



Bireyselleştirilmiş Psikoterapi: Bir Gözden Geçirme

Individualized Psychotherapy: A Review

 Nur Başakhan Uzun¹,  Orçun Yorulmaz¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir

ÖZ

Klinik psikoloji uygulayıcıları, danışanlarla psikoterapi sürecini yürütürken uygulamalarını danışanlarına göre şekillendirmek durumunda kalsa da bunu yapmak için görgül olarak desteklenmiş çok az rehber vardır. Bir süredir klinik psikolojide hangi psikoterapinin etkili olduğuna ilişkin sorular sorulmaktadır. Bu sorular farklı psikolojik bozukluklar için etkili olup olmadığı incelenen çeşitli psikoterapi yaklaşımları odağındaki çalışmaları hızlandırmıştır. Ancak bu çalışmalarda danışan tarafının eksik kaldığı görülmektedir. Kanıta dayalı uygulama yaklaşımının da ortaya çıkmasıyla son yıllarda artan sayıda çalışma "bireyselleştirilmiş psikoterapi" yaklaşımı bağlamında psikoterapi uygulamalarının danışan özelliklerine göre uyarlanmasına odaklanmaktadır. Bu uyarlama, tedavi öncesi karar verme ile başlasa da tekniklerin seçilmesi, sıralanması, terapi süreci boyunca değişikliklere göre uyarlamaların devam etmesini de kapsamaktadır. Ayrıca, terapi sürecinde seansların sıklığı, sonlandırmanın nasıl ve ne zaman yapılacağı da psikoterapinin danışana özgü sunulmasında önemli noktalar. Bu alan yazın derlemesinde, söz konusu önemli noktalarda kişiselleştirmenin nasıl yapılacağına ilişkin çeşitli yaklaşımlar ve yöntemler sunulmakta ve gelecekteki çalışmalar için önerilerde bulunmaktadır.

Anahtar sözcükler: Psikoterapi, kanıta dayalı uygulama, bireyselleştirilmiş psikoterapi

ABSTRACT

Although clinical psychology practitioners have to tailor their practice to their clients when conducting psychotherapy with clients, there is little empirically supported basis for doing so. For some time now, questions have been asked in clinical psychology about which psychotherapy is effective. These questions have accelerated studies focusing on various psychotherapy approaches that are examined whether they are effective for different psychological disorders. However, it is seen that the client side is missing in these studies. With the emergence of the evidence-based practice approach, an increasing number of studies in recent years have focused on the adaptation of psychotherapy practices according to client characteristics in the context of the "individualized psychotherapy" approach. Although this adaptation starts with pre-treatment decision-making, it also includes the selection and sequencing of techniques and the continuation of adaptations according to changes during the therapy process. In addition, the frequency of sessions in the therapy process, how and when to terminate psychotherapy are also important points in presenting psychotherapy specific to the client. In this literature review, various approaches and methods are presented on how to perform personalization at these important points and suggestions are made for future studies.

Keywords: Psychotherapy, evidence based practice, individualized psychotherapy

Giriş

Psikolojik sorunlar kişisel, ekonomik ve sosyal açıdan çok yüksek maliyetlere yol açmaktadır. Bu maliyetlerin azaltılmasında da elbette psikolojik müdahaleler önemli bir rol oynamaktadır (Holmes ve ark. 2018, Moore ve ark. 2020). Geçtiğimiz 50 yıl boyunca klinik psikoloji alanı, psikolojik müdahalelere ilişkin çalışmaların yanı sıra bu müdahalelerin etkisi olup olmadığına ilişkin tartışmalara tanık olmuştur. Bu tartışma, 1936 yılında S. Rosenzweig'in psikoterapinin işe yarayıp yaramadığına ilişkin çalışmasının sonunda "Dodo Kuşu Hükmü" olarak bilinen ve hangi terapinin etkili olduğuna dair bir sonuca ulaşamadığını vurgulayan "Herkes yarıştı, herkes kazandı." cümlesi ile başlamıştır (Luborsky ve ark. 1975). Ardından, birçok psikolojik müdahalenin farklı yöntemlerle (ör., meta-analiz, sistematik derleme) karşılaştırılmasına yönelik çalışmalarla (Eysenck 1952, Smith ve Glass 1977) tartışma, hangi psikoterapinin daha etkili olduğu tartışması haline gelmiştir. Yapılan çalışmalarda, farklı psikolojik bozukluklara sahip bireylere uygulanan terapilerin karşılaştırılması gibi yöntemsel eksiklikler (farklı nitelikteki örneklemeleri kıyaslama gibi) göz önünde bulundurulduğunda "Kim için hangi yöntem, hangi koşullarda çalışır?" sorusu daha çok önem kazanmış; seçkisiz kontrollü çalışmalar (SKÇ) gibi standardize ve objektif özelliklere sahip araştırma yöntemleri öne çıkmaya başlamıştır. Görgül Olarak

Yazışma Adresi / Address for Correspondence: Nur Başakhan Uzun, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü, İzmir, Türkiye **E-mail:** basakhan.uzun@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 23.07.2024 | **Kabul tarihi/Accepted:** 25.09.2024

Desteklenen Tedavi Yöntemleri (Empirically Supported Treatments-EST)'nin kabul görmesiyle birlikte SKÇ'ler belirli koşullar altında belirli danışanlara uygulanan bir müdahalenin etkisi olup olmadığına ilişkin soruya yanıt bulmak için daha çok kullanılır olmuştur (Beutler 1998, Elliot 1998). Ancak bilimsel araştırmalardaki çalışma koşullarının aşırı önemsenmesi ve steril kalması gerek tanınal özellikler gerekse uygulama koşulları gibi alanlarda bilimsel çalışmaların gerçek klinik ortamları temsil edememesi gibi yönlerden; bu tür belirli koşullar altında belirli tedavilerin etkisine yönelik çalışmalar eleştirilmektedir. Alandaki tartışma yerini, en iyi müdahalenin bulunması amacıyla araştırma bulgularına odaklanmanın önemli olsa da sınırlı kaldığını; terapistin klinik deneyiminin ve danışan özelliklerinin de dahil edilmesi gerektiğini öne süren "Kanıt Temelli Uygulamalar"a (Evidence Based Practice-EBP) bırakmıştır (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice 2006).

Yapılan çalışmalara bakıldığında gerçekten de terapistin klinik deneyiminin veya danışan özellikleri gibi yönlerin araştırılmasına ihtiyaç olduğu, birçok noktadan görülebilir. Öncelikle, etkin tedavinin bulunmasına yönelik birçok çalışma yapılsa da, tutarlı bir sonuç elde edilemediği; yani neredeyse Dodo Kuşu Hükmünden (hangi terapinin daha iyi olduğunun tam olarak bilinmemesi) pek ileri gidilemediği söylenebilir. Yapılan bazı çalışmalarda, psikolojik tedavilerin ortalama etki büyüklükleri arasında tutarlı farklılık bulma konusunda başarısız olduğu vurgulanmıştır (Cuijpers ve ark. 2008, Gibbons ve ark. 2016, Wampold ve ark. 2017). SKÇ çalışmalarındaki sayısal artışla birlikte DSM (Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5 TR; APA 2013) tanılarına göre uyarlanmış ayrıntılı terapötik protokoller, çok sayıda kanıt dayalı psikoterapi uygulaması (ör., bilişsel-davranışçı terapi [BDT], kişilerarası terapi [IPT], üçüncü dalga psikoterapiler) ortaya çıkmıştır. BDT yaklaşımı, birçok psikolojik bozukluk için (ör., depresyon, kaygı bozuklukları vb.) etkisi olduğu desteklenen iyi yapılandırılmış tedavi olarak nitelendirilse de son yıllarda yapılan SKÇ veya sistematik derlemeli meta-analiz çalışmalarında, üçüncü dalga psikoterapi yaklaşımlarına göre anlamlı bir avantaj gösterememiştir (Ost 2008, Hunot ve ark. 2013, Cougle ve ark. 2017, Wampold ve ark. 2017). Psikolojik bozukluklara yönelik kanıt dayalı tedavilerin hızla büyüyen listesine rağmen, bu alanda yürütülen çalışma sonuçlarında yer alan ve psikoterapinin etkinliğini temsil eden oranın son yıllarda artmadığı görülmektedir (Cuijpers 2017). Yani, etkisi olduğu gösterilen tedavilerin sayısının artmış olması psikoterapinin daha etkili, daha işe yarar bir şekilde uygulandığını göstermemektedir. Ayrıca yapılan çalışmalarda etkisi olduğu gösterilen bir müdahale yöntemi bulunsa da, aslında tam olarak neyin bu etkiyi sağladığı, hangi mekanizmaların değişim ürettiği veya aracılık ettiği konusu da net değildir (Kazdin ve ark. 2011).

Başka bir nokta, günümüzde psikolojik bozuklukların karmaşıklığının klinik araştırma ve uygulama açısından zorluk yaratıyor olmasıdır (Rodríguez 2018). Psikolojik bozuklukların, klinik kılavuzların tam olarak kapsayamayacağı kadar karmaşık olduğunu vurgulamak gerekir; aynı bozukluk bir birey ile diğeri arasındaki büyük farklılıklarla karakterize edilmektedir (Cramer ve ark. 2010, Eaton ve ark. 2023). Güncel çalışmalarda farklı psikopatoloji belirtileri incelenerek aynı tanıya sahip olsa dahi bireylerin çeşitli belirti kombinasyonları ile klinik görünümünün farklılaştığı dile getirilmektedir (Forbes ve ark. 2024, Olthof ve ark. 2023). Ayrıca tanıları arasında örtüşen belirtiler olduğu örneğin majör depresif bozukluk semptomlarının farklı psikopatolojilerde tekrar ettiği belirtilmektedir (Forbes ve ark. 2024). Tek bir tanıya odaklanmak, birden fazla psikopatolojiyi kapsayan semptomlar veya ilişkili faktörlerin gözden kaçmasına yol açabilir (Wilshire ve ark. 2021). Öyleyse, kanıt dayalı aynı psikolojik müdahale aynı psikolojik bozukluğa sahip iki kişi için farklı etki gösterebilir (DeRubeis ve ark. 2014). Yani sıra eş tanısı olan insanların tedavisi, birden fazla odaklı kılavuzların kullanımını gerektirecektir; fakat bu yönde hareket eden klinisyenler için, komorbid belirtileri olan kişilerin tedavisi sırasında farklı kılavuzlarla nasıl çalışılacağına ilişkin bir manuel bulmak neredeyse imkansızdır (Langer ve Jensen-Doss 2018); böylesi durumlarda ise klinisyenler kişisel çıkarımları ve sezgileriyle baş başa kalır.

