

EKLEKTİK BİR PSİKOTERAPİ MODELİ (PROCHASKA)

Ar. Gör. Nedret ÖZTAN*

Günümüzde psikoterapi okullarının ve çeşitlerinin sayıca gitgide artması ve bu artışa rağmen bir terapi çeşidinin diğerinden üstün olması yüzünden eklektik yaklaşıma rağbet eden terapistlerin sayısı artmaktadır. Bu nedenlerden ötürü de değişik terapilerde ortak noktaların aranmasına başlanmıştır. Goldfried'e göre bu ortak nokta ne teknikler ne de teorilerde aranmalıdır, terapilerin ortak noktaları değişme süreçleridir (Goldfried, 1980).

Bu yüzden Prochaska "Systems of Psychotherapy = A Transtheoretical Analysis" adlı kitabında 18 belli başlı psikoterapi sistemini inceleyerek, bu karşılaştırmadan bir eklektik yaklaşım, bir sentez getirmeye çalışmıştır.**

Burada önce terapiye eklektik yaklaşımlardan birisi olan Prochaska'nın kuramlar ötesi yaklaşımı incelenecek, daha sonra da bu yaklaşıma göre yapılan çalışmalar gözden geçirilerek bir değerlendirme yapılacaktır.

Eklektik yaklaşımın gelişimi

Psikoterapi alanına baktığımız zaman karşılaştığımız, 200'ü aşkın terapi çeşidi görmekteyiz. Psikoterapinin ne olduğu, hangi tekniklerin kullanılması gerektiği, insana bakış açısı, vb. soruların cevapları her psikoterapi ekolünün temelinde yatan kurama göre değişmektedir. Elimizde ne bunların hangisinin daha iyi olduğuna ne de hangi koşullar altında hangi çeşit hastayla hangi çeşit tekniğin işe yaradığına dair doğruluğu kanıtlanmış veri bulunmaktadır. Yine de bu çeşitliliğin psikoterapi alanında bir gelişimin sonucu olduğunu unutmayarak alana bir düzen getirmek gerekmektedir.

Prochaska önce William Perry'nin eğitilmiş insanların bilgiyi içinde buldukları bilişsel gelişim basamağına uygun olarak nasıl yapılan-

* A.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Öğretim Üye Yardımcısı

** Bu çalışmada Prochaska'nın "Systems of Psychotherapy: Transtheoretical Analysis" adlı kitabından büyük ölçüde yararlanılmıştır.

dırdıklarını anlatan modelinden söz edilmektedir. (Prochaska, 1984). Böylece bu gelişim basamaklarının psikoterapideki bu çok yönlülüğe bakış açımızı nasıl etkiledikleri konusuna bir açıklık getirmeye çalışılmaktadır. Perry'nin modeline göre, kişilerin entellektüel ve ahlaki gelişimleri dokuz bilişsel basamaktan oluşmaktadır. Burada sadece en belirgin olan dört basamaktan söz edilecektir. Bunlar:

Dualistic → Multiplistic → Relativistic → Committed

Her basamakta bilginin tabiatı konusundaki düşünceler diğer basamaktan kalitatif olarak farklıdır.

Dualistik düşüncede herşey ya doğrudur, ya yanlış, ya iyidir ya da kötü. Ve bir alanda ancak bir otorite doğruyu bilebilir. Terapide de ancak bir ekol doğruya sahiptir ve terapist bir terapi ekolüne gerçekten bağlıdır. O ekolden başkasına bakılmaz bile, eldeki veriler ne olursa olsun (veya hiç olmasın). Böyle gerçek inancılar her terapi sisteminde psikoanalizde, davranışçı ekolde veya hümanistik yaklaşımda bulunabilir.

Multiplistik düşüncede önce alandaki ekollerin çokluğundan yakınılır, sonra da bu geçici bir dönem olarak kabul edilir. Daha sonra ise bir ekolün ilerde gerçek değerinin anlaşılacağına inanılarak o ekole bağlanılır.

Relativistik dönemde ise bilgi, gerçeklik ve doğruluktan farklı olarak algılanır. Terapide değişik seçenekler vardır. Belli bir terapi sisteminin geçerliği, belirli konulara göre değişir. Bunlar gerçek eklektiklerdir. Bazı eklektiklere göre de terapinin şekli hastanın problemlerine göre değişebilir. Diğerleri ise terapi şeklinin hastanın (veya terapistin) kişiliğine uygun olması gerektiğine inanırlar. Bunlar ya kendi kişiliklerine uygun bir sistemi benimserler ya da hastanın kişilik ve değerlerine uygun bir terapi seçilmesini savunurlar. Bilginin değişkenliği gözönüne alınınca, hiç bir terapi kuramının en iyisi olamayacağını düşünürler. Yeni yetişen terapistler için belli kuralların olmaması ve çeşitli kuramların varlığı rahatsız edici olabilir. Bazıları daha emin olan dualistik veya multiplistik düşünce basamağına geri dönebilir.

Eklektisizmin değişkenliği saygıdeğer olmakla birlikte eyleme dönük olan terapist için durum pek kolay olmayabilir. Hala gelen hastaya nasıl yardım edeceğini bilmek, semptomları sistemlerle veya kişilikleri psikoterapilerle eşleştirmek zorundadır. Elimizde de yalnızca sistematik duyarsızlaştırmanın fobik hastalarla iyi işlediğinden başka hangi terapi çeşidinin hangi tip problemlerle etkin olduğuna dair verilerimiz bulun-

madığına göre ne yapacağız? Bunun bir yolu bütün terapi tekniklerini öğrenip, gerektiğinde uygun olanı kullanmaktır ki bunun da mümkün olduğuna inanmak zordur. Bu aşamada terapistlerin çoğu bir sisteme kişisel yatırım (commitment) yaparlar.

Etik Terapistlerin en büyük güçlüğü ortada yeterli veri olmadan herhangi bir terapi sistemine bağlanmalarıdır. Terapist değerlerine ve ahlaki fikirlerine uygun, insana yaklaşımını benimsediği bir terapi sistemini seçer ve kendini bu sistemin geliştirilmesine ve değerlendirilmesine adar. Yalnız bu körü körüne bir bağlanma değildir. Etik terapist diğer terapi sistemlerinin de bazı insanlara uygun olabileceğini bilir ve bir hastası ile çalışamayacağını anladığı zaman, o hastasını bir başkasına göndermeye hazırdır (Dualistik terapist bunun tam tersi, hastayı en iyi terapisinin kendi inandığı yaklaşım olduğuna ikna etmeye çalışır).

