

# DAVRANIŞ TEDAVİLERİ

— Bir Çeviri —

S. MORLEY

**Davranış Tedavilerinin Karakteristikleri:** Davranış tedavisinin açık seçik bir tanımlaması yoktur, fakat davranış tedavi yaklaşımları gene de az çok şekillenmiş, belirgin hale getirilmiş sistemler üzerinden yapılır. Tedavi doğrudan semptomların kendisine ve onların belirleyicilerine yöneliktir; semptomlar altlarındaki şahsiyet bozukluğunun bir belirtisi ve sonucu olarak algılanmaktan başka onun yanında ve ondan daha fazla olarak her bir semptom kendi başına bir problem, kendi başına bir olgu olarak değerlendirilir. Davranış tedavileri belirgin özel tedavi amaçlarını kapsar ve her bir vakaya ait tedavi prensiplerinin yine o vakadan edinilen tecrübeler ışığında zamanla ve kontrollü biçimde ortaya çıkarılmasını amaçlar.

**Davranış Tedavilerinin "Eşdeğer (Analog) Çalışmalarının" Kullanılması::**

Davranış tedavisi tekniği ile ilgili bir grup çalışma eşdeğer (analog) popülasyonlar üzerine uygulandı. Bu tür popülasyonlar, klinik dışı öğrenciler arasından seçilmiş, kendilerinin özel bir çalışmaya alındığını bilen ve orta derecede semptomlar gösteren kişilerden oluşmuştur. Bunları klinik gruptan ayıran çeşitli değişkenler vardır. Öncelikle bunlar çalışmaya katılmanın karşılığında para almaktadırlar. Prognozu etkileyecek derecede sosyal bir destek sahibidirler. Analog çalışmalar değerlendirilirken, bu çalışmaların tam manasıyla klinik problemlere uyarlanamayacağı, ancak tedavi tekniklerinin inkişafında bir rol alabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bir tedavi prosedürünün başlangıçtaki testi en iyi ve en kolay biçimde analog toplumlar üzerinde denenerek yapılabilir. Çalışmada tedavi prosedürünün efektif komponentlerinin ortaya çıkarılabilmesi için grubun oldukça homogen biçimde kurulması gerekir.

Toplumda ancak sınırlı sayıda analog toplulukları kurulabilir. Genellikle en iyi biçimde monosemptomatik korkular için iyi bir analog popülasyon oluşturulabilir. Ayrıca agorafobik sendrom, obsesyonlar, kompülsiyonlar için oldukça eşdeğer analog popülasyonlar kurulabilir. Yeni bir araştırmada toplumda zorlu istenmeyen dü-

şüncelerin oldukça yüksek bir prevalans gösterdiği söylenmektedir. Normallerde görülen obsesyonlarla hasta kişilerin obsesyonları arasında da belirgin farklılıklar gözlenmektedir.

**Korku ve Sakınmayı Değiştirmek İçin Metodlar Flooding ve Implosion**

Bu iki terim sıklıkla birbirinin yerine kullanılabilen ve farklı tecrübelerden yola çıkan benzer iki prosedüre verilen isimdir. Implosion, Stampfl tarafından geliştirilmiştir. Bu araştırmacı fobi ve obsesyonların klasik şartlanma ürünleri olduğunu düşünmekte ve korkunun kişiye zarar verici bir takım olaylarla birlikte yaşanmış bir sonuç olduğu tesbitini yapmaktadır.

