

# DAVRANIŞIN DEĞERLENDİRİLMESİ FONKSİYONEL (DAVRANIŞSAL - ANALİTİK) YAKLAŞIM

Psk. Neşe Erol  
Gülhane Askeri Tıp Akademisi  
Psikiyatri Kliniği

Psikologlar, klinik psikoloji alanında sıklıkla tanı koyma ve değerlendirme işlevleri ile ilgilenmişlerdir (Carson 1958, Holt 1967). Breger (1968), tanıya yönelik test vermeye gereksinim olmadığını ileri sürerken, Swenson ve Wellner hastanelerde bu tür test uygulamanın en çok gereksinim duyulan bir işlev olduğunu vurgularlar.

Davranışsal tekniklerin kliniklerde ve psikolojinin diğer alanlarında ve bilimsel kararların verilmesinde kullanılması, psikolojik değerlendirmede diagnostik modellerle çatışan yeni modellerin gelişmesine neden olmuştur. Bunlar; Deneysel, Davranışsal, Karar verme ve Yön Eylem Araştırması modelleridir. Bu modellerin tümü sağlıtımaya açıklık, kolaylık ve kanıtlanabilen değerler getirmiştir. Bu da klinik psikologlara yeni sorumluluklar ve olanaklar yaratmakta ve psikoloğun yönetim, sağlıtım ve düzenlemeye katılımını sağlamaktadır.

Davranışsal model, kaynağını Pavlov, Watson, Dunlap, Hull ve Skinner'in davranışsal psikolojisinden alır. Modelin tanı ve değerlendirme sorunlarına uygulanması son zamanlarda olmuştur ve davranış düzenlenmesi (behavior modification) teknikleriyle ilişkilidir. Kanfer ve Saslow'a (1971) göre değerlendirmenin amacı, hangi davranış örüntüsünün değişmesi gerektiğini, değişikliği yaratan nedenleri ve hangi etkenlerin davranışı ortaya çıkardığını ve hangi koşullarda oluştuğunu bulup karar vermektir.

Burada kısaca değinilen davranışsal model fonksiyonel (davranışsal - analitik) yaklaşımla genişletmeye çalışacağım.

Son yıllarda davranış değiştirme üzerine gelişen yayınlar, öğrenme kuramlarından etkilenmiş ve etkili diagnostik sürecin değiştirilmesi gereğini ortaya koymuştur (Bandura, Ferster, Kanfer, Krasner, Ullman, Wolpe ve diğerleri).

Kanfer ve Saslow (1971) geleneksel yaklaşımla hastaları sınıflandırma ve tanı koyma sisteminin, yordayıcı geçerlik eksikliğinden dolayı sınırlandırıldığı ve bu nedenle çeşitli psikiyatrik sağlıtım ortamlarında hastaların

verdiği farklı yanıtlarla anlamlı bir yordama yapmanın güçlüğüne vurgular.

Kanfer ve Saslow tarafından sunulan davranışsal sistem, harekete yöneliktir ve hastanın sorununu tanımlamada, hastaya hangi sağlıtım yönteminin uygulanabileceğini açıklamada yararlıdır. Diğer önemli nokta ise çevresel değişkenlerin dikkate alınmasıdır çünkü bu çevre hastanın şimdiki davranış sorunları ile ilgilidir. Kanfer ve Saslow'a göre değerlendirici, kişinin davranışının fonksiyonel analizini yapmak zorundadır ve davranışsal yanıtları şu sorularla formüle eder;

a) Meydana gelme sıklığı, şiddeti, durağanlığı veya ortaya çıktığı koşullar bakımından hangi özel davranış örüntüsünde değişiklik meydana gelmektedir, b) bireyde meydana getirilmesi istenen değişiklik en kolay nasıl yapılmaktadır (çevrenin manipülasyonu, hastanın kendilik tutumunun manipülasyonu ile), c) Hangi koşullar bu duruma neden olmaktadır ve bu kazanılmış davranış hangi koşullarda ortaya çıkmaktadır. Kişilik ölçümlerinin geçmişinden alınan ders, kompleks insan davranışının birçok değişkenlerden etkilendiği, insanların ve durumlarla devamlı bir etkileşim halinde bulunduğuudur. Eğer davranış, çeşitli etkileşim değişkenleri ile belirleniyorsa, yalnız çevre veya kişiden birisine ağırlık vermek sınırlı yordama ve genellemelere neden olacaktır.