Etik terapistin uğraştığı sorulardan bazıları:

Terapide en iyi olmanın yolu nedir, hastalarımız, meslektaşlarımız ve öğrencilerimiz için en uygun, en değerli terapi modeli nedir, hastalarımıza daha iyi bir yaşam için nasıl yardım edebiliriz?

Tabii ki bu sorulara kesin cevaplar vermek olanaksız ama bizim uğraşmadığımız, çalışmadığımız diğer sistemlerle, diğer meslektaşlarımızın çalışması güzel bir şey. Terapist olarak sorunumuz sadece bilmek değil, aynı zamanda uygulamaktır. İşimiz sadece bilmek olsaydı, oturup bu aşamada bekleyebilirdik ama terapist olarak sorumluluğumuz bizi, bilinenin ötesinde, inandığımız en iyi yolda terapi yapmaya götürmektedir.

Kuramlarötesi (transtheoretical) Yaklaşım

Kuramlarötesi yaklaşımda terapist, eklektisizmin değişkenliğinin de ötesine gitmeyi amaçlayan, kendini daha üst düzeyde bir terapi kuramı yaratmaya adanmış olan bir terapisttir. Bu adama, bütün teorilerin ötesinde veya onları içine alan süreç ve kavramların yaratılabileceğine inanmaktan ileri gelir. Kuramlarötesi düşünceyi izleyebilmek için önce belli başlı kuramcılarının önerdikleri teröpatik değişmenin temelini ne olduğuna bakılacak, ondan sonra da bu kuramların nerede birleşip nerede ayrıldıklarına karar vermek için pozisyonlarını özetlenecektir.

Prochaska'ya göre büyük terapi sistemleri içerik açısından ayrılmaktadır. Bu içerik açısından ayrılıkları, kişilik teorilerinin fazlalığının bir sonucudur, terapi çalışmasının esası olan değişme süreçlerinin fazla-

lığından gelmemektedir. Çeşitli kuramların savunduğu değişim süreçlerinin özetine bakıldığı zaman bu süreçlerin bazı ortak noktalarda toplanmaya başladıkları görülür. Örneğin, pek çok kuram değişme süresinde temel faktör olarak bilinklendirmeyi göstermektedir. Bu yüzden "Acaba hangi belirgin tekniklerle insanların bilinklenmesine yardımcı olabiliriz?" konusunun araştırılması gerekir. Gene değişim süreçlerine bakıldığı zaman, büyük kuramların pek önem vermediği değişim kategorisinin belirgin olmayan (nonspecific) faktörlere bağlı olan değişme olduğu görülmektedir. Eğer terapistler terapinin etkinliğini artırmak istiyorlarsa, bu belirgin olmayan etkenleri belirgin hale getirmeleri gerekmektedir. Çünkü bu etkenler terapideki değişimin en az yüzde 50'sini etkilemektedirler. Bu etkenlere yakından bakılınca bunların kuramlarüstü bir yaklaşımda önemli bir yer tutacakları anlaşılmaktadır. Çünkü bildiğimiz gibi bütün terapi sistemleri, hastalara içinde buldukları zor durumdan kurtarma ümidi ve değişme beklentisi vermektedirler.

Prochaska placebo gruplarında değişme sürecinin hastaların değişme isteğinden ileri geldiğini savunmaktadır. Placebo grubundakiler, grupta bulunmakla değişme beklentilerini açıkça ortaya koyduklarından, bekleme listesinde bulunanlara oranla daha çok değişme gösterirler. Bekleme listesinde olanlar ise sorunlarını çözmek için ellerinden geleni yapmadan önce terapistin onları çağırmasını beklerler.

Bu açıdan bakılınca insanların kişisel sorunlarını çözmek için hangi yollara başvurdıkları önemli bir konu haline gelmektedir. İnsanların büyük bir kısmı terapiye gelmeden de sorunlarını çözebilmektedir. Prochaska'nın çalışmalarının amaçlarından biri de insanların kendi problem davranışlarını kendi kendilerine nasıl değiştirdiklerini incelemektir. Şimdi de terapide değişenlerle, kendi kendine değişenler üzerinde yapılan çalışmaların kuramlarötesi terapi yaklaşımını geliştirmekte nasıl gerekli kavram ve veri sağladığı tartışılacaktır.

Değişim Basamakları

Kendi kendine değişme, ilk defa Di Clemente ve Prochaska tarafından 1982'de iki iyi tedavi programlarına katılmış olan sigara içenler ile sigarayı kendi kendine bırakmış olanlarla yapılan çalışmada incelenmektedir. (Prochaska, 1984). Sigara içme klinik ve pratik nedenlerden dolayı problem davranış olarak ele alınmıştır. İlk önce sigara içme bırakılması zor bir alışkanlıktır. Değişik terapilere bakıldığında, hastaların yüzde 80'i tedavinin bitiminden sonraki bir yıl içinde yeniden

sigaraya başladıkları görülmektedir. Çalışmak için büyük sayıda örnekler alınabilir ve bu konuda düzelmeyi ölçecek objektif ölçekler mevcuttur. Adı geçen çalışmada, kendi değişenlerle tedavide değişenlerin kullandıkları süreçlerin, içinde buldukları şu dört değişim basamağına göre farklılık gösterdikleri görülmektedir:

1. Düşünme (contemplation)

2. Karar verme (decision)

3. Eylem (action)

4. Devam ettirme (maintenance) veya sürdürme. Bu basamaklara ilişkin itemler aşağıda verilmiştir.

Tablo 1. *Değişim Basamaklarının tayininde kullanılan itemlere örnekler:

Düşünme Öncesi Basamağı:
1. Bildiğim kadariyle, benim bir sorunum yok.
2. Problemi olan ben değilim. Benim burada olmam anlamsız.
Düşünme Basamağı:
1. Bir sorunum var ve gerçekten bu konuda uğraşmalıyım.
2. Umarım burası kendimi daha iyi anlamama yardımcı olacaktır.
Eylem Basamağı:
Beni rahatsız etmekte olan problemlerim hakkında birşeyler yapıyorum.
2. Herkes değişmekten bahsedebilir; Ama ben gerçekten bu konuda birşeyler yapıyorum
Sürdürme Basamağı:
1. Değiştim ama sorunumun tekrar ortaya çıkabilmesi üzüyor beni. Bu yüzden sizden yardım istemeye geldim.
2. Bir zamanlar bu sorunumu halledip ondan kurtulacağımı sanmıştım, ama bazen hala onunla uğraşıyorum.