Korkuyu yaratıcı stimuluslar şartlı stimuluslar olarak (CS) isimlendirilir. Buna karşılık korku cevapları da şartlı cevaplar olarak (CR) isimlendirilir. Şartlı cevabın sönmesi, kuvvetlendiricinin olmadığı durumda tekrar şartlı stimulusun verilmesiyle olur. Stampfl iki tür şartlı stimulus olduğunu (CS) söylemiştir. "Rastgele semptomatik semboller" ve "peşisıra semptomatik semboller" Rastgele semptomatik semboller daima şahısta korku semptomlarıyla beraberdir ve fobiyi bir kategori olarak tanımlar (Mesela agorafobi sendromunda kalabalık bir dükkan). Peşisıra semptomatik semboller ise orjinal şartlanma olaylarında meydana gelir. Mesela arabaların arasında dolaşmaktan sakınan bir kadın 15 yıl önce oğlunun akut hastalığı nedeniyle onu belli bir mesafeden görmek zorunda kalmış ve yoğun bir anksiyete yaşamıştı. Sonraları kadında bir seyahat fobisi geliştiği zaman, bu fobinin altına oğlunu kaybetme korkusu yerleşmiş bulunuyordu; Bu vakada arabalar "Rastgele semptomatik Sembol", çocuğun hastalığı da "Peşisıra semptomatik sembol" olarak değerlendirilebilir.

"Implosion" tedavisi, klinik intervüv, değerlendirme ve muhakeme aşamalarında öncelikle sembollerin bir bütün halinde çıkarılması ve kurulmasıyla başlatılmalıdır. Hastadan semboller (Peşisıra semptomatik Semboller) kapsar biçimde) mümkün olduğunca canlı biçimde tasavvur etmesi istenir. Bu durumda öncelikle anksiyete doğar ve sürer, fakat daha sonra denemeler iler-

\* Management and Treatment in Adult Psychiatry'den özetleyerek çevirenler: Dr. M. Emin Ceylan ve Dr. S. Hakan Sayita

ledikçe anksiyetede bir azalma, yarılma meydana gelir (Implosion). Bu durum tahayyül edilen manzaranın içeriğindeki değişikliklerle devam ettirilir ve sonunda tahayyül edilen durum anksiyete doğurmaz olur. Kontrolsüz çalışmalar göstermiştir ki "Implosion" fobinin değişik türleri ve obsesyonel durumlar için geçerli bir tedavi yöntemidir. Buna karşılık Levis ve Harre (1977) kontrollü çalışmalarda "peşisıra semptomatik semboller"in modifiye edilmesine yönelik denemelerin etkili sonuçları görüldüğünü ancak buna karşılık, "rastgele semptomatik sembol"lerin de denemeye alınmasının çok açık etkili sonuçlarının görülebileceğini ima etmişlerdir (Flooding de olduğu gibi)

Flooding, Implosiona benzerdir. Bu yöntem korkunun uzun bir süre kendisini yaratan olayla o insanın hayali ve gerçek olarak karşı karşıya bırakılması faraziyesi üzerine kurulur. Flooding ve Implosion arası ana farklılık, Flooding de hipotetik" peşisıra semptomatik semboller"in hasta ile karşılaştırılmaması ve seans anında korkunun en yüksek düzeyde ortaya çıkarılmasına gerek bulunmamasıdır.

Flooding pratiği de dikkate değer farklılıklar gösterebilir. "Uzamış seanslar" değişik müelliflerce 2 dakikadan 2 saate kadar uygulandığı olmuştur. Stimulus verilmiş biçimlerinde de farklılıklar olmaktadır (in vivo, hayal ederek, işitsel, video teypten). Hastalar teker teker seansa kabul edilebildikleri gibi grup olarak da alınabilir (grup ve birey tedavileri). Ayrıca bazı otörler seans sırasında bazı farmakolojen ajanları verdiği gibi diğer bazıları vermemektedirler.

Marshall (1979) korkunun kendi kendini sınırlayıcı bir reaksiyon olduğunun bilinmesi gerektiğini söylemiştir. Giderek artan korkunun bir başlangıç periyodundan sonra, korkuyu yaratıcı stimulusla devamlı olarak karşılaşmaya devam etmek sonunda reaksiyonun prestimulus öncesi devreye dönüşü ile sonuçlanır. Ancak bunun için kişinin yeterince uzun bir süre stimulusla karşılaşmış olması gerekir. Hasta bu şekilde uzun süre stimulusla karşılaşırse stimulusla karşı çok daha adaptif bir davranış geliştirebilmektedir. Marshall daha önce Eysenek tarafından yapılmış olan analizi tasdik etmiştir. Şöyle ki eğer hasta şiddetli bir stimulusla kısa süre karşılaşılırsa o durumda korkunun şiddeti daha da artar. Önemli olan hastanın korkunun azalmasını sağlayacak kadar uzun bir süre stimulusla karşılaştırılmış olmasıdır.