Özetle, tanı ve müdahaleye yönelik tek kalıpların herkese uyduğu yaklaşımı ile yapılan psikolojik müdahale yaklaşımlarının kısıtlılığından söz etmek mümkündür (Marchette ve Weisz 2017). Buna karşılık, bireyselleştirilmiş-psikoterapi yaklaşımı olarak adlandırılan yeni bir yaklaşım, aynı tanıya sahip bireylerin aynı patolojik süreçleri paylaştığını varsayan mevcut tanı sistemlerinin ötesine geçmektedir; en yalın haliyle müdahaleleri bireye göre uyarlamaya dayanır (Hamburg ve Collins 2010, Cohen ve DeRubeis 2018). Bu, psikoterapinin etkinliğini artırmak ve kanıt dayalı uygulama tartışmalarında yol alınması açısından umut verici bir yaklaşım gibi görünmektedir. Güncel bir çalışmada, psikoterapi alan veya almakta olan danışanlarla yapılan nitel görüşmeler değerlendirildiğinde, danışanların "Tedavinin bana göre düzenlenmesi yerine, ben tedaviye göre düzenleniyordum gibi hissettim." örneğiyle birlikte bu şekilde bir psikoterapiyi yararlı bulmadıkları belirtilmektedir. Yani söz konusu yaklaşım danışan deneyimleri açısından bakıldığında da oldukça önemli bir ihtiyacı işaret etmektedir (Li ve ark. 2024). Ayrıca bu ihtiyaçla paralel olarak bireyselleştirilmiş psikoterapinin etkisinin incelendiği bir meta analizde; kişiye özel psikolojik bakım uygulandığı takdirde standart müdahalelere göre daha iyi sonuç elde edileceği bulgusuna ulaşılmıştır (Nye ve ark. 2023). Son yıllarda birçok çalışmada bu yaklaşıma yer verilmektedir ve Norcross ve Cooper tarafından (2021) "bireye özgü/bireye göre tasarlanmış/

özelleştirilmiş kanıta dayalı psikoterapi" (evidence-bespoke psychotherapy) terimi ile ifade edilmiştir. Bu bağlamda bu çalışmada da, diğer çalışmalarda sıklıkla kullanılan "individualized psychotherapy", "tailoring" kavramları ile paralel olarak "bireyselleştirilmiş psikoterapi" terimi kullanılacaktır.

Kişiselleştirilmiş Psikoterapide Yöntem ve Yaklaşımlar				
	Çocuklar için Terapiye Modüler Yaklaşım (A Modular Approach to Therapy for Children (MATCH))			
	Ortak Unsurlar Tedavi Yaklaşımı (Common Elements Treatment Approach (CETA))			
	Bütünleşik Protokol (Unified Protokol (UP))		Rutin Sonuç İzleme (Routine Outcome Monitoring (ROM))	
	Dinamik Değerlendirme Tedavi Algoritması (Dynamic Assessment Treatment Algorithm (DATA))		Klinik Sorun Çözme Araçları (Clinical Problem Solving Tools (CPST))	
Makine Öğrenmesi,	Süreç Odaklı Tedavi (Process Based Treatment (PCT))		Trier Tedavi Yol Göstergisi (Trier Treatment Navigator (TTN))	
Kișiselleştirilmiş Avantaj Endeksi,	Psikopatolojinin Hiyerarşik Taksonomisi (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP))			
En Yakın Komşular Yaklaşımı	Alternatif Kişilik Bozuklukları Modeli'nde (Alternative Model of Personality Disorders (AMPD))	Dinamik Faktör Modeli Sermayeleştirme-Telafi	Sıralı Çoklu Atamaların Olduğu Randomize Kontrollü Çalışmalar	Haftada 1/ haftada 2 Yeterince-iyi seviye (good-enough model) modeli
Paylaşılan Karar Verme Yaklaşımı				
Tedavi Seçimi	Terapi Unsurlarının Kişiselleştirilmesi	Terapötik Unsurların Sıralanması	Terapi Sürecinde Bireyselleştirme	Seans sıklığı ve Terapinin Sonlandırılması

Şekil 1. Kişiselleştirilmiş psikoterapide yöntem ve yaklaşımlar

Bireyselleştirilmiş psikoterapi yaklaşımında öncelikle akla gelen, danışanlara uygun bir tedavi yöntemini seçmek olsa da, aslında bu bir süreçtir ve danışana uygun olduğu düşünülen yaklaşım bir şekilde seçilse dahi terapi sürecinde terapistin karar vermesini gerektiren yeni durumlar ortaya çıkabilir. Örneğin, danışana uygun olduğu düşünülen bir psikoterapi yaklaşımı uygulanırken danışan yaşamında beklenmedik bir travmatik olayla karşılaştığında veya bir kayıp yaşadığında klinisyenlerin nasıl bir yol izlemesi gerektiğine dair açık bir kılavuz yoktur. Benzer şekilde, danışana uygun olduğu düşünülen bir terapi yaklaşımıyla çalışılırken danışanın uygulamakta zorlandığı belirli teknikler olduğunda danışan bunları yapana kadar devam mı edilmelidir yoksa farklı bir terapi yaklaşımına geçiş mi yapılmalıdır, ne zaman ve nasıl gibi çok kritik sorular akla gelmektedir. Benzer pek çok örnek verilebilir; dolayısıyla, yalnızca tedavi başında bireye özgü tedavi seçiminden bahsetmek sınırlı olacaktır. Psikoterapi sürecinde farklı tekniklerin seçimi, tekniklerin sırası, terapi sıklığı, terapistin ne zaman ve nasıl sonlandırılacağı gibi birçok noktada da bireye özgü kararlar verilmesi gerekecektir. Dolayısıyla bu derlemede, psikoterapi seçiminde terapötik unsurların (örn., teknikler) kişiselleştirilmesinde ve sıralanmasında, tedavi sürecindeki değişikliklerinde, tedavinin sıklığı ve sonlandırılmasında psikoterapinin nasıl ve hangi istatistiksel yöntemlerle, neye dayanarak ve ne zaman kişiselleştirilmesi gerektiğine ilişkin yapılan bilimsel çalışmaları derlemek hedeflenmiştir. Bu sayede, uluslararası alan yazında son yıllarda gündeme gelen ve gelecekte de bu yönde ilginin ve belirleyiciliğin artacağı öngörüldüğünden (Norcross ve Cooper 2021), ulusal alan yazında klinisyen ve araştırmacılar da bu yönde genel anlamda bir farkındalık kazandırılması bu derlemenin temel amaçlarından biridir. Bu bağlamda bu çalışmada tedavi öncesinde ve tedavi sırasındaki bireyselleştirilmiş psikoterapi yaklaşımına yer verilen çalışmalar ayrı başlıklar altında sunulacaktır. Devam kısımdaki ana başlıklarda tanıtılan yöntem ve yaklaşımlara ilişkin özet tablo Şekil 1.'de verilmiştir. Bu tablo, Stumpp ve Sauer-

Zavala'nın bireyselleştirilmiş psikoterapiye ilişkin (2022) çalışmasından hareketle, alan yazında yer alan güncel bilgilerin eklenmesiyle geliştirilmiştir (Stumpp ve Sauer-Zavala 2022).

Tedavi Seçiminde Terapinin Kişiselleştirilmesi

Belirli bir bozukluğa yönelik etkili psikoterapi yaklaşımı araştırmalarındaki artış, görgül olarak desteklenen tedaviler listesinin oluşmasında etkili olmuştur; ancak bir tanı için birden fazla tedavinin önerildiği bu listelerde, bir danışan için en iyi yaklaşımın nasıl seçileceğine dair çok az rehber bulunmaktadır (Lutz ve ark. 2022). Semptomların hafifletilmesinde bozukluğa özgü en iyi tedavi yaklaşımının aranması faydalı olsa da bu, birçok zorluğu beraberinde getirmiştir. Etkili protokollerin sayısının artması, klinisyenlerin mevcut alternatifler arasından belirli bir danışan için en iyi yaklaşımı seçmesini zorlaştırabilir; ayrıca danışanların da sadece söz konusu semptomlardan ibaret olmadığını göz önünde bulundurmaları gerekir. Dolayısıyla genel sonuçlardan yola çıkılarak tedavinin etkili olduğunu söylemek bireysel farklılıklar düşünüldüğünde sınırlı kalmaktadır. Klinik pratikte, terapistlerin çoğu halihazırda tedavilerini zaten danışanlarına göre uyarlıyor olabilir; ancak bunu çoğunlukla sezgisel ve yapılandırılmamış bir şekilde yaparlar, bu amaç için herhangi bir kılavuz yoktur (Lambert 2013, Perlis 2016, Langer ve Jensen-Doss 2018, Lutz ve ark. 2022). Kişisel deneyim ve sezgilerin bilimsel olarak kanıtlanmış tedavilerin uygulanmasına ekleniyor olması bu zamana kadar kanıta dayalı yaklaşım uğruna yapılan çalışmaların emeklerini boşa çıkarmaktır, yani tek başına sezgisel terapist kararı yerine bilimsel çalışmalara dayalı öneriler yapılmalıdır.

Bireye özgü psikoterapi veya müdahale stratejisi seçiminde hem istatistiksel yöntemler hem de teorik yaklaşımlar geliştirilmiştir. Bireye özgü en iyi tedaviyi belirleyen görgül yöntemlerin çoğu, çok değişkenli tahmin modellemesine dayanmaktadır (ör., Cohen ve DeRubeis 2018). Bu bağlamda ön plana çıkan yöntemler arasında Makine Öğrenmesi (Machine Learning-ML), Kişiselleştirilmiş Avantaj Endeksi (Personal Advantage Index- PAI) ve En Yakın Komşular Yaklaşımı (Nearest Neighbors-NN) sayılabilir (Lutz ve ark. 2005, DeRubeis ve ark. 2014, Green ve ark. 2015). Bu kısımda söz konusu yöntemlerin amaçlarına ve nasıl uygulandıklarına ilişkin bilgiler yer verilecektir. Ayrıca istatistiksel olarak neyin iyi olabileceğinin tahmin edilmesinin yanında danışanın ne istediği de önem taşıdığından "Paylaşılan Karar Verme Süreci"ne ilişkin çalışmalara yer verilecektir (Langer ve Jensen-Doss 2018, Langer ve ark. 2021).