Eski ve unutulmuş bir yaklaşım da norm-merkezli ve kişi merkezli ölçümlerdir. Norm-merkezli yaklaşım, insanları birbirleriyle kıyaslar (içe dönük vb). Sonuçlar grup kıyaslamasına neden olur ve birçok araştırma sorunlarını yanıtlar (Mischel, 1968). Kişi merkezli yaklaşım ise, kişiyi yaşamındaki belli bir psikolojik durumla olan ilişkisinde ele alır. Birçok metodolojik değişim olmakla beraber yaklaşımın esasını fonksiyonel analiz meydana getirir. Burada insanların birbirleriyle nasıl kıyaslanabileceği önemli değildir, fakat yaşamlarında onlar için anlam taşıyan kişilerle etkileşimde bulduklarında belirli yollarla davranışlarını değiştirip, ideallerine nasıl yaklaştıklarını önemlidir (Kelly, 1977 Mischel 1977).

Kişilik ölçümünün geleceği kişi merkezli fonksiyonel analizle mümkün olacaktır. Bu başarıldığında, gereksinmesi olan kişiye yalnızca yararlı bir hizmet sağlanmakla kalmayıp aynı zamanda kendiliğinden davranışın temelindeki kurallar hakkında kuramsal kavramları test etme durumunu da sağlayacaktır.

Öğrenme yaklaşımı, tanı ve sağaltım açısından farklılık göstermektedir. Terapötik yaklaşım için öğrenme ile tanıya gitmenin katkısı önemlidir ve bu davranışın fonksiyonel analizi aracılığı ile yapılmaktadır. Davranışın fonksiyonel analizi, gözlenen davranışı denetleyen açık çevresel ve tarihsel değişkenleri ele alarak yapılır. Bu yaklaşım tartışılırken Fester (1965), davranışın fonksiyonel analizinin birçok avantajlarına değerin ve davranışın nedenlerini, çevrel koşullarda objektif olarak ele alarak kolaylıkla manipüle edilebilen davranışları ortaya çıkarmanın olası olduğunu vurgular. Daha çok bu analiz çevre ile davranış arasındaki ilişkidir ve yalnızca daha önceki değişkenlere değil aynı zamanda çevrenin, hastanın davranışını pekiştirmesi ile de anlam kazanır.

Lindsley (1964), davranışın analizi için geleneksel uyarıcı - davranış ilişkisi içine, davranışların parçalarını da koymak gereğini vurgular. Bunu şöyle ifade eder; bir uyarıcı faktörü (S) ve ona karşı bir tepki vardır (R), ayrıca koşula bağlılık (K) ve sonuç (C) vardır. Bu liste operant davranışın analizinin her biriminde farklı olarak düşünülür. Uyarıcı faktörü - önceki olayları, tepki - gözlenen davranışları, koşula bağlılık - tarifeleri, sonuç ise, tepkiyi izleyen olayları tanımlar ki, bu çevre veya organizma olabilir. Burada Lindsley'in davranış görüşüne ek olarak organizmanın biyolojik durumuna da önem verilir (O), bu da uyarıcı ile davranış arasına girer.

Bazı analiz tiplerinin özelliklerine kısaca değinirsek;

1) Hasta karmaşık bir sistem içindedir, yalnızca psikolojik olayları değil, biyolojik, ekonomik ve sosyal olayları da kapsayan bir sistemin içindedir ve analizde önem sırasına bakmaksızın tümü potansiyel değişkenler olarak kabul edilir.