#### Model Yaratma

Davranışın öğrenilmiş diğer yönleri hastanın

önüne getirilen başkalarına ait modellerin seyredilmesi yoluyla olur. Bu öğrenilmiş şekiller basit motor davranışlardan kompleks bilinç aktivitelerine kadar değişiklik gösterir. Modellemede temel üç etki vardır: Yeni davranışa geçiş, istenmeyen ve gereksiz cevapların inhibisyonu, yeni inşa edilmiş cevapların kolaylaştırılması. Dördüncü bir etki kendi kendini idare etmenin (self regulation) bilinç düzeyinde kurulup geliştirilmesi. Modellemede psikolojik mekanizmalar dikkat, hafıza, uygun davranışın ortaya çıkarılması ve motivasyondur. Davranış terapisinde modellerin sunuluşu, modelin karakterine ve hastanın modeli yorumlayabilme derecesine bağlıdır. Modeller teyp veya video filmdeki gibi sembolik ya da canlı olabilirler. "gizli" modeller sözel bir tanımlamadan sonra hasta tarafından tanımlanan, hayallenen modellerdir, ki en az diğerleri kadar etkili olmaktadır. Bu hayalleme pasif bir tutumdan aktif bir angajmana kadar değişik biçimlerde olabilir. Ve hasta için en fazla teröpatik değeri bu aktif angajman sağlar. Modellemeler terapist tarafından düzeltmeyi, cesaretlendirmeyi, sosyal yaklaşımı, rehberliği gerektirir. Terapist aktivite derecesini yavaş yavaş düşürmek zorundadır. Modelleme prosedürlerinde diğer değişkenler, terapistin psikolojik karakteristikleri tekrarlanan seans sayısı, derecelendirilmiş hiyerarşinin varlığı ya da yokluğudur. Eğer modellemede hastanın bir gözlemcinin aynı modeldeki davranışlarını kopye etmesi istenirse bu modellemeden alınan sonuç çok daha etkili olmaktadır (meichenbaum, 1971, Kazdin, 1974 ve diğ.)

Özet olarak modelleme ebsesif-kompulsif ve fobik hastalarda, korku ve sakinmeyi azaltmada ve adaptif uygun bir davranış geliştirmede yeterli bir terapötik bir prosedürdür (Bandura 1963, Rachman 1976 ve diğ.)

#### SİSTEMATİK DESENSİTİZASYON

Sistematiik Desensitizasyonun, genel davranış örüntüsünde merkezi bir yeri vardır ve genel davranış prensiplerine uygun olarak uygulanır. Örneğin bir grup durum ve objeler karşısında anksiyetesi artan bir şahıs, bu durum ve objelere derece derece ve anksiyeteyi yenecek uygun bir psikofizyolojik konumda yaklaşırsa anksiyetesinin önüne geçebilmektedir. Bu konuyla ilgili ilk çalışmaları Joseph Wolpe yapmıştır. Araştırmacı çalışmalarını kediler üzerinde yürütmüştür. Daha önce şok verdiği kafese kedileri adım adım yaklaştırmış ve kedilerde anksiyete yaratmıştır. Fakat kedilere her adım atışlarında yiyecek vermiştir. Bu şekildeki denemelerin tek-

rarından sonra, kedilerdeki anksiyetenin ortadan kalktığını tesbit etmiştir. Aç kedilerde yemek tarafından geliştirilen psikofizyolojik durumla anksiyeteye karşı her adımda bir karşı şartlanma geliştirilebilmiştir.