Makine Öğrenmesi (Machine Learning-ML)

Hangi tedavi seçiminin danışan için faydalı olacağına dair tahmin amacıyla sunulan yöntemlerden ilki Makine Öğrenmesi'dir (Machine Learning-ML). Mohri ve arkadaşları (2018), makine öğrenmesini "performansı iyileştirmek veya doğru tahminler yapmak için deneyim kullanarak hesaplama yöntemleri" olarak tanımlamaktadır (Mohri ve ark. 2018). Diğer deyişle, daha önce yapılan çalışmalardaki verilerin kullanıldığı bir yöntemdir. Aslında tahmin, geleneksel istatistiksel teknikler ile klinik psikoloji araştırma alanında uzun yıllardır yer almaktadır. Örneğin, lojistik regresyon analizi birçok araştırmada kullanılmıştır ve kullanılmaya devam etmektedir. Geleneksel tahmin yöntemlerinin, varsayımlar ve örneklem büyüklüğü gereklilikleri karşılandığında, yordayıcıların sayısı az olduğunda (≤ 25) ve doğrusal olmayan etkiler zayıf olduğunda kullanılabileceği belirtilmektedir (Yarkoni ve Westfall 2017, Chekroud ve ark. 2021). Çok sayıda yordayıcı değişken bir arada incelenmek istendiğinde ise makine öğrenmesi yaklaşımının; karmaşık, etkileşimli veya doğrusal olmayan etkileri yakalayabileceği ve iyi tahmin oranları verebileceği belirtilmektedir (Friedman ve ark. 2010, Flach ve ark. 2012). ML yaklaşımında farklı tahmin algoritmalarından ve yöntemlerinden söz edilmektedir. Bunlardan birisi, Rastgele Orman Algoritması (Random Forest Approach)'dır ve psikoterapiye yönelik tahmin çalışmalarında kullanılmaktadır (DeRubeis ve ark. 2014, Green ve ark. 2015, Bronswijk ve ark. 2021).

Rastgele orman algoritması, karmaşık verileri işleme, aşırı uyumu azaltma ve farklı ortamlarda güvenilir tahminler sağlama yetenekleriyle bilinen sınıflandırma ve regresyon fonksiyonları için yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu algoritma, tahmin için karar ağaçlarını kullanmaktadır; karar ağaçları bir soru ile başlar (örneğin, "... kullanmalı mıyım?"). Karar ağaçlarının mantığını akış şemasına benzer şekilde bazı şartların veya özelliklerin karşılanıp karşılanmadığının incelenerek kararı kolaylaştırma amacındaki bir yapıya benzetmek mümkündür. Her ağaç, veri setinin rastgele bölünmesiyle ve ilgili özelliklerden bir alt küme meydana getirilmesiyle oluşturulmaktadır. Bu algoritma, doğası gereği ilgili özelliklerin seçilmesine yardımcı olan bir özellik önem puanı da sağlamaktadır. Özetle, veri setinin rastgele bölünmesi ile birçok olası değişken ve değişken kombinasyonu değerlendirilmektedir. Başka deyişle, teorilere dayalı olarak birkaç yordayıcı değişkenin seçilmesinden ziyade, bu yöntem birçok değişkenin bir arada yordama etkisinin değerlendirilmesine olanak tanımaktadır. Bu algoritmada tahmin, birden fazla karar ağacının çıktısının birleştirilmesiyle oluşturulmaktadır (Strobl ve ark. 2009, Petkovic ve ark. 2018, Watts ve ark. 2021).

Kişiselleştirilmiş Avantaj Endeksi (Personal Advantage Index- PAI)

ML'de; rastgele orman algoritması ile bir tedavi yanıtını etkileyen faktörlerin tahmin edildiği görülmektedir. Bunun yanında, rastgele orman algoritması birden çok faktörün tedaviye ilişkin öngöründe bulunmasının ötesinde özellikle tedavi için kişiselleştirilmiş bir öneri sunulması amacıyla yapılan çalışmalarda kullanılmış ve "Kişiselleştirilmiş Avantaj Endeksi (Personal Advantage Index-PAI)" yaklaşımına temel olmuştur. PAI yöntemi, tedavi öncesi belirleyicilere ve moderatörlere dayalı olarak kişiselleştirilmiş tedavi önerileri oluşturmak için uygulanmaktadır (DeRubeis ve ark. 2014, Cohen ve DeRubeis 2018).

Teorik modellere ve ampirik bulgulara dayanarak, iki veya daha fazla tedavi alternatifi arasında ayırım yapmak için ilgili tedavi öncesi danışan özellikleri önceden tanımlanmaktadır. Bu tanımlama aşamasında rastgele orman yöntemi ile tedavi etkisiyle ilişkili olma potansiyeli olan danışan özellikleri veya moderatör değişkenler belirlenmektedir (DeRubeis ve ark. 2014). Daha sonra, tedavi durumuyla önemli ölçüde etkileşim içinde olduğu belirlenen değişkenler (yani farklı tedavi yanıtını gösteren), her danışan için her tedavi alternatifine yönelik bir sonuç skorunu tahmin etmede kullanılmaktadır (DeRubeis ve ark. 2014, Deisenhofer ve ark. 2018). PAI, bir tedavideki öngörülen tedavi sonuç puanının diğerindeki öngörülen tedavi sonucundan çıkarılmasıyla oluşturulan mutlak bir değeri temsil etmektedir; her tedavi için tahmin edilen sonuç puanları arasındaki farklar PAI'de gösterilmektedir. PAI'nin boyutu ne kadar yüksek olursa, bir müdahalenin diğerine göre öngörülen avantajı da o kadar büyük olur; sıfıra yakın değerlerin ise bir tedavinin diğerine göre hiçbir avantajının olmadığını göstermektedir (DeRubeis ve ark. 2014).

Bronswijk ve arkadaşları (2021), majör depresif bozukluk (MDB) için bilişsel terapiyi (Cognitive Therapy, n = 76) ve kişilerarası psikoterapiyi (Interpersonal Psychotherapy n = 75) karşılaştıran randomize bir çalışmadan alınan veriler ile hangi danışan için hangi tedavinin daha etkili olacağını tahminleme amacıyla PAI yöntemini kullanmışlardır (Bronswijk ve ark. 2021). Bağımlı değişken depresyon şiddeti olarak belirlenmiş ve tedavi etkisi için en iyi yordayıcıyı belirleme yolunda iki adımlı makine öğrenmesi (rastgele orman ve çapraz doğrulama) yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemlerin ardından dört değişken seçilmiştir; son yıldaki yaşam olaylarının sayısı, çocuklukta travmatik olayların sayısı, benlik saygısı ve ebeveynlerin alkol kötüye kullanımı. Bu değişkenlerden, geriye doğru eleme tekniği kullanılarak algoritma ile belirlenen örneklerin en az %60'ında yer alan üç değişken seçilmiştir: ebeveynlerin alkol kötüye kullanımı, geçen yılki yaşam olaylarının sayısı ve çocukluk çağı travma olaylarının sayısı moderatör (düzenleyici) olarak seçilmiştir. Araştırma sonuçları, daha yakın zamanda iki veya daha fazla yaşam olayı yaşayan bireylerin, depresyon puanlarının Kişilerarası Psikoterapi'ye (KP) kıyasla Bilişsel Terapi'de (BT) daha düşük olması ihtimalinin daha yüksek olduğu sonucunu göstermiştir. Bir veya daha fazla çocukluk çağı travma olaylarını yaşayan bireylerin BT'de KP'ye göre daha düşük depresyon puanına sahip olacağı tahmin edilmiştir (Bronswijk ve ark. 2021). Yani, yakın zamanda birden fazla yaşam olayı yaşayan veya çocukluk çağı travmatik olay yaşantısı olan bireylerin depresyon düzeylerinin azaltılmasında BT, KP'ye göre daha etkili olabilir.

Başka bir çalışmada (Senger ve ark. 2021), araştırmacılar sürekli somatik belirtileri olan danışanlar için daha avantajlı olan tedaviyi tahmin etme amacına ek olarak, çalışmadan elde edilen öneriye göre katılımcıları önerilen/önerilmeyen tedavi gruplarına atayarak tedavilerin etkisini incelemişlerdir. Bu çalışmada da öncelikle makine öğrenimi yaklaşımından yararlanılarak yönlendirici değişkenler belirlenmiş ve Bilişsel-Davranışçı Tedavi (BDT)/ Duygu Düzenleme Eğitimi ile Tamamlanan BDT tedavilerinden hangisinin belirlenen düzenleyici değişken için daha avantajlı olacağı tahmini yapılmıştır. İşlevselliği yüksek ve erken çocukluk döneminde daha az travmatik olay yaşayan kadın katılımcılar için önerilen müdahale BDT'dir. Danışana verilen tedavinin sonunda semptom şiddetindeki gerçek değerler ve o tedavi için öngörülen semptom şiddeti olmak üzere her danışan için iki analiz yapılmıştır. Belirli bir danışan için PAI'ni belirlemek amacıyla bu iki değer arasındaki fark hesaplanmıştır. Örneğin, bir kişi BDT'ye atandıysa ve tedavinin sonunda semptom şiddeti 30 (gerçek tahmin) ve diğer tedavide öngörülen semptom şiddeti 20 (karşıt tahmin) ise PAI +10'dur; yani diğer tedavi daha avantajlı olacaktı. Bu, kişinin önerilen tedaviyi almadığını göstermektedir.