* McConnaughy, E.A., Prochaska, J.O., and Velicer, W.F., 1983,'den alınmıştır.

Daha sonraki bir araştırmada, sigara içenlerden terapiye gelenlerin farklı basamaklarda olup olmadıklarını anlamak için ayakta hasta örneklemeyle çalışılmıştır (McConnaughy, Prochaska and Velicer, 1983). Burada bir halk ruh sağlığı merkezine değişik tanılarla gelmiş 155 hasta incelenmiştir. Bütün hastalar tedavinin ilk haftasında her 4 basamak için 25'er sorudan oluşturulmuş Değişim Basamakları Testini almışlardır. Ayrıca bir de tedaviye direnenlerle oluşturulan 25 soruluk düşünme öncesi (precontemplation) testi vardır. Bu basamakta sorunu olduğundan habersiz olanlarla, haberi olup da değişmeyi düşünmeyenler bulunmaktadır. Bunlar tedaviye başkalarının zoruyla gelirler. Bu araştırma sonucu dört değişim basamağı oluşturulmuştur:

1. Düşünme öncesi (precontemplation)
2. Düşünme (contemplation)
3. Eylem (action)
4. Devam ettirme (maintenance).

Yukarıdaki karar verme (decision) aşaması ayrıca bir basamak olarak ortaya çıkmamıştır. Bu basamağa ait soruların 2. ve 3. basamaklara dağıldığı görülmüştür. Belki de karar verme geçici bir dönem, veya hem düşünme hem de eylem konularını içermektedir. Bir karara varıldığını farkedenden insanlar, o konuda bir şeyler yapma (eylem) sonucunu çıkartmaktadırlar. Buradan 32 itemlik bir Değişim Basamakları Ölçeği çıkarılmıştır. Bu ölçekle hastaların tedaviye başlarken hangi değişim basamağında oldukları ölçülebildiği gibi, tedavi süresinde de bir basamaktan ötekine geçip geçmedikleri de görülebilmektedir.

Şekil 1 Düşünme Öncesi → Düşünme → Eylem → Devam Ettirme

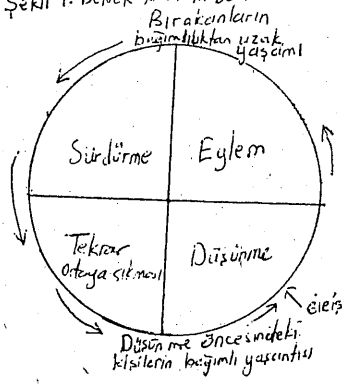
Şekil 1, değişim basamaklarının bir şemasını göstermektedir. Buna göre bazı hastaların başlangıçta hangi basamakta olduğu, onların tedavisi için önemli bir ipucudur. Terapi iki kişiden oluşuyorsa, örneğin evlilik terapisinde olduğu gibi, o zaman her ikisinin de aynı basamakta olmaları tedaviyi kolaylaştırır. Biri eyleme hazırlarken, diğeri hala düşünmekteyse değişime zorlanacaktır. Biri için yavaş sayılan bir değişim, diğere çok hızlı gelebilir. Bu yüzden aile terapisinde denge, terapiye direncin kaynağıdır. Bütün aile üyelerini aynı basamağa toplamak terapist için kolay bir iş değildir.

Problem davranışın bitmesi, artık o kişinin o davranışı tekrarlamak isteği duymaması ve davranışı yapmamak için özel bir gayret sarfetmek zorunda kalmamasıdır. Bazen terapi, sorun olan davranış ortadan kalkmadan biter. Bu yüzden kişiler terapiye geri gelebilirler veya terapi bitmeye yakın kaygıları ve bağımlılıkları artmaya başlar.

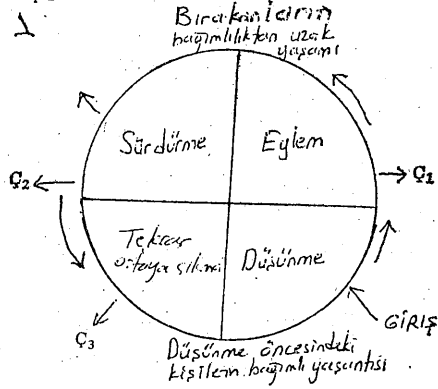
Bazı hastalar bir basamaktan ötekine kolayca geçerlerken, bazıları bir basamakta takılıbilirler. Örneğin düşünme öncesi basamağında bulunanların bir kısmı hiçbir zaman bir sorunları olduğunu kabul edip terapiye gelmezler. Mesela alkolikler, aşırı yiyenler ve sigara tiryakileri sorunları olduğunu hiçbir zaman itiraf etmeden, bu sorunları yüzünden ölüp gidebilirler de. Bazen de karar verip bırakırlar ve sonra yeniden baş-

larlar. Burada artık basamakların Şekil 1'de görüldüğü gibi doğrusal değil, dairesel olduğunu görüyoruz.

Şekil 1: DÖNER-KAPLI MODEL



Şekil 2: ÇIKIŞLAR



Şekil 2'de, kişiler alışkanlıklarının zararını görüp bir denemeye karar verince daireye girmiş olurlar. Birşeyler yaparlar ama devam ettiremediklerinden geri dönerler. Burada da kalmayıp tekrar dolaşırlar.

Şekil 3'de ise çıkış 1'de, kişiler sorun davranışlarının zararlarını bilmelerine rağmen değişmek istemezler (veya değişemezler) ve tedaviye son verirler. Ç₁ en başarılı çıkışı göstermektedir. Burada kişiler sorun davranıştan, bağımlılıktan kurtulurlar, ve tekrar dönme istekleri yoktur. Her türlü ortamda karşı koyabilmekte güçlük çekmemektedirler. Alışkanlıktan kurtulunca ilk 3-6 ay tehlikeli olmakta, ama ondan sonra sürdürmek pek zor olmamaktadır. Örneğin sigara içmek için tekrar istek duyma her 6 aylık sürelerle azalarak üç yıl devam etmekte, ondan sonra da tamamen bu istek ortadan kalkmaktadır. İstek duymaya devam edenler, daha uzun bir süre devam ettirme döneminde kalırlar ve bunların sorun davranışa geri dönmeleri için, belirli stratejiler uygulanması gerekir. Ç₁ pek çok bağımlıya açık değil, ortalama en az üç defa değişim sürecinden geçtikten sonra bırakılabilir. Bazıları da daha fazla başarısızlığa uğramayı göze alamayıp Ç₁'den ayrılıyorlar ve sigara içmeye devam ediyorlar. Diğerleri ise uygun bir zamanda tekrar denemek üzere, düşünme basamağında yeni bir yöntem ve fırsat için beklemeye devam ederler. Bir kısmı da uğraşmaktan yorulup, ilerde bir gün tekrar denemek üzere, şimdilik değişmekten vazgeçerler.

