral response and the rapy. «Automated group desensitization - A follow - up report. Vol 8, pp. 241 - 247. Pergamon Press, England; 1970

2) Franks, Cyril M. Behavior Therapy : Appraisal and status. Mc graw Hill, Inc, 1969

3) Kraft, T. Behavioral response and therapy. «Fory patients treated by systematic desensitization» Vol. 8, pp. 219 - 220. Pergamon Press, England, 1970.

4) Rimm, C. David; Mereiros, C.D. Behavioral response and therapy. «The role of muscle relaxation in participant modeling.» Vol. 8, pp. 127 - 130. Pergamon Press, England, 1990

5) Ullman, L.F; Krashner L. Case studies in Behavior Modification. Holt Rinehart and Winston, Nnc, 1966.

6) Wolpe, J. The Practice of Behavior Therapy. Pergamon Press, Inc., Newyork. 1969,