Diğer çalışmalarda bu yöntem depresyon için antidepresan ilaç tedavisine karşı BDT (DeRubeis ve ark. 2014), BT'ye karşı KP (Huibers ve ark. 2015) ve yine Psikodinamik Terapi'ye (Cohen ve ark. 2020) karşı BDT uygulamalarının daha avantajlı olduğunu göstermektedir. Yine depresyonu olan danışanların yer aldığı bir çalışmada ise BDT ile problem çözme odaklı yaklaşımın mı motivasyonel görüşme yaklaşımının mı entegre edilmesinin daha iyi tedavi sonuçları vereceğinin araştırıldığı ve problem çözme ve BDT entegrasyonunun daha avantajlı bulunduğu görülmektedir (Delgadillo ve Duhne 2020). Başka bir örnek de Travma Sonrası Stres Bozukluğu olan danışanlar için BDT veya Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (Eye Movement Desensitization and Reprocessing -EMDR) müdahalesinin avantajlı olup olmadığına yönelik yapılan bir

çalışmadan verilebilir (Deisenhofer ve ark. 2018). Bu çalışmada, BDT için işlevsellikte bozulma, yaş, cinsiyet ve çalışma durumunun tedaviye özgü sonuçta anlamlı belirleyiciler olduğu; EMDR için ise başlangıçtaki bozulma ve reçete edilen antidepresan ilaçların tedaviye özgü sonuçta anlamlı belirleyiciler olduğu belirtilmiştir. Çalışmanın önemli bir bulgusu BDT'nin EMDR müdahalesine kıyasla daha avantajlı bulunmasıdır (Deisenhofer ve ark. 2018).

En Yakın Komşular Yaklaşımı (Nearest Neighbors-NN)

PAI ile benzer şekilde "En Yakın Komşular (Nearest Neighbors-NN)" yaklaşımı da danışanın özelliklerine göre en uygun tedavinin seçilebilmesi ve tedavilerden fayda görmeyen danışan sayısının azaltılması amacıyladır. Bu yaklaşım, daha önce tedavi görmüş benzer danışanlardan homojen alt örnekleri belirleyerek tedavi tahminlerini tanımlamaktadır (Beutler 2001, Lutz ve ark. 2005, 2006). NN yaklaşımı çığ araştırmalarından doğmuştur; çığ olan günlere ait sıcaklık ve basınç gibi değerlerine en benzer 30 gün seçilerek belirli bir günde çığ meydana gelmesi riskinin hesaplanması yapılmaktadır (Brabec ve Meister 2001). Lutz ve arkadaşları (2005) bu yöntemi psikoterapi tedavi yanıtını tahmin etmek için uyarlamıştır (Lutz ve ark. 2005). Yeni bir danışanın tedaviye yanıtı, daha önce tedavi görmüş benzer özelliklerdeki danışanların tedavi yanıtlarına dayanarak tahmin edilmiştir. Daha önce tedavi edilen danışanların yeni hastaya benzerliği ise ilgili öngörücü değişkenlerden alınan puanlar arasındaki uzaklık (Öklid mesafeleri) ile hesaplanmıştır (Lutz ve ark. 2005, 2006).

Lutz ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında yazarlar her danışan için farklı tedavi protokolleri (BDT, KP gibi) arasında en uygun tedavinin tahmin edilmesi amacıyla NN yaklaşımını kullanmışlardır. Çalışmada tedavi sonucunu öngören değişkenlerden her biri için (ör., duygusal sıkıntı puanı), her bir katılımcı arasındaki uzaklık hesaplanmıştır. 618 danışanın her biri için KT grubundan en benzer 30 danışan (KT homojen alt örneği) ve BDT grubundan en benzer 30 danışan (BDT homojen alt örneği) belirlenmiştir. Tedavide gelişim eğrisi (seanslara göre ölçümlerdeki değişkenlik), her danışan için hem BDT hem de KT homojen alt örneğinin tedavi yanıtları kullanılarak hesaplanmış ve eğriler karşılaştırılarak bir danışan için hangi tedavinin daha uygun olacağı tahmin edilmiştir. Ancak tahmine göre danışanlara tedavi uygulanarak tahminlerin gerçekleşip gerçekleşmediği incelenmemiştir.

Bu noktaya kadar bahsedilen yaklaşımlar, hangi danışan için hangi terapi yönteminin daha iyi olabileceğini çeşitli yöntemlerle danışan özelliklerine bakarak incelemektedir; ancak danışanların görüşleri veya tercihlerini bu incelemeye dahil etmemişlerdir. Fakat tedavi seçimine odaklanıldığında danışanların tercihleri göz ardı edilemez.

Paylaşılan Karar Verme Modeli (Shared Decision Making- SDM)

Alan yazında tedavi seçiminde danışan tercihlerine odaklanan "Paylaşılan Karar Verme Modeli (Shared Decision Making (SDM))" danışan ve terapistin, danışanın değerleri ve tercihlerinin belirlenmesi ve psikoterapi seçeneklerinin tartışılmasına dayanan karşılıklı bilgi alışverişi sürecini tanımlamaktadır (Langer ve Jensen-Doss 2018). Bu sürecin sonunda danışanın ihtiyaçlarıyla uyumlu bir tedavi planı oluşturulmaktadır (Langer ve Jensen-Doss 2018). SDM'nin klinik uygulamaya aktarılmasında Elwyn ve arkadaşları (2012), üç aşamalı bir model önermektedir (Elwyn ve ark. 2012). Bu üç aşama danışanların makul seçeneklerin mevcut olduğunu bilmelerini sağlama adımını ifade eden "seçim konuşması"; risk/yarar, etkililik, beklenen tedavi süreçleri de dahil olmak üzere mevcut tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi sağlayan "seçenek konuşması" ve danışanların tercihlerinin tartışıldığı ve bir kararın verildiği "karar konuşması"ndan oluşmaktadır. Bu aşamaların ise özellikle klinisyen-danışan diyalogu ile uygulanabileceğini vurgulanmaktadır (Elwyn ve ark. 2012). İstatistiksel tahmin yöntemlerinden öte, bireyselleştirilmiş psikoterapinin temelindeki "bireye özgü" vurgusunun danışanlara yansıtıldığı bir örnek olan SDM yaklaşımı klinik uygulamada bu yaklaşımın uygulanabilirliğini göstermektedir.

Savaş gazilerinin dahil edildiği güncel bir çalışmada, SDM'nin tedaviye katılma olan etkisinin incelenmesi amacıyla modelin aşamalarının takip edildiği değerlendirme ve tedavi planlama oturumunun düzenlendiği görülmektedir (Hessinger ve ark. 2018). Bu çalışmada, düzenlenen oturuma katılan danışanların travma odaklı tedaviyi seçme eğiliminde oldukları ve SDM uygulamasının tedaviye katılımı olumlu yönde etkilediği görülmüştür (Hessinger ve ark. 2018). Benzer sonuçlara; depresyon (Loh ve ark. 2007, Hopwood 2020, Matthews ve ark. 2021) kaygı bozuklukları (Marshall ve ark. 2021), travma sonrası stres bozukluğu (Mott ve ark. 2014), bipolar bozukluk (Samalin ve ark. 2018) ve şizofreni (Fiorillo ve ark. 2020) gibi birden fazla psikolojik bozukluk özelinde yapılan çalışmalarda da rastlanmaktadır. Tedavi kararlarına danışanların aktif olarak dahil edildiği çalışmalarda, danışanların öz saygılarında ve kararlarına güven duymada artış görülmüş ve tedaviye uyum ve tedavi memnuniyetinin de arttığı belirtilmiştir (Stein ve ark. 2013, Delman ve ark. 2015, Thomas ve ark. 2021). Bu, bireyselleştirilmiş psikoterapinin etkisine yönelik ipucu niteliğindedir. Bireyselleştirilmiş

psikoterapinin etkisinin güncel bir meta analiz çalışmasında söz konusu alandaki randomize kontrollü çalışmalardan elde edilen sonuçlar ile incelendiği de görülmüştür (Nye ve ark. 2023). Bu çalışmada, bireyselleştirilmiş tedavinin standart tedaviye (odak noktası bireye özgü olmayan) göre önemli ölçüde iyileştirilmiş sonuçlarla ilişkili olduğu belirtilmektedir (Nye ve ark. 2023). Sonuç olarak, kişiye özel psikolojik bakım uygulandığı takdirde yaklaşık 8 hastadan 1'inde (%12,5) standart müdahalelere göre daha iyi sonuç elde edileceği şeklinde bir etkiden söz edilmektedir (Nye ve ark. 2023).

Bireye özgü tedavi seçimine yönelik çeşitli yöntemler ve yaklaşımlar değerli katkılar sunsa da- söz konusu birey olduğunda, bir terapi sürecinden önce hazırlanan planların olduğu gibi uygulanması pek mümkün olmayabilir. Dolayısıyla süreç boyunca kişiselleştirme de önemlidir.

Terapötik Unsurların Kişiselleştirilmesi

Görgül olarak desteklenen terapi çalışmaları ile birlikte, belirli bozukluklar için en etkili psikoterapi yöntemine ilişkin listeler oluşturulsa da klinik uygulamada bu terapi kılavuzlarının yetersiz kaldığından önceki başlıkta söz edilmiştir. Kişiselleştirilmiş psikoterapinin en temelinde her danışan için aynı tedavinin uygulanamayacağı yer almaktadır; ancak bu, bir terapi yaklaşımının danışana uyarlanarak uygulanmasını veya bir yaklaşıma bağlı kalınmaksızın danışan özelinde terapötik becerilerin (örn., farkındalık, duyu düzenleme becerilerinin geliştirilmesi vb.) hedeflenmesini de içermektedir.