Şimdiye kadar, nasıl oluyor da bir kısım bağımlılar başarılı olup ayrılıyor da diğerleri bir daire içinde dönüp duruyorlar bilinmiyordu. Aşağıda insanların hangi gelişim basamağında hangi değişim süreçlerini kullandıklarına bakılacaktır.

Değişim Süreçleri

Kendi değişimle ilgili süreçleri değerlendirmek için bu çalışmada ele aldığımız 10 değişim sürecine bakalım. Bu değişim süreçleri geliştirilirken bazı düzeltmeler yapıldı. Davranışsal bir süreç olan Contingency Control'ün içinde hem bilişsel süreç olan reevaluation, hem de davranışsal süreç olan contingency management vardı. Bu iki sürecin ayrı ayrı ve hem yaşantısal hem de çevresel düzeyde analizine karar verildi. Böylece:

1. *Cognitive restructuring* (Bilişsel yeniden yapılandırma)
 - a) Self-reevaluation (Kendini yeniden değerlendirme)
 - b) Social-reevaluation (Sosyal değerlendirme)
2. *Contingency management* (Problemin sonuçlarının kontrolü)
 - a) Self-management (Kendini yönetme)
 - b) Social management (Sosyal yönetme) olmak üzere 4 süreç ortaya çıktı.

Bu arada yardımcı ilişki (helping relationship) değişim süreci mi, değişmesi gereken içerik mi, yoksa değişim için bir önkoşul mu pek açık olmadığı görüldü. Bu yüzden ayrı bir değişim süreci olarak ortaya çıkıp çıkmadığını görmek için çalışmaya katılmış ve toplam 13 değişim süreci analiz edilmiştir. Bunlar:

- | | |
|---|---|
| 1. Feedback (geribildirim) | 8. Stimulus control (uyarıcı kontrolü) |
| 2. Education (eğitim) | 9. Self-management (kendini yönetme) |
| 3. Corrective emotional experience (düzeltici duygusal yaşantı) | 10. Social management (sosyal yönetme) |
| 4. Dramatic relief (dramatik rahatlama) | 11. Self-reevaluation (kendini yeniden değ.) |
| 5. Self liberation (Kendini hür hissetme) | 12. Social reevaluation (sosyal yeniden değ.) |

6. Social liberation (sosyal hür hissetme) 13. Helping relationship (yardım edici ilişki)
7. Counter conditioning (karşıt koşullama)

Daha önceki interview çalışmalarından (Prochaska et all, 1982) bu süreçlerin herbiri için itemler çıkarılmıştı. Eğitilmiş dört kişi, her süreci temsil eden 5 soru seçtiler. Bu itemler aşağıdaki örnekte olduğu gibi ya davranışsal, ya da yaşantısal cümlelerdi:

“Rahatlamam gerektiğinde sigara içmek yerine başka birşey yaparım”. veya “Sigara içmeye ilişkin bilgiler ararım.” gibi. Kendi değişenler grubu her bir cümlenin ne kadar sıklıkla olduğuna ve ne kadar faydalı bulduklarına göre değerlendirme yaptılar. Bu kendi değişenler grubunun bu süreçlerden hangilerini kullandıklarını anlamak için içerik analizi (component analysis) yapıldı. Buradan 10 tane değişim süreci çıkarılmıştır. Bu süreçler ve bunlara birer örnek item aşağıda verilmiştir.

Tablo 2. Değişik Süreçlerini Ölçme ölçeğinden alınan değişim süreçleri ve sigara içme ile ilgili örnek itemler*

- | |
|--|
| 1. Consciousness Raising:
Sigarayı bırakma konusunda makale ve reklamlardaki bilgileri düşünürüm. |
| 2. Self-Liberation:
Kendi kendime sigara içmeyi veya içmemeyi seçmekte serbest olduğumu söylerim. |
| 3. Dramatic Relief:
Sigara içme konusundaki uyarılara duygusal olarak tepkide bulunurum. |
| 4. Environmental Reevaluation:
Durup, sigara içmenin ashında çevreyi ne kadar kirlettiğini düşünürüm. |
| 5. Helping Relationship:
Sigara içme konusunda konuşmak istediğimden beni dinleyecek birisi var. |
| 6. Stimulus Control:
Evde bana sigara içmeyi hatırlatan herşeyi kaldırırım. |
| 7. Counterconditioning:
Rahatlamam gerektiğinde sigara içmek yerine başka birşey yaparım. |
| 8. Social Liberation:
Binalarda “Lütfen sigara içmeyiniz” işaretlerini görüyorum. |
| 9. Self-Reevaluation:
Sigara içme konusundaki bağımlılığım beni hayal kırıklığına uğrattıyor. |
| 10. Reinforcement Management:
Sigara içmediğim zaman kendimi ödüllendiririm. |

* Prochaska, J.O., et al. 1988'den alınmıştır.

Bu değişim süreçleri Houston, Texas'tan olan 460 kişilik ayrı bir kendi değişen grubuyla cross-validation yapılmış ve sonuçlar bu süreçlerin geçerliliğini kuvvetle desteklemiştir. (Prochaska, DiClemente, 1983).

Daha başka geçerlilik çalışmaları terapistlerin kendilerini ve hastalarını tedavileri, alkol bağımlılığı, obesity, psikolojik distress'de kendi değişen gruplar ve değişik hasta gruplarıyla devam etmektedir.

Değişim Basamakları ve Süreçlerinin Entegrasyonu

Kendi değişenlerle terapide değişenler üzerinde yapılan araştırmalardan çıkarılan önemli sonuçlardan birisi de, belli değişim basamaklarında belli değişim süreçlerinin kullanılması olmuştur. Bu entegrasyon terapistler için pratik bir rehber olabilir. Hastanın hangi basamakta olduğu tespit edilirse, onun bir sonraki aşamaya geçebilmesine yardım etmek için hangi süreçlerin uygulanabileceği bilinir. Ama bu gelişim süreçleri gelişigüzel veya deneme-yanılma yoluyla değil, sistematik bir şekilde uygulanmalıdır.