2) Sosyal etkileşim örüntülerine dikkat edilmelidir.

3) Davranış repertuarı, kişinin biyolojik sosyal, entellektüel yeterliliği ile sınırlıdır.

4) Bireyin öğrenme hikayesi de önemlidir. Aynı kültürel ortamda yetişmiş kişiler benzer öğrenme deneyimine sokulabilirler, ancak bu bireysel değerlendirmeyi gerektirir ve her has-

ta için terapötik plan, kişiye özgü çevresel ve davranış özellikleri göz önüne alınarak yapılır. Bu nedenle belirgin sınırlı sağaltım teknikleri gereklidir.

Fonksiyonel analiz, bize bir analiz yöntemi sağlar ve rehber de olabilir.

5) Fonksiyonel analiz, hastanın psikolojik fonksiyonunda terapötik müdahale de bulunmaz. Müdahale, hastanın fiziksel veya sosyal çevresine veya sorunun oluşmasında rol oynadığına inanılan değişkenlere yapılır.

Davranışsal yaklaşım, çevrel değişkenlere önem verir fakat kişinin çevresine uyumu ve davranışlarını ona göre ayarlaması önemli değildir. Önemli olan kişinin kendiliğinden bir şeye başlaması, kendini ayarlaması, sağaltım sürecine etkin katılımı ve sonuç olarak da yaşama yeniden uyumunu sağlamasıdır. Başarılı bir sağaltımda klinisyenin görevi, hastanın çevrel ortamını araştırmak, yaşamında önemli rol oynayan kişilerin davranışlarında değişiklik yapmak ve pekiştirici olayları denetlemektir. Hiç çevrel koşullar değiştirilemez diye bir şey yoktur. Goldfried, Pomeranz ve Mischel (1977) değerlendirme süreci olarak çevrel koşulların değiştirilmesinin denenebileceğini vurgularlar.

Davranışın analizi nasıl yapılır?

Aşağıdaki ölçütlere bakılarak sağaltımdaki amaçlar saptanabilir :

1) Problem durumunun başlangıç analizi :

İlk formülasyon hastayı kliniğe hangi tür davranışın getirdiğini saptamaktır. Ayrıca problem davranışları saptarken kişinin problem olmayan davranış repertuarında ele almak gerekir. Davranışlardaki özel güç kalite ve kantite tedavide kaynak olarak kullanılır.

Davranış maddeleri aşırılığa ve bozukluğa bağlı olarak ele alınır. Örneğin, bir kişide aşırı içe kapanma veya duygusal uyarıcılara karşı aşırı tepki gösterme varsa veya bozuk bir kendilik denetimi varsa, sağaltıma hangisinden başlanacağına karar vermek gerekir. Diğer bir deyişle, sağaltım için bir başlangıç noktası gereklidir. Klinisyen, hangi davranışın öncelikle değiştirilmesi ve üstünden geçilmesi hakkında karar vermelidir.

A. Aşırı davranışa; öncelikle dikkat edilir. Bu davranışlar, sıklık, yoğunluk, devamlılık veya sosyal bir durumda ortaya çıkma olasılığı hiç yokken ortaya çıkan davranışlardır. Örneğin; kompulsif el yıkamaları, kavgacılık, uzun süreli heyecan durumu ve cinsel teşhircilik aşırı davranışlara örnektirler. Bu yakın-

malar, davranış analizi sırasında ortaya çıkar. Örneğin, yalnız olan bir ev hanımı, evle ilgili aşırı etkinliklere girişebilir. Bu durum hanıma, ev etkinlikleriyle ilgili sorular sorularak açıklığa kavuşturulur. Günde kaç saat ev işi yaptığı, kaç kez yaptığı, iş yaparken kapı veya telefon çalarsa kapıyı açıp açmayacağı, ev temiz kende temizlik yapıp yapmadığı gibi açıklayıcı sorular sorulur. Bu örnekte, hem devamlılık hem de yoğunluk değerleri, aşırı davranışın özelliğini belirlemektedir.