Bir bozukluk için etkili olduğu belirtilen bir yaklaşımın takip edilmesi, beraberinde yalnızca o yaklaşım takip edildiğinde bu müdahalenin etkili olacağı mesajını da getirmektedir. Fakat tek bir psikoterapötik yaklaşımın aynı bozukluğa sahip olsa dahi tüm danışanlar, sorunlar ve koşullar için uygun olamayacağı, bazı bireyler için bir yaklaşımın yetersiz kalabileceği konularında giderek artan bir fikir birliği vardır (Norcross ve Goldfried 2005, Zarbo ve ark. 2016, Cook ve ark. 2017). Gerçekten de yakın zamanda 1000'den fazla psikoterapistle yapılan bir çalışmada tek bir kuramsal yönelim kullandığını bildiren klinisyenlerin sayısının yalnızca %15 olduğu görülmüştür (Tasca ve ark. 2015). Klinik uygulamada, psikoterapi uygulayıcıları önceden belirlenmiş bir kılavuza bağlı kalmak yerine, belirli bir danışan için bir dizi terapötik becerinin (ör., farkındalık eğitimi, davranışsal aktivasyon) hedeflendiği eklektik bir tedavi yaklaşımını uygulamaktadırlar (Greben 2004, Chorpita ve ark. 2005a, Zarbo ve ark. 2016). Ancak klinisyenlerin bir danışan için en uygun terapötik beceri hedefini belirlemesine yönelik çok az temel vardır (Norcross ve Goldfried 2005). Alt başlıkta tanıtılacak olan yaklaşımlar bu sınırlamayı giderme amacıyla terapötik bileşenleri modüller halinde sunmaktadırlar.

Çocuklar için Terapiye Modüler Yaklaşım (A Modular Approach to Therapy for Children-MATCH)

Bir çalışmada, terapistlerin mevcut kanıta dayalı tedavilerden elde edilen bileşenleri modüller halinde kategorize ederek çocuk ve ergenlerin özel ihtiyaçlarına göre uyguladığı görülmektedir (Chorpita ve Weisz 2005a). Bu çalışmada Çocuklar için Terapiye Modüler Yaklaşım (A Modular Approach to Therapy for Children (MATCH)) protokolü ile çocuk ve ergenlerde kaygı bozuklukları, depresyon, travma ve stresle ilişkili bozukluklar ve davranış sorunlarına yönelik etkili olduğu önceki çalışmalarda kanıtlanmış bileşenlerin 33 farklı modül halinde kategorize edildiği ve her danışan için kullanılacak modülleri temel alan karar akış şeması sunulduğu görülmüştür (Chorpita ve Weisz 2005b). Söz konusu yaklaşımda içerik modülleri ve koordinasyon modülleri yer almaktadır. İçerik modülleri, terapistin bir hedefe ulaşmak için danışanla birlikte çeşitli aktiviteleri ve egzersizleri nasıl yapması gerektiğini detaylandıran, birçok tedavi kılavuzunun bir örneği olan özel talimatlardan oluşan detaylı bilgilerin yer aldığı modüllerdir. Koordinasyon modülleri ise çeşitli içerik modüllerinin kullanılıp kullanılmayacağı ve ne zaman kullanılacağına ilişkin kararların yönetilmesine yardımcı olan modüllerdir. Örneğin danışanın yüksek kas gerginliği varsa gevşeme egzersizlerinin kullanılması önerisi gibi, danışandaki özelliklere göre modüller tercih edilebilir (Chorpita ve ark. 2005b). Yani bu yaklaşımda tanıya göre modüllerin belirlenmesinin yanında hem bu modüllerin uygulanmasında bir esneklik hem de tanı dışında danışanların yaşadığı zorluklara özgü terapötik teknikleri öneren modüller eklenebilmektedir.

Ortak Unsurlar Tedavi Yaklaşımı

Alan yazında düşük ve orta gelirli ülkelerdeki yetişkinlere yönelik modüler müdahale çalışmalarının yapıldığı görülmektedir (Murray ve ark. 2014, Murray ve ark. 2018, Murray ve ark. 2020). Bu çalışmalar, ilk modül seçimi semptom sunumuna dayanan, ancak devamında modüllerin danışanların ihtiyaçlarına göre eklendiği veya değiştirildiği Ortak Unsurlar Tedavi Yaklaşımı'na (Common Elements Treatment Approach- CETA) dayanmaktadır (Murray ve ark. 2014). Bu yaklaşımın bileşenleri arasında psikoeğitim ve katılımı teşvik etmek,

kaygı yönetim stratejileri ve gevşeme, davranışsal aktivasyon, bilişsel baş etme/ bilişsel yeniden yapılandırma, aşamalı maruz bırakma, problem çözme intihar ve güvenlik değerlendirmesi ve madde kullanımı yer almaktadır (Murray ve ark. 2020). Yapılan çalışmalarda, bu yaklaşımın travma sonrası stres belirtileri yaşayan bireyleri tedavi etmek için Irak ve Tayland'da uygulandığı ve 12 seans gibi bir sürede, bekleme listesi kontrol koşullarına kıyasla depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres semptomlarını azaltmada etkili olduğu görülmektedir (Bolton ve ark. 2014, Weiss ve ark. 2015, Murray ve ark. 2020).

İki yaklaşım da bir psikolojik bozukluğa özgü kılavuz sunmaktan öte farklı psikolojik bozukluklar arasında ortak görülen bazı zorlukları hedefleyen tedavi bileşenlerinin danışanlara göre seçilmesini ve uyarlanmasını içerdiğinden aslında temelde tanılar üstü yaklaşımın yansımalarıdır. Tanılar üstü yaklaşım psikopatolojiler arası ortak faktörlere müdahale etmeyi amaçlamaktadır (Mansell ve ark. 2012, Barlow ve Farchione 2018). Bir diğer modüler yaklaşım olan Bütünleşik Protokol (Unified Protocol-UP) de tedavi bileşenlerinin seçimini kişiselleştirmeye yönelik tanılar üstü bir yaklaşımdır ve duygusal bozuklukların ortaya çıkmasında sürdürülmesinde etkisi olan ortak faktörlere odaklanmaktadır (Barlow ve ark. 2004).

Bütünleşik Protokol (Unified Protocol-UP) ve Dinamik Değerlendirme Tedavi Algoritması

Bu yaklaşımda, bireylerin rahatsız edici duygularına tepki göstermenin yeni yollarını kazanmalarına odaklanılmaktadır (Barlow ve ark. 2011). UP hedef belirleme ve motivasyon sağlama, duyguları anlama, bilinçli duygu farkındalığı, bilişsel esneklik, duyguların yönlendirdiği davranışlara karşı koyma, bedensel duyuları anlama ve onlarla yüzleşme, duygulara alıştırma ve başarıları fark etme ve geleceğe bakış olmak üzere 8 modülden oluşmaktadır ve yaklaşık 12 seanslık bir planlama yapılmaktadır (Barlow ve ark. 2011, Barlow ve Farchione 2018, Barlow ve ark. 2020). Bilinçli duygu farkındalığı, bilişsel esneklik, duyguların yönlendirdiği davranışlara karşı koyma, bedensel duyuları anlama ve onlarla yüzleşme, duygulara alıştırma olmak üzere beş modül, temel UP modülleri olarak belirlenmiştir (Barlow ve ark. 2011). Her modülün geliştirmeyi hedeflediği bir beceri vardır ve modüllerin içeriği ve süresi danışan ihtiyacına göre uyarlanmaktadır (Barlow ve ark. 2012). Örneğin duygularını fark etmede ve isimlendirmede zorluk yaşayan danışanlarda duygulara yönelik psikoeğitimin verildiği duyguları anlama modülünden başlanırken; değersizlik duygusunun etkileriyle baş etmekte zorlanan bir danışanda bilişsel esneklik modülü uygulanabilir ve bazı modüller için birden fazla seans planlaması yapılabilir (Fisher ve Boswell 2016). Yapılan bir çalışmada, her bir danışana hangi modüllerin uygulanacağını belirlemek amacıyla, danışanlara yaygın kaygı bozukluğu ve majör depresyon bozukluğu semptomlarının baskın boyutları kişiye özel faktör analizleri ile tanımlanmış ve buna göre bütünleşik protokol modülleri seçilerek bireye özgü müdahale uygulanmıştır (Fernandez ve ark. 2017). Bu çalışmada, psikopatolojinin boyutsal modellerinin semptomların kişiselleştirilmiş, dinamik değerlendirmesine ve tedavisine rehberlik etmesi amacıyla oluşturulan "Dinamik Değerlendirme Tedavi Algoritması (Dynamic Assessment Treatment Algorithm- DATA)" kullanılmıştır (Fernandez ve ark. 2017). Bu algoritma, danışanların hangi semptomlarının baskın olduğunu belirlemek, semptomların en yaygın boyutlarının belirlenmesi ve bu boyutların birbirleriyle ilişkilerinin zamansal değişimlerinin değerlendirilmesini içermektedir. Diğer deyişle, bir semptom alanının diğeri üzerindeki potansiyel etkisini değerlendirmektedir. Bu değerlendirmeler ise hem modül seçiminde hem de modüllerin sıralamasında kullanılmaktadır. Dinamik faktör analizlerinde çapraz gecikmeli ilişki ortaya çıkarsa, örneğin bilişsel semptomlar olumsuz duygusallığı tetikliyorsa, bilişsel semptomlara odaklanan modül, olumsuz duygusallığa odaklanan modüllerden önce sunulur. Böyle bir yöntem ile UP'nin bireyselleştirilmesinin danışanların depresif ve kaygı semptomlarında azalmalar sağladığı rapor edilmiştir. Ancak böyle bir yöntemden sonra da danışanlara sunulan UP modüllerinin çoğunun standart UP sunumuna benzer olduğundan da söz edilmiştir (Fernandez ve ark. 2017). Modüler yaklaşımlar danışanların ihtiyaçlarını temel alsın da terapötik unsurların kişiselleştirilmesi, modüler tedavi yaklaşımlarından ibaret değildir.