Burada önce bu entegrasyonun araştırmadan nasıl çıktığına, sonra da bunu terapistlerin kişilere yardım ederken nasıl kullanabileceğine değinilecektir (Prochaska and DiClemente, 1982). Dört değişim basamağına dağılmış olan deneklere her 6 ayda bir Değişim Süreçleri Ölçeği uygulanmış ve bir basamakta bulunanların öbür basamakta olanlardan farklı olarak hangi süreçleri kullandıklarına bakılmıştır. Kullanılan süreçler bakımından arada önemli farklılıklar bulunmuştur.

Tablo 3. Belirli değişim süreçlerinin en fazla ve en az kullanıldığı basamaklar

<u>Düşünme Öncesi</u>	<u>Düşünme</u>	<u>Eylem</u>	<u>Sürdürme</u>
8 sürecin en az kullanıldığı basamak	Bilinçlendirme Kendini değerlendirme	Kendini hür hissetme Yardımcı ilişkiler Problem sonuçlarının kontrolü	Karşıt-koşullama Uyarıcı kontrolü

Bu tabloya bakıldığında, düşünme öncesi basamağındaki kişilerin ilksekiz değişim sürecini en az kullandıkları görülmektedir. Düşünme basamağında en vurgulanan süreç ise bilinçlendirme olmaktadır. Kendini değerlendirme sürecinin Düşünme ve Eylem basamakları arasında köprü oluşturduğu görülmektedir. Eylem basamağında en çok kullanılan süreçler kendini hür hissetme, yardımcı ilişkiler ve problem sonuçlarının kontrolü olmaktadır. Sürdürme basamağında ise karşıt koşullama ve uyarıcı kontrolü süreçlerinin en fazla kullanıldığı görülmektedir.

Bu verilerin ışığında değişimin nasıl olduğuna ve değişmek için psikoterapiye gelen hastalara nasıl yardım edilebileceğine bakalım. Düşünme öncesi basamağında insanlar süreçleri fazla kullanmazlar. Yani sorunları hakkında bilgi araştırmazlar, kendilerini değerlendirmek için fazla zaman ve enerji harcamazlar, sorunlarının olumsuz yanlarına pek duygusal tepkide bulunmazlar, kendilerine yakın insanlara dahi sorunlarını açmazlar ve ne dikkatlerini ne de çevrelerini sorunlarını çözmeye yöneltirler. İnsanları bu basamaktan düşünme basamağına geçiren nedir? Nasıl olup da kişiler sorunlarının farkına varıyor veya daha önce sorun gibi gelmeyen şeylerin sorun olduğunu kabul ediyorlar? Bu sorulara cevap verebilmek için araştırmaların ötesinde klinik kuram ve deneyimlere bakılmalıdır. Bu durumda ilk basamaktan ikinciye geçmede kişideki gelişimsel değişmelerin veya çevresel değişmelerin etkili olduğu görülmektedir. Örneğin, yirmi yaşlarındayken eşinden memnun olan bir erkek, otuzuna geldiğinde evlilik yaşamında değişmeler düşünmeye başlayabilir. Aynı şekilde, sigara içenler kırk yaşına yaklaşmaya başladıklarında sağlık durumlarının bozulmasıyla karşılaşabilirler. Araştırmalarda da görüldüğü gibi 39 ortalama yaşında sigarayı bırakmaya karar verip bırakanlar, tekrar başlamamışlardır. Bu yaşları 40'a gelince insanların yaşamlarını yeniden değerlendirmeleriyle ve bazı değişmelere karar vermeleriyle yakından ilgili olabilir.

Bazı kişiler de, kişisel nedenlerden değil de çevredeki değişmelerden dolayı değişmeye hazır görünebilirler. Belki eşi veya çocuğu belli bir yaşa gelmiştir ve artık sigarayı bırakmasını söylemeye başlamıştır. Veya çevrenin eskisi kadar sigara içmeyi desteklemediğini, hatta belli belirsiz bu eski alışkanlığı cezalandırdığını farkedebilirler. Veya çevredeki bazı ilgili (veya ilgisiz) olaylar kişiye değişmeyi ciddi olarak düşünmesini sağlayabilir. Örneğin, Yirmi senedir sigara içen bir karı kocanın köpekleri akciğer kanserinden ölünce, adam sigarayı bırakmaya karar verir.

İsteyerek (intentional) değişme hem kendi kendine değişme sürecinde hem de terapi ile değişme sürecinde önemlidir. Gelişimsel ya da çevresel değişmeler insanlara yaşantılarını değiştirmelerine sebep olabilir. Kuramları üstü yaklaşım isteyerek değişimin kolaylaştırılmasına önem verir ama diğer değişmeler de önemlidir. Eğer gelişimsel ve çevresel değişmeler değişme niyetine yol açarsa iyi, açmazsa değişme zorlama ile olur ve neden yani zorlama ortadan kalkınca, herşey eski haline döner. Örneğin, cinsel zevkleri için çocukları kullanan biri, hapiste bu davranışa devam edemez. Ama kendisi değişmeye karar vermez ve yardım görmezse, hapisten çıkınca aynı şeyi yapmaya devam edecektir. Kişiler kendileri

hakkında düşünmeye başladıkça ve sorunlarını anladıkça değerlendirme yapabilmek için duygusal ve bilişsel olarak serbest olmalıdırlar.

“Kendimden sigara içmeyen biri olarak daha çok hoşlanacak mıyım, ya başkaları, benden daha çok mu hoşlanacaklar, ya daha sinirli olursam sigarayı bırakınca?” gibi sorulara cevap aramak zorundadırlar.

Eylem basamağında da yeniden değerlendirme devam eder. Eğer değişimde bir başarı varsa ve bu dış etkenlere atfedilirse, örneğin terapistte yüklenirse o zaman terapistte bağımlılık ortaya çıkar. Başarısız olduğunda da eğer bu bir iç etkene örneğin, istek eksikliğine bağlanırsa utanç ortaya çıkacaktır. Self-efficacy kendini hür hissetmeye (self-liberation) yardımcı olmaktadır ama değişmek için sadece duygusal ve bilişsel süreçler yeterli değildir. Karşıt-koşullama ve uyarıcı kontrolü gibi davranışsal süreçler de gerekmektedir. Terapistler hastalarının bu davranışsal süreçleri uygun şekilde uygulayıp uygulamadıklarını değerlendirip gerektiğinde bu konuda onları eğitebilirler.