B. Bozuk davranış; Uygun frekans, uygun yoğunluk, uygun form veya beklenen sosyal koşullarda meydana gelmeyen davranış, problem olarak tanımlanır. Örneğin; amnezi, yorgunluk, azalmış sosyal tepki, cinsel veya somatik işlevlerin engellenmesi (empotans) gibi. Bozuk davranışın diğer bir örneği depresif hastalarda görülürki, bunlar, yeni sosyal ortama uygun davranış göstermede güçlük çekerler.

#### C. Olumlu davranışlar :

Bunlar problem olmayan davranışlardır. Hasta neyi iyi yapar, en uygun sosyal davranışları ve özel yetenekleri nelerdir, yaşam deneyimlerinin içeriği nedir, bu gibi konular sağaltım programında kullanılabilir. Ayrıca hastanın etkinliklerinin herhangi bir bölümü, yeni davranışların kazandırılmasında kullanılabilir. Doğal işi, oyun etkinlikleri, davranış değişikliği için başlangıç noktası olarak ele alınır.

Modern sağaltımın amacı, yeni sosyal güçler ve kendini değerlendirme davranışlarını kazandırmaktır. Dolayısıyla, çeşitli ödevler verilerek, değişik çevrel koşullarda öğrenme programları hazırlanmalıdır.

#### II) Problem Durumunun Açıklanması :

A. Hasta ile çalışılırken problem davranışlar aşırı ya da az olarak a ve b grubunda sınıflandırılır.

B. Bu davranışlar hangi kişileri ya da grupları hedef almaktadır. Hangi kişi ya da grup tarafından desteklenmektedir.

C. Bu davranış, hastaya ve hasta ile ilgili kişilere ne sağlamakta ve ne sonuç getirmektedir.

D. Hangi koşullarda problem davranış meydana gelmektedir? (Biyolojik, sosyal, iş vb).

E. Eğer sağaltım sonunda problem davranış değişirse hasta ne gibi doyumlar sağlayacaktır? Hasta ile ilgili kişilerin ne gibi etkisi olacaktır? Eğer sağaltım başarılı olmazsa hasta yaşamını nasıl sürdürecektir?

F. Başarılı sağaltım hastanın yaşamı için ne tür sorunlar getirecektir?

G. Hasta, sağaltım programının gelişimine yardım edici yeteneğe sahip midir?

Yukarıdaki soruların yanıtı klinisyene uygun amaçlar saptamada ve erken kararlar almada yardımcı olmaktadır.

#### III) Motivasyonel Analizi :

A. Hasta kendisi için önemli olan güdülerini nasıl sıralamaktadır? Hangi pekiştiriciler davranışların başlangıcını ya da devamını etkilemektedir; arkadaşlık, sağlık, entelektüel başarı, para, bağımlılık vb.

B. Bu pekiştiriciler ile ne denli sıklıkla ve süre ile başarılı olunuyor? Bunların herbirinden şu andaki beklentisi nedir?

C. Hangi durumlarda her bir pekiştirici amaca yönelik davranış uyarılmaktadır?

D. Şimdiki davranış üzerinde hangi kişi ya da grubun etkisi vardır?

E. Hasta kendi kişisel davranışları ile mi pekişiyor yoksa denetlenemeyen etkenlere mi ağırlık veriyor? (mucizeler, kader, batıl inançlar)

F. Hastanın hoşlanmadığı temel uyaranlar nelerdir?

G. Sağaltım programı hastanın şimdiki sorunları ile ilgili doyum sağlayacak mı?

H. Sağaltım sırasında hangi pekiştiriciler değerlidir? İstenilen davranışları takiben hangi alanlarda olumlu sonuçlar düzenlenebilir?