Süreç Odaklı Tedavi Yaklaşımı

Modüllerden ziyade belirli alanlara göre danışanların yaşadıkları zorlukları danışanlara özgü değerlendiren ve bunlara yönelik müdahaleler öneren Süreç Odaklı Tedavi Yaklaşımı (Process Based Treatment- PBT) da bireyselleştirilmiş psikoterapi yaklaşımının önemli örneklerindedir (Linardon ve ark. 2017, Moskow ve ark. 2023). Bu yaklaşım "Belirli bir bozukluk için en iyi tedavi nedir?" sorusunu "Bu durumda bu hedef göz önüne alındığında, bu danışan için hangi temel biyopsikososyal süreçler hedeflenmelidir ve bunlar en verimli ve etkili şekilde nasıl değiştirilebilir?" şeklinde değiştirmektedir (Hofmann ve Hayes 2019). Bu yaklaşım en temelde, tanısal sınıflandırma yerine danışanın yaşadığı zihinsel, sosyal veya davranışsal zorluklarını açıklayan işlevsel temalara (örneğin, reddedilme korkusundan kaçınma) odaklanmaktadır (Fried ve Nesse 2015). Bireyin değerlendirilen zaman haricinde geçmiş ve mevcut bağlamların etkisi de ele alınarak bozuklukların tedavi edilmesi hedefinden öte değişim süreçlerinin, semptomların ortaya çıktığı bağlamlardaki değerlendirilmesinin

odağında tedavi hedeflemektedir (Hofmann ve Hayes 2019). Örneğin PBT, "majör depresif bozukluğu" tedavi etmeye çalışmak yerine, zorbalık geçmişi olan bir kişi için depresif ruh hali veya endişeyi tetikleyen düşük öz değerle bağlantılı ruminatif bilişsel süreçleri hedeflemeyi gerektirebilir (Ong ve ark. 2022). Özellikle bireysel farklılıkları vurgulayan bu yaklaşımda, psikopatolojik süreçlerin üç boyutlu bir sınıflandırması önerilmektedir (Philippot ve ark. 2019). Buradaki birinci boyut sürecin yuvalandığı psikolojik alanla, ikinci boyut sürecin kavramsallaştırıldığı özgüllükle, üçüncü boyut ise sürecin kişi içi mi yoksa kişilerarası mı olduğu ile ilgilidir. Süreç odaklı müdahale için bu boyutların bireye göre değerlendirilmesi tedavide önemli adımlardan birisidir (Hofmann ve Hayes 2019). Tahmin edilebileceği gibi bir danışan için birçok süreçten söz etmek mümkündür; fakat tedavide bunlardan hangisine nasıl odaklanılacağına dair Philippot ve arkadaşlarının (2019) önerileri mevcuttur. İlk olarak, bir sürecin müdahale için seçilebilmesi için hem danışanın hem de terapistin ele almayı kabul ettiği psikolojik problem(ler)in temel belirleyicisi olması gerektiği vurgulanmaktadır (Philippot ve ark. 2019). Dolayısıyla, farklı boyutlardaki değerlendirme ile vaka formülasyonu oluşturulmalı ve semptomların yoğunluğu ve sonuçlarının önemi dikkate alınmalıdır. İkinci öneri, belirli bir danışandaki süreçlerin değerlendirmesinin, farklı kaynaklardan gelen bilgilerle (idiografik veriler dahil) yapılması gerektiğidir. Diğer bir öneri alandaki güncel bilgilerin klinisyen tarafından takip edilmesi ve müdahale için hedeflenecek spesifik süreç seçilirken bu bilgilerin dikkate alınmasıdır. Bir diğer öneri, klinik uygulanabilirlik noktasını kapsamaktadır (Philippot ve ark. 2019). Bazı süreçlerin (ör., davranışsal kaçınma), psikolojik bir müdahaleyle diğerlerinden daha kolay hedef alınabileceği vurgulanmaktadır (ör., tehdide yönelik otomatik dikkat önyargıları). Bu yaklaşımda terapötik unsurların bireye göre kişiselleştirilmesi noktasında özellikle bireye ve bağlama özgü değerlendirmelerin ön planda olduğu görülmektedir.

Psikopatolojinin Hiyerarşik Taksonomisi (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology-HiTOP)

Terapötik unsurların kişiselleştirilmesinde, danışanların yaşadıkları zorlukların tanı kategorilerinden ziyade danışanlar özelinde değerlendirilmesi gerçekten önemlidir. Semptomların bağlamsal ve zamansal değerlendirilmesini ön planda tutan ve semptomların ne olduğundan öte gelişimlerini ve etkilerini içeren süreç odaklı yaklaşım vurgusunda olduğu gibi, geçici semptomlara odaklanmak yerine, kişilikteki bireysel farklılıkların da bireyselleştirilmiş psikoterapide önemli bir rol oynayabileceği belirtilmektedir (Mullins-Sweat ve ark. 2020). Bu, baştan itibaren danışanların yalnızca tanınan özelliklerden ibaret olmadığı görüşleriyle paraleldir. Semptomların DSM'de 6 ay görülmesi veya 1 yıl sürmesi gibi zamansal sınırlandırmalar eleştirilmekte ve bazı özelliklerin çocukluktan itibaren bireylerde yaşanan zorluklarla bağlantılı bir şekilde mevcut olduğu vurgulanmaktadır (DeYoung ve ark. 2022). Bu eleştiriyle aynı doğrultuda, psikopatolojik özelliklerin hiyerarşik çok boyutlu bir sınıflandırmasını sunan Psikopatolojinin Hiyerarşik Taksonomisi (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology- HiTOP), semptomların ve özelliklerin ayrımını vurgulamaktadır (Kotov ve ark. 2017, DeYoung ve ark. 2022). Başka bir ifadeyle, belirli bir süre içinde ortaya çıkan durumlar (semptomlar) ile daha uzun süredir kişilerin taşıdığı özellikler arasındaki ayrıma dikkat çekilmektedir (DeYoung ve ark. 2022). Son yıllarda alan yazında psikolojik bozuklukların sınıflandırılmasına ilişkin eleştiriler böyle bir sınıflandırma sistemine zemin hazırlamıştır (Kotov ve ark. 2017, Krueger ve ark. 2018). Bu sınıflandırma sisteminde, psikolojik sağlık sorunlarının patoloji ile normalite arasında bir süreklilik içinde var olduğu kabul edilmektedir. Hiyerarşide en alta semptom bileşenleri (ör., performans kaygısı, risk alma, katı mükemmeliyetçilik) yer alırken, bunların amprik olarak türetilmiş psikopatoloji sendromları halinde birleştirildiği (ör., sosyal fobi) görülmektedir. Ardından bunların tanımlar ötesinde daha da genişletilerek psikopatoloji spektrumları (ör., içselleştirme, dışsallaştırma somatizasyon vb.) düzenlenmektedir (Kotov ve ark. 2017). Boyutsal yaklaşım ile çeşitli semptomlar gruplandırılarak aynı psikolojik bozuklukta heterojenlik azaltılarak eş tanı veya eşik altı tanımlara ilişkin karmaşıklığın giderilmesi amaçlanmaktadır. Bu yaklaşım, psikolojik bozuklukların anlaşılmasında daha kesin bir çerçeve sunmaktadır ve gerektiğinde belirli semptomlara veya daha geniş sorunlara ayrıntılı bir şekilde odaklanılmasına olanak tanımaktadır (DeYoung ve ark. 2022). Söz konusu katkılar, bireyselleştirilmiş psikoterapinin danışana özgü müdahale adımlarını destekleyici niteliktedir.

Alternatif Kişilik Bozuklukları Modeli

HiTOP'a benzer şekilde DSM-5'te Alternatif Kişilik Bozuklukları Modeli'nde, özellikler ve semptomlar ayrımı yapılmaktadır (Skodol ve ark. 2011, Morey ve ark. 2015). Bu model, klinisyenlerin danışanların sınırlı sayıda özelliğe göre derecelendirilmesine (ör., olumsuz duygusallık, uzaklaşma, düşmanlık, disinhibisyon ve psikotizm) ve tedavi unsurlarının/yöntemlerinin buna göre seçilmesine olanak tanımaktadır (Morey ve ark. 2014, Krueger ve Hobbs 2020). Örneğin danışanın düşmanlık düzeyi yüksekse; sosyal davranışın artırılması gerekeceğinden

kişilerarası ilişkilere yönelik bir müdahale faydalı olabilir (Bach ve ark. 2015, Bach ve Presnall-Shvorin 2020). Benzer şekilde sorumluluk düzeyi yüksek olan bireylerin terapi sürecinde ev ödevlerinin kullanılmasından daha fazla fayda görebilir, dolayısıyla bilişsel-davranışçı yaklaşımlar seçilebilir (Skodol ve ark. 2015). En azından sorumluluk düzeyi yüksek olan bireylerde seans aralarında ev ödevlerinin verilmesi terapi sürecini hızlandırabilir. Bu tahminlerin ötesinde kişisel özelliklerine veya kişiliğe dayalı müdahale tekniği seçiminin, belirli bozukluklar için var olan terapi kılavuzlarından daha etkili olup olmadığına ilişkin çalışmalara rastlanamamıştır. Bundan önce, hangi danışan özelliklerine göre hangi müdahale tekniklerinin seçileceğine ilişkin bilgilerin artırılması gereklidir. Dolayısıyla özellikle bireyselleştirilmiş psikoterapi bağlamında bu boşluğa dair yapılacak çalışmalar kıymetli olacaktır.

Özetle, terapötik unsurların kişiselleştirilmesinde öncelikle danışan ihtiyaçlarına göre esnetilebilen modüler yaklaşımların katkısı olduğu söylenebilir. Ancak son yıllarda ön plana çıkan süreç odaklı yaklaşım ile birlikte danışanların yaşadıkları zorlukların gelişim süreci farklı bağlamlar da değerlendirilerek ele alınmaktadır. Yani, danışanların tanılarında ziyade yaşadıkları zorluklar, bu zorlukların gelişimi ve değişimi ön plandadır. Tanılar veya semptomlar ötesinde bağlamsal veya zamansal olarak danışanların yaşadıkları zorluklar değerlendirilerek müdahale önerildiği görülmektedir. Değerlendirmeye yönelik bu bakış açısına ek olarak, son yıllarda alan yazında yerini alan hiyerarşik taksonomilerin sınıflandırılması ve alternatif kişilik bozukluğu yaklaşımlarının burada vurgulanmasının amacı, farklı bakış açıları sunularak bireylerin yaşadıkları zorlukları sınıflandırma, özellikleri belirtme çalışmalarının bireyselleştirilmiş psikoterapi uygulamalarını zenginleştireceğinin düşünülmesidir. Bu başlıkta danışana özgü terapötik unsurlardan söz edilse de hangi unsurların hangi danışanlar için seçileceği sorusu, beraberinde terapi unsurlarının sıralamasının da bireylere göre değişebileceğini getirmektedir.