**Prosedür:** Karşı konulamayan anksiyetenin geliştiği kişilerde Sistematik Desensitizasyonun uygulanışında karşı şartlanma fizyolojik konumu, yemeden çok kas gevşetme (Muscle Relaxasyon) ile sağlanmağa çalışılır. Durum ve objeleri kullanarak terapist ve hasta anksiyeteyi provake edici sahnelerin, bir derecelendirilmesini ve hiyerarşisini kurmalıdırlar. Son olarak ta anksiyeteyi provake edici sahneler ve Relaksasyon birlikte sunulur. Sistematik Desensitizasyon üç aşamadan oluşur:

- 1- Relaksasyon talimleri
- 2- Hiyerarşinin kurulması
- 3- Bu iki aşamanın çiftleştirilmesi

#### Relaksasyon Talimleri

Değişik yöntemler büyük bir kas relaksasyonu için kullanılabilir. Bu yöntemlerden biri 1938 yılında Jacobson tarafından ortaya atılmış olan Progressive relaksasyon yöntemidir. Bu yöntemde, hastaya vücudun üst kısmındaki kas gruplarından başlamak üzere özellikle ana kas gruplarında sistematik bir biçimde aşağıya doğru önce germek, ondan sonra da gevşetmek şeklinde kaslarını gerip, gevşetmesi öğretilir. Bu relaksasyon talimlerine hastanın kendi kaslarını gerip, gevşetmesini iyice öğrendiğine kanaat getirmeden son vermemek gerekir. Bazı klinisyenler, bazı uygun hastalarında relaksasyonu kolaylaştırmak için hipnozu kullanırlar. Bazı kilnsyenlerde teyp ile hastanın kendi kendisine çalışma yapmasını ve böylece gevşemeyi daha kısa zamanda öğrenmesini sağlarlar.

#### Hiyerarşinin kurulması

Bu aşamada klinisyen uygunsuz anksiyeteyi doğuran bütün durum ve objeleri tesbit eder. Bu durum ve objeleri kendi içlerinde guruplar mesela polisemptomatik fobisi olan bir hastada, yüksekliğe karşı, kapalı yerlere karşı, sosyal eleştirilere karşı fobileri olabilir. Bu fobilerin her birisi için 10-12 sahnelik birer liste hazırlanabilir. Aralarında anksiyeteyi gidererek arttırıcı bir düzenleme yapılabilir. Mesela Akrofobisi olan bir hastada düzenlerae: "Sen şimdi ikinci kattasın ve pencerenin yanındasın" şeklinde başlatılabilir ve "Sen şimdi yirmi katlı bir binanın üstündesin, kenar çizgisinin üstünde boylamasına uzanıyor-sun ve uzanıp aşağıya bakıyorsun" şeklinde bitirilebilir.

#### Desensitizasyon uygulaması

Anksiyetenin şartlanmasının kırılması herbir hiyerarşik şemanın hasta derin bir relaksasyon içindeyken canlı olarak tahayyül ettirilmesidir. Anksiyete şartlanmasının kırılması sistematik olarak yapılmalıdır. En az anksiyete doğurucu şema ile başlamak ve hastanın cevaplarının belirlediği (ortaya çıkan anksiyeteye göre) hızda liste üzerinde ilerlemelidir. Genel olarak hasta, sunulan bir sahne ile ilgili olarak minimal bir anksiyete geliştirmeye alıştığı zaman listede bir adım ilerlenmelidir. Ancak herbir sahnede minimal anksiyeteyi elde etmek için çeşitli tekrarlar yapmak gereklidir.

#### Sistematik Desensitizasyon tedavisinin endikasyonları

Sistematik desensitizasyonun sadece klasik fobilere uygulanabilirliği şeklinde yanlış ve yaygın bir kanı vardır. Oysa sistematik desensitizasyon davranış bozukluklarının geniş bir kesimine uygulanabilmektedir. Genel olarak bir şahıs anksiyete doğurucu bir stimülustan bahsettiği zaman o şahsa bu tedavi yöntemi uygulanabilir. Özel obje ve durumlar tarafından ortaya çıkan obsesif kompulsif bozukluklar bu tedavinin uygulanabileceği vakalardır. Wolpe (1973) şiddetli el yıkama kompulsiyonu olan bir hastada, bu kompulsiyonun idrara dokunma korkusu nedeniyle başladığını anlamış ve hastayı giderek artan idrar konsantrasyonlarıyla desansitize etmiştir.