Eylem basamağında kişiler başarısızlık, suçluluk ve kişisel serbestliğin sınırlanması gibi konularda baskı hissedeceklerdir. Eylem demek çoğu hasta için reddedilme riskini göze almak demektir. Bu yüzden yardım edici ilişkilerdeki destek ve anlayışa daha çok gereksinim duyacaklardır. En azından bir kişinin onları kabullendiğini ve yardım etmeye hazır olduğunu bilmek, bu basamaktaki kaygının azalmasına sebep olmakta ve yaşamlarını değiştirecek kararlar vermelerine yardımcı olmaktadır.

Son basamak olan devam ettirme (sürdürme) basamağında kalabilme başarısı, önceki basamaklardaki başarıya bağlıdır. Bu basamak için uygun hazırlık yapılırken kişiyi sorunlu davranışa geri götürebilecek durumları da dikkatlice değerlendirmek gerekmektedir. Hastalar belirli durumlarda patolojik tepkilerine dönmek için başvurabilecekleri seçenekleri değerlendirmek zorundadırlar. En önemlisi belki de kişinin kendi seçtiği gibi bir kişi olmaya başladığını hissetmesidir.

Değişim Düzeyleri

Buraya kadar olan kısımda psikoterapide değişmeyi sağlayan süreçleri ve bu süreçlerin olduğu basamakları inceledik. Fakat değiştirmek istenilen şey nedir? Şimdi de değişimin içeriğine kuramları üstü yaklaşım açısından bakalım. Bu yaklaşımda psikolojik sorunlar beş farklı düzeyde organize edilmiştir.

1. Semptom /durum
2. Hatalı düşünceler veya bilişsel yapılar
3. Kişilerarası çatışmalar
4. Aile /sistem çatışmaları
5. İç çatışmalar

Psikoterapi sistemlerinin tarihçesine bakıldığında bu sistemlerin genellikle psikolojik sorunları bir veya iki düzeyde inceledikleri görülmektedir. Örneğin, klasik davranışçı terapistler durumsal determinantlar üzerinde durup, sorun davranıştan hemen önceki ve hemen sonraki uyarıncıları incelerler. Bilişsel davranışçı terapistler sorunların hem durum sal hem de bilişsel nedenlerine eğilirler. Kişilerarası çatışmalarla aile ve sistem çatışmalarını vurgulayan terapistlere örnek olarak evlilik ve aile terapistlerini verebiliriz. Bu arada, psikoanalitik terapistler de psikopatolojinin iç çatışma düzeyinde çalışırlar.

Genellikle hangi düzeyin odak noktası olarak kabul edildiği terapistin tercih ettiği psikopatoloji ve kişilik kurakmlarıyla, hastanın sorunlarına ilişkin kuramına bağlıdır. Eklektik yaklaşım olarak kuramlar ötesi yaklaşım, her düzeyin geçerliğini kabul eder. Aynı semptomlarla gelseler dahi, farklı kişiler için her düzeyin önemi değişir. Tıpkı terapistlerin sorunları bu beş düzeye atfetmesi gibi, gelen hasta da sorunlarını belli düzeye veya düzeylere atfetmektedir.

Bu farklı düzeylerde terapist nasıl sistematik olarak çalışabilir? Kuramlarüstü terapide önce semptom/durum düzeyinden başlanılır. Çünkü burada daha bilişsel düzeyde ve yakın zamandaki sorunlarla uğraşıldığında değişme daha çabuk görülür. Bu sıralamada aşağı inildikçe bilinç düzeyi azaldığı gibi, sorunun determinantları da daha eskiye gitmektedir. Bu yüzden düzey sıralamasında aşağı inildikçe terapi daha da uzayacak ve karmaşıklaşacaktır. Bu determinantlar değiştirilmeye çalışıldıkça rezistans da artacaktır. Hastanın nedeni ne kadar derin ve kişiliğe bağlı bir düzeye atfedilirse o kadar tehdit edicidir. Bu yüzden kuramlarüstü terapide kurallardan biri kullanılabilir en az tehdit eden atıfı kullanmaktır. Her zaman sorunlar semptom/durum değişkenlerinin üzerinde yoğunlaşmakla çözülemez ama kararsız kalındığında en iyisi bu en üst düzeyde başlamaktır. Diğer zamanlarda terapistle hastanın hangi düzeyin değişmesi gerektiğine birlikte karar vermeleri gerekir. O zaman değişmeye direnç daha az olur. Örneğin bir çift bir cinsel problemle gelmişse ve ikisi de bu problemlerini aralarındaki kontrol için

çekişmelere ve çözülmemiş kızgınlıklara bağlıyorsa, onların bu kişilerarası sorunları üzerinde çalışılınca cinsel problemleri de ortadan kalkar. Veya kişilerarası iletişim düzeldiği zaman çift daha rahatlar ve o zaman semptom ve durum düzeyinde bir değişme yaratmak daha da kolaylaşır. Kuramları terapist bu beş düzeyden herhangi birinde tedaviye başlamaya hazırdır, önemli olan, klinik tanı ve değerlendirmenin elverdiği en yüksek düzeyden başlamaktır.

Tablo 4: Düzeyler X Basamaklar ve Değişme Süreçleri*

DÜZEYLER	BASAMAKLAR			
	Düşünme öncesi	Düşünme	Eylem	Sürdürme
1. Semptom/durum	Bilinçlendirme			
	Kendini değerlendirme			
	Kendini hür hissetme			
	Problemin Sonuçlarının kontrolü			
	Yardımcı ilişkiler			
2. Hatalı düşünceler veya bilişsel yapı	Karsıt-koşullama			
	Uyarıcı-kontrolü			
3. Kişilerarası çatışmalar				
4. Aile/sistem çatışmaları				
5. İç çatışmalar				

* Prochaska, 1984'den alınmıştır.

Değişimde Gözlenen Düzeyler Basamaklar Süreçler

Düzeyleri değişim süreç ve basamaklarıyla entegre etmekle, sistematik ve geniş bir kapsamı olan tedavi modeli ortaya çıkmaktadır.