#### IV) Gelişim Analizi :

A. Biyolojik değişiklikler: 1) Hastanın şimdiki davranış etkileyen biyolojik yapısının sınırları nelerdir? (görme veya işitme bozukluğu var mı?) Bu sınırlar istenmeyen davranış nasıl başlatıyor veya devam ettiriyor? (yorgunluğa neden olması, aşırı çaba, sosyal ilişkilerden kaçınma gibi) Bu sonuçlar hastanın beklentilerini engelliyor mu?

2) Nasıl ve ne zaman bu biyolojik sapmalar gelişti? Bu sorunlar onun yaşam biçiminde ve kendilik tutumunda ne gibi sonuçlar yarattı? Sorunlara kim tarafından ne yapıldı? Vücut yapısına karşı belirli ve devamlı bir kavranım biçimi geliştirdi mi?

3) Bu biyolojik koşullar, sağaltım ve sorunun çözümünü nasıl kısıtlamaktadır?

B. Sosyolojik değişiklikler: 1) Hastanın şimdiki sosyo - kültürel ortamının özellikleri nelerdir? Tutumları bulunduğu ortama uyuyor mu?

2) Hastanın şimdiki davranışını etkileyen içinde bulunduğu ortamda bir değişiklik oldu mu? Eğer olduysa, bu değişiklikler hastanın davranışını nasıl etkiledi? 3) Hasta bu değişiklikleri önemli kimselere, kendi isteğine veya tesadüfe mi bağlıyor, değişikliklere karşı tutumu nedir?

4) Çeşitli sosyal durumlarda hastanın rolü benzerlik gösteriyor mu? Değişikliğe bağlı olarak davranış bozuklukları görülüyor mu? Eğer görülüyorsa, her durumda mı yoksa farklı durumlarda mı ortaya çıkıyor?

5) Problem davranışta ki sosyolojik etkilerle sağaltım programı arasında ne gibi bir ilişki kurulabilir?

C. Davranış değişiklikleri; 1) Hastanın davranış örüntüleri, gelişimsel ve sosyal normlarla kıyaslandığında bir bozukluk gösteriyor mu? Eğer gösteriyorsa bu değişikliğin tabiatı nedir? İlk kez hangi koşullarda saptanmıştır?

2) Hastanın yaşamındaki biyolojik, sosyal veya sosyolojik olaylar, davranış değişikliği ile ilgili midir?

3) Bu davranış değişiklikleri, ilk görünümünden sonra diğer sosyal durumlara da yayılmış mıdır?

4) Davranış değişiklikleri hastanın belirli kişilerden veya gruplardan öğrendiği yeni davranış örüntüleri ile ilgilimidir?

#### V) Kendilik - Denetiminin Analizi :

A. Hasta, problem davranışlarını hangi durumlarda denetleyebiliyor? Böyle bir denetimi nasıl yapıyor, bunu, kendisini veya başkalarını manüple ederek mi yapıyor?

B. Başkalarının onaylamadığı sonuçlar problem davranışın sıklığını azaltıyormu? Bu olaylar hastanın kendini denetleme davranışını düzenliyor mu?

C. Hasta, problem davranışın neden olduğu durumlardan kendini denetleyerek kaçınabiliyor mu?

D. Hastanın sözel olarak ifade ettiği kendilik denetimi ile başkalarının gözlemleri arasında bir benzerlik varmı?

E. Hangi koşullarda, kişilerde veya pekiştiricilerde kendini denetleyici davranışını değiştiriyor? (okulda kabul edilen davranışta bulunurken evde bulunmaması gibi).

F. Hastanın kendini denetleme davranışını sağaltım programında nasıl kullanılır? Bu denetimi sağlamak için sürekli süpervizyon ve ilaç kullanılması gerekli midir?

#### VI Sosyal İlişkilerin Analizi :

A. Hastanın şimdiki ortamında en önemli kişiler kimlerdir? Sorumlu olduğu kişi ve gruplar kimlerdir? Yapıcı davranışlarını kim kolaylaştırır, problem davranışlarını kim kıskırtır?