Desansitizasyon kekemeler üzerinde de uygulanmıştır. Bazı konuşma durumlarında ortaya çıkan anksiyeteye karşı desensitizasyon çalışması yaparak kekemelerin tedavisi mümkün olmuştur. (Brady 1968)

Bazı seksüel problemler, bir gurup pisokofizyolojik bozukluk desensitizasyon tedavisine alınabilir. Dismenore ve Astım Bronşiyale gibi hastalıklarda da sistematik desensitizasyon tedavisinden yararlanılabilir.

**Limitasyonlar:** Özellikle konuşma bozukluklarında hastanın anksiyetesi giderilebilmekte ancak, hasta tam bir konuşma kazanamamaktadır. Çünkü konuşmanın yeniden kazanılması farklı bir uygulama ve öğrenmeyi gerektirir. Bazı sosyal olaylar hastaya verilen tedavinin aksi yönde bir kuvvetlendirme etkisi yaparak hastanın tedavi sonucunu olumsuz yönde etkileyebilirler.

**Beraber kullanılan ilaçlar:** Sıklıkla Barbitürat Sodyum Methohexital (Brevital) subanestetik dozlarda İ.V. olarak verilir. Bir seansta 60 mg bölünerek verilir. Hastalar uygulanan bu yöntem-

den memnun kalmaktadırlar. Böylece genel tedavi süresi kısalabilmektedir. Ancak ilacın farmakolojik bir etki ile doğrudan doğruya anksiyete şartlanmasını ortadan kaldırdığı da düşünülebilir.

### Cevabın Önlenmesi

Bu durum hastanın korku uyandıran stimulus-tan kaçmak biçiminde geliştirdiği yanlış cevap-tan hastayı korumak biçiminde uygulanır. Mesela agorafobik bir hastanın kalabalık bir dükkanda kalması ya da kompulsif bir hastanın saçma ritüellerinden sıyrılmaya çalışarak sağlanmaya çalışılır. Bunun için seansların tekrarlanması ve uzun tutulması gereklidir. (Mills ve diğ. 1973). Şu an geçerli olan yöntemler hastanın cevabının önlenmesi için zorlayıcı tedbirler almak kadar ileri gitmiştir. Hastalardan ritüellerini tekrarlamamak konusunda kendilerini zaptetmeleri istenmiştir (Marks ve diğ. 1975). Bir kısım araştırmacıda hastalarını 24 saat gözleyerek ritüellerini tekrarlatmamak yolunu denemişlerdir (Mayer ve diğ. 1974). Özellikle bu son denemeden yazarlar oldukça başarılı sonuçlar almışlardır.

Davranış tedavisinde terapötik üç düzenleme vardır; Korku ve sakinmanın uyandığı stimuluslardan karşılaşmak, kaçış ve sakinmanın önlenişi, uygun bir davranışın süreç içinde adaptasyonu. Bu metodlar, sosyal, obje, kan, injuri, uçuş ve seyahat fobileriyle agorafobide kullanılabilir. Fobik durumla gerçek bir karşılaşma hayali bir karşılaşmadan daha etkili sonuçlar vermektedir. Uzamış seanslar daha etkili ve çabuk bir düzelmeye sağlarken yine uygun modeller daha kesin sonuçlar vermektedir (Bandura 1977).