Terapi Unsurlarının Bireye Özgü Sıralanması

Buraya kadar, bireyselleştirilmiş psikoterapi bağlamında, danışanlara özgü tedavi ve tedavi unsurlarının seçimine değinilmiştir. Ancak belirli bir tedavi yöntemiyle başlandığında, tedavi unsurlarının sıralaması da kişiye özgü yapılabilir. En anlaşılır örnek, depresyon için etkili olduğu kanıtlanan ve önerilen tedavi yaklaşımı olan BDT'den verilebilir (Butler ve ark. 2006, Cuijpers ve ark. 2013, Kazantzis ve ark. 2018). Bu bilgiyle yola çıkarak bir klinisyen danışanına BDT uygulamaya başlayacağına önemli bir karar noktası, bilişsel tekniklerden mi yoksa davranışsal tekniklerden mi başlaması gerektiğidir. Genel öneri, depresyon için davranışsal aktivasyondan başlamaktır (Gautam ve ark. 2020). Bu öneri de aslında danışan özelliklerini bir miktar içermektedir; özellikle depresyon düzeyi yüksekse bilişsel teknikler depresif düşüncelerin artmasına yol açabileceğinden davranışsal aktivasyon önerilmektedir (Dimidjian ve ark. 2006, Dobson ve ark. 2008, Stein ve ark. 2021). Yapılan bir görgül çalışmada, önceki depresif atakların daha az olması ve tedavi öncesi kaygının daha yüksek olması, davranışsal yöntemlerin kullanımı ile semptomlardaki değişiklik arasında daha güçlü ilişkiler olduğu öngörülmüştür (Sasso ve ark. 2015). Ancak bu, her danışana uygun olmayabilir; örneğin Keefe ve arkadaşları (2016), kişilik bozukluğu olan depresyon tanılı danışanlarda, bilişsel müdahalelerin (ör., işlevsel olmayan temel inançlara müdahale) fayda sağladığını; fakat diğer müdahalelerin benzer etki göstermediğini belirtmektedir (Keefe ve ark. 2016). Dolayısıyla, karar yine hem depresyon şiddetinin hem de danışan özelliklerinin klinisyen tarafından değerlendirilmesiyle verilebilir.

Terapötik unsurların sıralanmasında yalnızca bir bozukluktan veya BDT'den bahsetmek; psikopatoloji ve psikoterapi yaklaşımlarının zenginliği düşünüldüğünde sınırlı kalacaktır. Danışana özgü terapi unsurlarının sıralanmasında farklılıklar görebileceğimiz alternatif bir yaklaşım olan Şema Terapi'de zedeleyici çocukluk deneyimleri sonucu edilen, yaşam boyu tekrar eden, öz yıkıcı duygusal ve bilişsel kalıplar olarak tanımlanan şemalara yönelik bilişsel, yaşantısal veya davranışsal teknikler önerilmektedir (Young ve ark. 2005). Bu yaklaşımda katı bir sıralama olmaksızın değişime hazırlık ve farkındalık için bilişsel teknikler ile başlanarak asıl değişimin gerçekleşeceğinin öngörüldüğü yaşantısal teknikler ve sonrasında değişimin günlük hayata aktarılması ve sürdürülmesini vurgulayan davranışsal teknikler uygulanmaktadır (Young ve ark. 2005). Ancak bu sıralamada değişiklikler olabilir; bazen aynı hafta hem davranışsal tekniklerden bir ödev verilebilir hem de bilişsel veya yaşantısal teknikler uygulanıyor olabilir. Hatta bazen şemaların etkisinin azaltılması, şemayı devam ettiren aile ortamı değiştirilmeden mümkün olmayacağından önemli yaşam değişikliği terapi sonlarına bırakılmadan gerçekleştirilebilir ve terapide bu şekilde ilerleme başlayabilir (Young 2005, Rafaeli ve ark. 2010, Finogenow 2021). Bunlar danışanın şemalarına, baş etme tarzına yaşam koşullarına ve özelliklerine göre değişmektedir. Ancak bu seçimlerin yapılması için kurallar olmadığı gibi temel alınan şemalara göre bir öneri de yoktur çünkü bireylerin şemalarla baş etmesi, şemaların günlük işlevselliğe etkisi veya danışanların şemayı değiştirmek isteyip istemediği, geçmiş deneyimleri çok çeşitlidir. Yani, hangi danışan özelliklerine göre tekniklerin sunulma sırasının nasıl olacağı hakkında sonuçlara varmak zordur.

Dinamik Faktör Modeli ve Sermayeleştirme-Telafi Yaklaşımı

Terapi unsurlarının sıralanmasında, Fisher ve arkadaşlarının (Fisher ve Boswell 2016, Fisher ve ark. 2019) modüler yaklaşımlarda modüllerin sıralanmasını belirlemek amacıyla semptom boyutları arasındaki zamansal ilişkileri gösteren “Dinamik Faktör Modeli (Dynamic Factor Model)” de kullanılabilir. Böyle bir yöntemle, ilk olarak başka sorunlara yol açan semptomlar hedef alınabilir. Ancak depresyonda olduğu gibi depresif düşüncelerin sonucu olarak görünen davranışlar bir noktadan sonra düşünceleri de beslemeye başlayabilir. Diğer araştırmacılar, semptom boyutları arasındaki zamansal ilişkiler yerine, danışanların başlangıçtaki becerilerine göre bir öncelik sırası gözetilebileceği görüşüyle danışanların güçlü yönlerine veya eksikliklerine öncelik vermenin etkisini incelemiştir (Cheavens ve ark. 2012, Sauer-Zavala ve ark. 2019, Southward ve Sauer-Zavala 2020). Örneğin randomize kontrollü bir çalışmada, majör depresif bozukluk tanılı bireylerin güçlü ve eksik oldukları alanlar yarı yapılandırılmış bir görüşme ile belirlenmiş ve müdahale bu alanlara göre önceliklendirilmiştir (Cheavens ve ark. 2012). Bu çalışmada görece güçlü yönler ve eksikliklerin belirlenmesi, değerlendiricilerin her hastanın bilişsel stratejileri, kişilerarası becerileri, davranışsal aktivasyonu kullanma sıklığının ve beceri düzeyinin değerlendirilmesini içermektedir. Güçlü yönlerin önceliklendirileceği koşul sermayeleştirme, eksikliklerin önceliklendirileceği koşul telafi olmak üzere, danışanlarla yapılan görüşmelerin ardından her danışanın iki güçlü ve iki eksik yönü belirlenerek koşullara atamayı tamamlanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları, danışanların mevcut güçlü yönlerine odaklanmanın, danışanların eksikliklerine odaklanmaktan daha hızlı semptom iyileşmesi ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Cheavens ve ark. 2012). Benzer bir çalışmada modüler yaklaşım olan UP modüllerinin danışanların tedavi öncesi güçlü ve eksik yönlerine göre sıralandığı görülmektedir (Sauer-Zavala ve ark. 2019). Bu çalışmada kaygı ve depresyon tanısı olan 12 yetişkin için modüllere paralel beceriler ölçülerek (örn., Duygular Hakkında İnançlar Ölçeği; Rimes ve Chalder 2010) danışanlar güçlü veya zayıf yönlerine öncelik veren modüllere göre rastgele atanarak müdahaleyi tamamlamışlardır (Sauer-Zavala ve ark. 2019). Önceki bulguya benzer şekilde (Cheavens ve ark. 2012), güçlü yönlerin önceliklendirildiği katılımcıların, eksik yönlerin önceliklendirildiği katılımcılara kıyasla daha hızlı bir değişim oranı sergilediği gösterilmiştir (Sauer-Zavala ve ark. 2019). Birlikte ele alındığında, bu bulgular, becerilerin sırasını kişiselleştirmenin, semptomlarda iyileşme görülmeden önce ihtiyaç duyulan seans sayısını azaltabileceğini göstermektedir. Fakat hangi semptomun önceliklendirileceği veya tekniklerin sıralanmasına ilişkin en uygun yöntemden bahsetmek için az sayıda çalışma olduğu söylenebilir. Bu nokta vurgulanırken yalnızca teorik olarak araştırmacıların kararlarının hangi semptomların önemli olduğu üzerinde aşırı bir etki yaratabileceği belirtildiğinden (Bastiaansen ve ark. 2020), semptomların önemine ilişkin yapılacak çalışmalarda klinik uygulamaların da göz önünde bulundurulması önemli olabilir.

Tedavi Sürecinde Bireye Özgü Yaklaşım

Psikoterapinin bireyselleştirilmesi bağlamında, terapi öncesi seçimler kadar terapi sürecinin başlangıcından sonuna kadar geçen süreçteki değişimler veya yaşanan zorlukların da ele alınması önemlidir. Daha önce bahsedilen yöntemlerden biri ile bireye özgü planlanan müdahalede dahi danışanların zorlanabileceği veya değişimde aksamalar yaşanabileceği bir gerçektir. Bireye özgü planlama ile başlanırsa da başlanmasa da danışandaki değişimler veya terapi sürecinde yaşanan olaylar veya durumlar, teorik yaklaşımların tahminlerinin ötesinde gelişebilir. Örneğin BDT ile başlanan bir terapi sürecinde eğer danışan bilişsel tekniklerde zorlanıyorsa, acaba klinisyen farklı yollarla bu teknikleri uygulamayı denemeye devam mı etmelidir yoksa yaklaşımını değiştirmeli midir? Bu sorulardan herhangi birini ne zaman sormalı veya ne zaman harekete geçmelidir? Tam olarak bu zorluklara benzer durumlarla klinik uygulamalarda karşılaşıldığından, bu sorulara yanıt bulmak amacıyla başlayan çalışmalar mevcuttur. Bu bağlamda, danışanın terapi süreci boyunca değerlendirilmesine odaklanan “Rutin Sonuç İzleme (Routine Outcome Monitoring- ROM)” yaklaşımından söz etmek gerekir (Howard ve ark. 1996).