B. Hasta bu kişilerden sözel ve davranış olarak ne bekliyor?

C. Bu kişiler hastadan ne bekliyor? Beklentiler arasında bir benzerlik var mı?

D. Hastayı etkileyen kişiler sağaltıma ne gibi katkıda bulunuyorlar?

#### VII Sosyal - Kültürel - Fiziksel Çevrenin Analizi :

A. Hastanın yakındığı davranışı için sosyal ortamın normları nedir?

B. Bu normlar, hastanın etkileşimde bulunduğu çeşitli ortamlara benziyor mu? (okul,

C. Hangi çevrede hastanın problem davranışı daha belirgin veya daha kabul edilmiş durumda? Çevre, hastanın kendini değerlendirmesini destekliyor mu, yoksa cesaretini mi kırıyor?

D. Çevre, hastanın sorunlarını çözmek için psikolojik süreçleri uygun buluyor mu? Hastanın sağaltımı çevre tarafından destekleniyor mu?

Bu özetin, amacı, belirli bir sağaltım gerektiren hastanın sorununu ve değişim için belirli davranışlarını tanımlamaktır. Böyle bir çalışma biçimi oldukça güç bir iştir. Bu nedenle formülasyon harekete yöneliktir. İlk elden bilgi toplanmasında rehber olarak kullanılır. Ayrıca, uygun verinin organizasyonu veya sağaltım deseni için kullanılır.

Bu yaklaşım, geleneksel tanı koyma ile ilişkin kategorilerin yerine geçen bir yaklaşım değildir. Bu sınıflandırma; istatistik, idari ve araştırma amaçları için istenilen bir yöntemdir. Bu analiz, özel terapötik girişimler hakkında diğer tanı koyucu formülasyonlara hizmet etmek amacıyla hareket eder.

#### FONKSİYONEL ANALİZ İÇİN VERİ TOPLAMA YÖNTEMLERİ :

Geleneksel diagnostik yaklaşımda, hastanın görüşme ve psikolojik test performansındaki sözel raporları ve sözel olmayan davranışları temel olarak alınmaktadır. Bu gözlemler, eğer problem davranış, yalnızca hastanın belirli çağrışım veya kişilik yapısıyla ilişkili ise yeterli olabilir. Ancak, hastanın bozuk davranışları belirli koşullarda öğrenilmiş davra-

niş örüntüleri olarak kabul edilirse, bu tür yöntemler bozuk ya da patolojik davranışı değerlendirmek için yeterli değildir. Bu nedenle klinisyen bir vakanın formülasyonunda kendisini yalnızca test bulgularıyla, görüşme ile ve ya geçmiş yaşam öyküsü ile sınırlamamalıdır. Değerlendirme, değişen çevrel koşullarla ilişkili olarak, hastanın davranışlarının tanımını içermelidir. Hastanın yaşamında kendisi için önemli olan bir kişi ile etkileşimini sözel olarak iletmesinden daha yararlıdır.

Veri toplama ve analizinde, psikoloğun izleyebileceği standart veri toplama süreçleri yoktur. Değerlendirme aletleri psikoloğun eğitim ve deneyimine bağlı olarak seçilir. Değerlendirme sürecinde zaman ve ekonomi etkeni ve ikincil kazançlar dikkate alınmalıdır.

Kişilik değerlendirmesine davranışsal açıdan yaklaşan bu yaklaşımda yararlanılan bilgi kaynaklarını ve veri toplama yöntemlerini şöyle özetleyebiliriz; 1) Biyografik verilerin elde edilmesi, analiz için gerekli bilgileri sağlar ve kişilerin geçmiş davranışlarına ilişkin ipucu verir. 2) Görüşme, biyografik verilerin elde edilmesinde kullanılır ve doğrudan gözlem için olanak tanır.