Seçilecek uygun tekniği daha çok pratik amaçlar sağlar. Mesela fobik durumun hayal edilebilir bir karakteri olması (aynen bir karabasan-daki gibi) ya da gök gürlemesi ve şimşek çakması gibi elde edilemeyen veya kontrol edilemeyen bir korku türü olması seçilecek metodu belirleyici özellikler olacaktır. Flooding ve desensitizasyon arasında yapılacak tercihi hasta belirlemelidir. Pekçok hasta şiddetli bir korkuyla karşılaşmak için oldukça cesur bir istek duyar. Flooding yönteminin de istenmeyen yan etkilerinin olduğunu gösterir fazla delil yoktur (Shpley 1980)

Kompulsiyonların tedavisinde hasta gerçek hayat tecrübesiyle (Kompulsiyonu yaratıcı stimulusla) karşı karşıya bırakıldığı zamanlarda alınan sonuçlar daha doyurucudur. Fakat böyle bir durumda verilen kompulsif cevabın önlenmesi gerekir. Bu tedavi katımlı modeller kullanıldığında daha etkili sonuçlar vermektedir. Yapıp bozma, temizlemek, yıkamak ve diğer tekrar-

layıcı ritüeller kombinasyon teknikleriyle daha başarılı sonuçlar vermektedir.

Sistemik desensitizasyon obsesif kompulsif hastalıklarda yeterince etkili görülmemektedir. Bunun yerine tasavvur etme üzerine kurulmuş teknikler bu bozuklukta daha fazla araştırmayı gerektiren tekniklerdir. Foa ve arkadaşları (180), tasavvur etmede flooding ilavesinin, kompulsif yapıp bozmanın tedavisinde cevap önleme ve in-vivo karşılaşmanın etkilerini arttırdığını iddia etmişlerdir. Bilindiği gibi kompulsif yapıp bozma davranış tedavisine en dirençli nöroz biçimidir. Ve ancak bu şekilde bir teknikler kombinasyonu ile tedavi mümkündür (Rachman 1980).

Kompulsif davranışla beraber olmayan obsesyonların tedavisinde hangi metodların kullanılacağı açık değildir. Birkaç başarılı rapor vardır ve genellikle "düşünce durdurması" prosedürünü kullanmışlardır (Stern ve ark. 1975). Fakat hangi hastaların iyi cevap verdiği açık değildir.

### Sosyal Davranışı Değiştirmek İçin Metodlar:

Psikiyatrik sendromlar sıklıkla insanlarla ilişki kurmakta güçlük ve diğer sosyal bozukluklarla birliktedir (Zigler ve Philips 1960). O yüzden hastaları şahsın sosyal performansını yükseltici doğrultuda, sosyal başarıları yükseltici doğrultuda deneyimlere tabi tutmak gereklidir. Bu prosedür göz kontak ilişkisi, ses kontrolü ve postür gibi bazı uygun motor komponentlerin kazanılması ile ilgilidir. Wolpe (1969) tarafından yapılan yorumda sosyal çekilmenin anksiyete ile yakın ilişkisine dikkat çekilmiştir. Yoğun anksiyete sosyal performansta bir yetersizlik yaratmaktadır. Hatta bazı insanlar her sosyal davranışta bir anksiyete yaşarlar. Bu nedenle böyle bir kişiyi sosyal başarılarla doğru itmek Wolpe tarafından tartışılabilir bir konu olarak görülmektedir.

Daha ileritekniklere ait çağdaş modeller hastayı dışardan kontrol edilebilen durumların içine hastayı bir tiyatro oyuncusu gibi sokmakta ve ikinci şahıslar tarafından kendisinin sosyal performansın yüksek olduğu konusunda telkinlerde bulunmaktadır. Tabii ki bütün bu aşamalarda terapistin yakın rehberliği vardır. Sosyal başarıyı teşvik etmek biçimindeki modellerin üstünlüğünü gösteren çalışmalar yapılmakla beraber biz şu an için herhangi bir modelin diğerine olan üstünlüğünü kabul etmiyoruz.

Araştırmacılar sosyal performansın arttığına ilişkin ölçüm kriterlerini göz kontak ilişkisinin süresine, hastanın konuşma biçimine dayandırmaktadırlar. Ancak bunun hastanın psikiyatrik durumu hakkında ne kadar bilgi verici olduğu tartışılabilir.