Üç temel müdahale (intervention) stratejisi vardır:

1. *Düzyer değıştirme stratejisi*: Burada terapi önce hastanın semptomları ve bu semptomları destekleyen durumlar üzerinde yoğunlaşır. Bu ilk düzeyde süreçler etkin olarak her değışim basamağında uygulanırsa daha derin bir düzyere geçmeden terapi sona erebilir. Ama semptom / durum düzeyindeki müdahale yeterli değilse o zaman tedavi bu semptomları destekleyen hatalı bilişsel yapılarda yoğunlaşmak üzere ikinci

düzeğe kaydırılır. Burada tekrar değişme süreçleri her basamakta bilişsel yapılaraya uygulanır ve her basamaktan geçilir. Eğer bilişsel düzeydeki ilerleme yeterli değilse o zaman tedavi bir alt düzeğe kişilerarası çatışmalar düzeyine kaydırılır. Sonra bu kişilerarası düzeyde bir basamaktan ötekine ilerlemek amacıyla değişim süreçleri uygulanır. Bu basamak basamak ilerlemek veya düzey değiştirme tekniği, hasta tamamiyle iyileşinceye kadar veya en derin, bilinçdışı ve en dirençli kişisel çatışmaları çözümleninceye kadar devam eder. Bu bir yüksekten bir aşağı düzeğe kayma stratejisi Tablo 3'de oklarla gösterilmiştir.

2. *Ana (key) düzey stratejisi*: Bazı vakalarda klinikçiler arasında hastanın sorunları konusunda büyük bir anlaşma vardır. Eğer eldeki bilgiler açık ve belirli bir düzeyde nedenselliği gösteriyorsa o zaman terapist en önce ve en yoğun şekilde o düzeyde yoğunlaşır. Verileri topladıktan sonra bu vakaları formüle etmek kolaydır ama bu tedavisinin de kolay olacağını göstermez.

Ümit edilir ki araştırmalar, belli tip sorunları olan belli hastalarla belli intervention düzeylerini gösterebilsin. Şimdiden araştırmalar fobik hastalara durumsal determinantlarını değiştirmekle yardım edilebildiğini göstermektedir. Psikotik olmayan unipolar depresyonun bilişsel veya kişilerarası düzeylerde daha etkin bir şekilde tedavi edilebileceğini gösteren araştırmalar da yapılmaktadır.

3. *"Maximum impact" stratejisi*: Karmaşık klinik vakalarda her düzeyden gelen değişkenlerin bir neden, bir sonuç veya sorunu devam ettirici rol oynadıkları görülmektedir. Böyle vakalarda en fazla etki için, her düzeyde kişiyi etkileyecek müdahaleler yaratılabilir.

Bu çeşit terapiye ayrıntılı bir örnek için Bayan C'nin terapisi ve sonucu bölümüne bakınız (Prochaska, 1984, s. 385-389).

Bu eklektik yaklaşıma ilişkin çalışmalar

Gözden geçirilen araştırmaların bir kısmı süreç ve aşamalar için ölçek çalışmalarıdır (Prochaska and DiClemente, 1982; McConaughy, Prochaska and Velicer, 1983, Prochaska and DiClemente, 1983, ve Prochaska and Velicer, 1988). Terapistler tarafından kendilerini ve hastalarını belli bir sorun için (psychic distress) tedavide bu süreçlerin farklı kullanıldığı görülmüştür (Prochaska and Norcross, 1983). Bu çalışmanın sonuçlarına göre terapistler hastalarını tedavi ederken kendi kuramsal yaklaşımlarına uygun olan değişme süreçlerini kullanmaktadırlar ve bu yüzden aralarında farklılıklar görülmektedir. Ama aynı terapistler

kendilerini tedavide kendi kuramsal yaklaşımlarına uygun süreçleri kullanmayıp, daha eklektik bir yaklaşımla süreçleri kullanmaktadırlar. Hastalarına ilaç, yardımcı ilişkiler önerirken, kendileri için uyarıcı kontrolü, karşıt koşullama gibi davranışsal süreçler uygulamaktadırlar. Bu arada yardımcı ilişkiler en çok kullanılan süreç olarak belirlenmiştir.

Ayrıca iki çalışmada da psikolog, danışman ve diğer kişilerin kendi kendilerine değişme ve terapide değişme esnasında kullandıkları süreçlerin farklı olduğu görülmüştür (Norcross and Prochaska 1986 a, ve Norcross and Prochaska, 1986 b). Burada da terapistlerin kendilerine uyguladıkları süreçlerle kendi kuramları arasında uyum olmadığı ve çeşitli kuramlardan gelenlerin benzer süreçleri kullandıkları görülmüştür. Ayrıca kullanılan değişme süreçlerinin yaşa, eğitime ve evli olup olmamaya bağlı olarak değiştiği de gözlemlenmiştir.

Attribution (atıf) çalışmalarında ise bir ölçek geliştirilmiş (Norcross, Prochaska and Hombrecht, 1985), hastaların sorunlarını seçilen yaşam şekli, kötü talih, biyolojik eksiklikler, yetersiz gayret, kişilerarası veya aile çatışmalarına vb. atfettikleri görülmüştür.

Türkiye'de yatan hastalarla yapılan bir çalışmada ise (Karancı, 1986), bu hastaların benzer atıflarda buldukları, ama bu örnekte aile çatışmalarıyla kişisel semptomların birlikte kullanıldığı, bunun yanı sıra aile çatışmalarının kişilerarası çatışmalarla birleştirildiği gözlemlenmiştir.

DEĞERLENDİRME

Gerçekten de Prochaska günümüzdeki değişik kuramların ve terapi okullarının bir sentezini yapmaya çalışmıştır. Esas olarak değişmeyi alıp, ki bu terapinin belki de en önemli kısmı, o konuda terapistlere rehber olabilecek bir model geliştirmiştir. Bu modeli araştırma verileri üzerinde kurmuş olup, halâ da değişik hasta gruplarına uygulanması devam etmektedir.

Değişim konusuna hem aşamaları, hem düzeyleri hem de süreçleri ele alarak çok yönlü bir bakış açısı getirmiştir. Bununla kişilerin terapiye gelmeden önceki durumlarını ve sonraki gelişmelerini, terapiye geldikten sonra intervention aşamasında değişik düzeylerde bulunabileceklerini ve ayrıca bu arada da hangi süreçlerden geçmekte olduklarını veya geçebileceklerini açıklamaya çalışmıştır.