3) Gözlem, çevrenin sağladığı davranış pekiştireçleri için gereklidir. 4) Video teyp ve ses kayıtlarının dinletilmesi ve gösterilmesi de diğer önemli veri kaynaklarından.

Davranış derecelendirilmiş ölçekler, veya bazı basit ölçümler kullanarak hastanın iş ortamındaki bazı davranışlarına ilişkin bilgi edinilebilir. 5) Psikolojik testler, hasta hakkında bize yararlı bilgiler sağlar. Testlere verilen yanıtlar, hastanın problem durumunda, stresli bir kişilerarası ilişkide davranış örneklemi hakkında bilgi verir. Diğer bir deyişle psikolojik testler, yalnızca niceliksel test puanlarını vermekle kalmayıp aynı zamanda minyatür bir yaşam deneyimi olarak da görülebilir.

Bozuk davranışlarla ilgilenen sağaltım sistemlerinden; bireysel tedavi, operant ve diğer davranış tedavileri, grup tedavisi, aile tedavisi, milieu programları bozuk olan davranışlarda istenilen değişikliği genellikle sağlamaktadır.

Çevrel değişkenlerin değiştirilmesi için de çeşitli teknikler kullanılmaktadır. Burada amaç, frekansı düşük olan davranış örüntüsünün frekansının arttırmaya, frekansı yüksek olan davranış örüntüsünün frekansını azaltmaya çalışmaktır. Olumlu ve olumsuz pekiştirme, itici şartlama (ceza) ve söndürme gibi teknikler kullanılır.

Operant şartlanma tekniği de, belirli bir durumda, uyumlu davranışların kazanılmasında başarılı olmuştur.

Bu bölümde bazı yaşam durumlarına, test materyallerine ve davranış laboratuvarlarına değinilmiştir. Kriter olarak ekonomik olması, klinisyen için kullanılabilir olması ve hastanın sorunlarıyla ilgili olması gibi konular ele alınmıştır.

Davranış analizi tekniği, kişilik yapısına bağlı olarak ortaya çıkan davranış örüntüsünü değiştirmeye yönelmekten çok, kişinin yaşadığı sosyal, kültürel ve psikolojik ortamları ile tüm kaynakları kullanarak, yeniden öğrenme konularına getirmekte ve tüm klinik verilerden yararlanmaktadır.

Sonuç olarak değerlendirme sürecine klinik psikolojinin test yönelimli ve test merkezli fonksiyonunun yanı sıra yeni alanlar katılmıştır. Diagnostik testler yine kullanılacaktır fakat yeni kavramlar, popüler tekniklerle mücadele verecektir.

#### KAYNAKLAR

- 1) Arthur, A.Z., Diagnostic Testing and the New Alternatives. In Goodstein and Lanyon (ed). Readings in Personality Assessment, New York, John Wiley and Sons, Inc, 1971, 689-700.
- 2) Kanfer and Saslow., Behavioral Analysis : An Alternative to Diagnostic Classification. In Goodstein and Lanyon (ed). Readings in Personality Assessment, New York, John Wiley and Sons, Inc, 1971, 611-629.
- 3) Kanfer and Saslow., An Alternate to Diagnostic Classification. Archives of General Psychiatry, 1968, 12, 529-538.
- 4) Lake, D.G, Miles, Earle, J.R., Measuring Human Behavior. New York, Teachers College Press, Columbia University, 1973.
- 5) Lanyon, R.I, Goodstein, L.D., Personality Assessment. New York, John Wiley and Sons, Inc, 1971.
- 6) Mischel, W., On The Future of Personality Measurement, American Psychologist, 1977, April, 246-254.
- 7) Peterson., The Clinical Study of Social Behavior. New York, Appleton - Centu Crofts, 1968.
- 8) Semeonoff, B., Personality Assessment. Penguin Books. Second ed. 1970.
- 9) Wallace, J., An Abilities Conception Of Personality/Some Implications for Personality Measurement, American Psychologist, 1966, 21, 132-138.