Süreçler değişimin duygusal, davranışsal ve bilişsel yönlerini kapsamaktadır. Bu yüzden de model çok yönlü bir bakış açısı getirmiştir.

Prochaska diğer terapi modellerinden çoğunun hiç de önem vermediği, görmezlikten geldiği kendi kendine değişme konusu üzerinde durmuştur. Çünkü gerçekten de hiç değilse bazı insanlar kendi kendilerine de sorunlarını halledebilmektedirler. Bu tür bir değişmeyi inceleyerek terapidaki değişme ile ortak yanlarını veya farklılıklarını bulmaya çalışmıştır. Tabii ki kendi kendine değişme sürecinin incelenmesinin önemli nedenlerinden biri de bu süreçten terapide nasıl yararlanılabileceği konusudur. Bu çalışmalardan da self-help el kitaplarının hazırlanmaya başladığını söylemektedir.

Ayrıca kuramında self-efficacy'nin değişmedeki önemine de değinmiş ve bunun hem terapide hem de kendi kendine değişenlerde önemli bir etken olduğunu göstermiştir. Ayrıca atıfların da gerek hastanın terapiye gelmesindeki, gerekse terapi sırasındaki ve sonundaki önemine değinmiştir. Gerçekten de insanların sorunlarını neye atfettiklerini bilmek, terapi sırasında yardımcı olmaktadır. Hem terapide nasıl bir süreç izleneceğine ilişkin terapistin bir fikir vermekte, hem de terapi sonucu bu atıfların değişmesi, terapiye geri dönmeyi veya sorun davranışın tekrar ortaya çıkmasını önleme konularında yardım etmektedir. Bu arada Prochaska terapist ile hastanın atıflarının uyuşmasındaki önemine değinmekte, en azından terapistin hastanın hastalığını neye bağladığını bilip ona göre çalışması gerektiğini ileri sürmektedir. Gerçekten de bu konu hastanın terapiye devam edip etmemesinde önemli bir rol oynamaktadır. Ayrıca bu terapiye devam etme veya bırakma konusunda ve terapistin etkin bir terapi planı hazırlayabilmesi için, hastanın içinde bulunduğu düzey, aşama ve uygulanacak süreçler konusunda hastayla anlaşması yararlı olmaktadır. Bu kapsam içerisinde terapiye hiç gelmeyenleri, gelip de zamansız ayrılanları ve geri dönenleri inceleyip terapiyi neden bıraktıklarını ve neden geri geldiklerini anlamaya çalışmıştır.

Ayrıca daha önce pek araştırılmamış bir alan olan terapistlerin kendilerinin incelenmesi konusunu da ele almış ve terapistlerin kendilerine ve hastalarına bakış açılarındaki farklılık ve benzerlikleri ortaya çıkarmaya gayret etmiştir. Bu arada kişinin hangi aşamada olduğunu gösterecek bir ölçek hazırladığı gibi, genel olarak pek çok değişik tam almış hasta grubuna ayarlanabilecek bir Değişim Süreçleri Ölçeği geliştirmiş ve bunu birkaç hasta grubuna uyarlamaya çalışmıştır.

Bütün bunların yanısıra, bu modelin açıklık getiremediği veya uygulamada zorluk çekilebilecek olan alanlar da vardır. Örneğin Prochaska'nın çalışmalarında ele aldığı sorun davranışların hemen hepsi ölçülebilecek davranışlardır. Bu arada klinik psikolojide ölçülemeyen, üzerlerinde bir ölçek hazırlanması ya da uygulanabilmesi güç, hatta olanaksız olan tanı grupları vardır. Ayrıca yaptığı araştırmaların büyük bir kısmı klinikte veya hastanede yatmayan hasta gruplarından oluşmaktadır. Bu yüzden klinik hastalarla uygulama çalışmalarına ve değişik tanı gruplarıyla yapılacak araştırmalara ihtiyaç vardır. (Bu arada Prochaska'nın son yıllarda yayınladığı araştırma raporlarının bulunamadığı için bu değerlendirmeye katılamadığımı da belirtmek isteriz.)

Genel olarak bakıldığında eksik yönlerine rağmen Prochaska'nın halen mevcut olan terapi ve kuramlardan yola çıkarak, terapistler tarafından bir rehber olarak kullanılabilir çok yönlü bir model, bir yaklaşım tarzı geliştirmeye çalıştığını söyleyebiliriz.

KAYNAKLAR

1. **Goldfried, M.R.:** "Toward the Delineation of Therapeutic Change Principles." *American Psychologist*, 1980, 35, 11, 991-999.
2. **Karancı, N.A.:** "Casual attributions for psychological illness among Turkish psychiatric in-patients and their relationships with hope." *The International Journal of Social Psychiatry*, 1987, 32, 4, 3-13.
3. **McConaughy, E.A., Prochaska, J.O., and Velicer, W.F.:** "Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles." *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1983, 20, 3, 368-375.
4. **Norcross, J.C., Prochaska, J.O., and Hambrecht, M.:** "Levels of attribution and Change (LAC) Scale: Development and Measurement." *Cognitive Therapy and Research*, 1985, 9, 6, 631-649.
5. **Norcross, J.C. and Prochaska, J.O.:** "Psychotherapist heal thyself-I" *Psychotherapy*, 1986, 23, 1, 102-114.
6. **Norcross, J.C. and Prochaska, J.O.:** "Psychotherapist heal thyself-II", *Psychotherapy*, 1986, 23, 3, 345-356.
7. **Prochaska, J.O., et all.:** "Self-change processes, Self-efficacy and self-concept in relapse and maintenance of cessation of smoking", *Psychological Reports*, 1982, 51, 983-990.
8. **Prochaska, J.O. and Diclemente, O.C.,** "Transtheoretical Therapy: Toward a more integrative model of change." *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1982, 19, 3, 276-288.
9. **Prochaska, J.O., and DiClemente, C.C.:** "Stages and processes of self-change of smoking: Toward and integrative model of change." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983, 51, 3, 390-395.

10. **Prochaska, J.O., and Norcross, J.C.:** "Psychotherapist's Perspectives on treating themselves and their clients for psychic distress." *Professional Psychology: Research and Practice*, 1983, 14, 5, 642-655.
11. **Prochaska, J.O.:** *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*, 1984, The Dersey Press, Homewood.
12. **Prochaska, J.O. et all.:** "Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988, 56, 4, 520-528.