Rutin Sonuç İzleme (Routine Outcome Monitoring- ROM)

Rutin sonuç izleme, klinik karar vermeye rehberlik etmek, tedavinin ilerlemesini izlemek ve tedavi uyarlamasının ne zaman gerekli olduğunu belirtmek için danışanların psikoterapi sürecine dair kişisel geribildirimlerini düzenli ve standart biçimde almaya dayalı bir yöntemdir (Pinner ve Kivlighan 2018, Gold ve ark. 2019). Yapılan çalışmalarda ROM'un, öncelikle danışandan düzenli olarak veri toplanması, bu veri hakkında hem klinisyene hem de danışana geri bildirim sağlanması ve bu geri bildirimle göre eğer gerekirse psikoterapi sürecinin uyarlanması olmak üzere 3 aşamadan oluştuğu görülmektedir (Barkham ve ark. 2023). Danışandan düzenli olarak veri toplanması aşamasında farklı odak noktalarında değerlendirme yapılan 4 sistemden söz edilmektedir. Bunlar psikoterapide kaydedilen ilerleme ve terapötik ittifakın değerlendirilmesi; semptomatoloji

ve işlevsellik düzeylerinin değerlendirilmesi; psikolojik iyi oluş, sosyal işlevsellik, problemler/semptomlar, başkalarına/kendine zarar verme risk alanlarının değerlendirilmesi; psikolojik sıkıntı, kişilerarası işlevsellik ve sosyal işlevsellik memnuniyetinin değerlendirilmesini içermektedir (Evans ve ark. 2000, Barkham ve ark. 2023). Bu değerlendirme alanlarında farklı ölçüm araçlarının kullanıldığı ve çeşitli araştırmaların yapıldığı görülmektedir; fakat bu alanlardan en fazla bilimsel desteğin özellikle psikolojik sıkıntı ve işlevsellik alanlarının değerlendirildiği sistem olduğu belirtilmektedir (Boswell ve ark. 2015). Yapılan değerlendirmenin klinik müdahalenin uyarlanmasında kullanılmadan önce klinisyen ve danışanın birlikte geri bildirimler odağında iş birliği ile ortak karar vermesi önerilmektedir (Greenhalgh ve ark. 2018, Faija ve ark. 2022, Barkham ve ark. 2023). Yapılan çalışmalarda böyle bir yaklaşım ile müdahalenin, danışanların tedaviye katılımını, bağlılığını ve psikolojik bozukluğun gidişatını olumlu etkilediğine dair bulgular yer almaktadır (Russell ve ark. 2018, Tauscher ve ark. 2021). Böyle bir yaklaşım bireye özgü olarak sürecin takip edilmesini içerse de, bu takipte kullanılan ölçüm araçlarının ne kadar danışan özelliklerini yansıttığı, danışanların bildirdiği sonuç ölçütlerinin güvenilirliği kısımları belirsizdir (Peterson ve Fagan 2021). Ayrıca terapi sürecinde doğrusal bir sağaltımdan bahsetmek her zaman mümkün olmayabilir (Hayes ve ark. 2007).

Klinik Sorun Çözme Araçları (Clinical Problem Solving Tools)

ROM yaklaşımının sınırlılıkları göz önünde bulundurularak, klinik uygulama için öneriler oluşturmak amacıyla çalışmalar da yapılmaktadır (Lutz ve ark. 2019). Bu çalışmalarda, danışanların iyileşme yolunda devam edip etmediklerinin belirlenmesinin ve terapide işlerin yolunda gitmediğine ilişkin uyarıyı temel alan ve klinik uyarlamaların gerekliliğini detaylandıran “Klinik Sorun Çözme Araçları (Clinical Problem Solving Tools)” kullanılmaktadır (Whipple ve ark. 2003). Bu yaklaşımda tedavi başarısızlığı riski taşıdığı öngörülen danışanlar için farklı sorun alanlarına yönelik çeşitli müdahale önerilerinde bulunmaktadır (Whipple ve ark. 2003, Lambert 2007). Bir çalışmada, bir grup danışanın yaşadığı sorun alanları rutin olarak her 5 seansta bir değerlendirilmiş ve bunlara yönelik olarak problem çözme veya motivasyona odaklanma gibi müdahale teknikleri uygulanmıştır (Lutz ve ark. 2022). Bu yaklaşım ile tedavi edilen danışanlarda, bu yaklaşımın uygulanmadığı danışanlara kıyasla sorun yaşanan alanlarda daha hızlı bir değişim olduğu belirtilmektedir (Lambert ve ark. 2018, White ve ark. 2018, Lutz ve ark. 2022).

Trier Tedavi Yol Göstericisi

Bireyselleştirilmiş psikoterapi yaklaşımının yansımalarıyla klinik sorun çözme araçları yaklaşımındaki geribildirim sisteminden yararlanılarak müdahale önerilerinin detaylandırıldığı, dijital karar destek ve yol gösterici sistemi “Trier Tedavi Yol Göstericisi (Trier Treatment Navigator- TTN)” geliştirilmiştir (Lutz ve ark. 2019). Bu sistemde, danışanın değişim motivasyonu, terapötik ittifak, intihar riski ve duygu düzenlenmesi hakkında geri bildirimler sunulmakta ve sorunu çözmeye yönelik müdahale teknikleri danışan özelliklerine göre önerilmektedir (Lutz ve ark. 2019). Bu sistemde; yarıda bırakma (drop-out) riskinin ve en uygun tedavi yönteminin tahminini içeren kişiselleştirilmiş tedavi öncesi öneriler; tedavi başarısızlığı riski taşıyan danışanları tanımlamak için dinamik risk endeksi ve müdahalenin uyarlanması için klinik problem çözme araçlarını içeren tedavi sırasında uyarlanabilir kişiselleştirilmiş öneriler birleştirilmiştir (Lutz ve ark. 2019). TTN’de tedavinin beklenen seyri hakkında veriye dayalı tahminler yapmak ve öneriler sunmak için birinci başlıkta söz edilen en yakın komşular yaklaşımı gibi çeşitli yöntemlerden yararlanılmaktadır (Lutz ve ark. 2019). Ayrıca semptom ölçümleri, süreç ölçümleri, kişilerarası davranış ölçümleri, seanslar sırasındaki duygusal deneyim ölçümlerini içeren geniş ölçüm yelpazesinden de yararlanıldığı görülmektedir (Schaffrath ve ark. 2022). Söz konusu sistem ile birlikte yürütülen terapi sürecinde geri bildirimlerin klinisyenlere kolaylık sağlamanın yanında danışanlar açısından da terapiye daha fazla katılmalarını sağlaması ve yaşadıkları zorluklara yeni bir bakış açısı kazandırması gibi faydaları olduğu bildirilmektedir (Schaffrath ve ark. 2022).

Sıralı Çoklu Atamaların Olduğu Randomize Kontrollü Çalışmalar

Terapi sürecinde bireye özgü yaklaşımın bilimsel çalışmalardaki yansımalarına bir örnek, bir terapinin etkin olup olmadığının değerlendirildiği randomize kontrollü çalışmalar esnetilerek geliştirilen “Sıralı Çoklu Atamaların Olduğu Randomize Kontrollü Çalışmalar/Tercihe Bağlı Atamaların Olduğu Randomize Kontrollü Çalışmalar”dır (Sequential Multiple Assignment Randomized Trial- SMART; Bigirimurame ve ark. 2022). Bu yöntemde, birden fazla tedavinin uygulandığı çalışmada önceden belirlenen karar aşamalarında, danışanlara devam etmekte oldukları tedavi grubunda kalmak veya diğer tedavi yöntemi ile devam etmek gibi seçenekler sunulmaktadır. Danışan karar aşaması, terapistin verdiği bilgilerle desteklenmektedir (Almirall ve Chronis-Tuscano 2016). Bir çalışmada bu yöntem, tıknırcasına yeme bozukluğu ve obezitesi olan bireylerde (n=191) uygulanmıştır (Grilo ve ark. 2020). Standart davranışsal kilo kaybı müdahalesinde, bir aylık süre ile gelişme göstermeyenlerin BDT

uygulamasını ile devam etmesi imkanının tanındığı bir çalışmada, aşırı yeme davranışında azalma ve kilo kaybında güçlü iyileşmeler bildirilmektedir (Grilo ve ark. 2020). Ancak uyarlanabilir randomize kontrollü çalışmaların tedavideki etkisinin incelenmesinde daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

Özetle, belirsiz olduğu kabul edilen terapi sürecinin her adımında, bireye özgü uyarlama veya değişimi gerektirebilecek faktörlerle karşılaşılacağı bilinmektedir ve hem tedavi öncesindeki tahminler hem de uygulamalar devam ederken alınan ölçümlerle uyarlamaların yapılması bağlamında çeşitli çalışmalardan söz etmek mümkündür. Bilimsel çalışmalarda yöntemsel olarak da bunun göz ardı edilmediği ve uzun yıllardır alanda hâkim olan randomize kontrollü çalışmaların bu bağlamda esnetildiği görülmektedir. Söz konusu çalışmalarda teorik önerilerden ziyade çeşitli yöntemler ve sistemler ile terapi sürecinin bireye özgü hale getirilerek klinik uygulamaya aktarılmasına yönelik bir çaba olduğu görülmektedir; bu alanda yapılan çalışmaların artırılması, klinik uygulamada faydalı olabilecek önerilerin elde edilmesini kolaylaştıracaktır.

Seans Sıklığının Düzenlenmesi ve Terapinin Sonlandırılmasında Bireye Özgü Yaklaşım

Hangi danışanın hangi terapi yaklaşımından veya hangi müdahalelerden faydalanacağına belirlenmesi ve terapi süreci boyunca bireye özgü faktörlerin göz önünde bulundurulması görüşlerinin bir yansıması da seans sıklığının danışana göre belirlenmesi, uyarlanması ve terapi sürecinin sonlandırılmasında birey özelliklerinin dikkate alınması konusudur.

Seans Sıklığı (Haftada 1 veya 2)

Seans sıklığının danışana göre uyarlanması klinisyenler arasında uygulama alanında tanıdık bir ifadedir; ancak buna yönelik yapılan bilimsel çalışmalara da bakmak gerekir. Örneğin intihar riski olan bir danışan için seans sıklığının artırılması genellikle sık karşılaşılan örneklerdendir (Linehan ve ark. 2012, Roush ve ark. 2017). Genel eğilim intihar riski olduğunda seans sıklığını artırmak olsa da bunun her danışan için yapılamadığı söylenebilir (Berman ve ark. 2015, Linehan ve ark. 2012). İntihar riski şiddetinin burada etkili faktör olacağı tahmin edilebilir, ancak intihar riski olan danışanlarda hangi danışan özellikleri seans sıklığını artırma kararında etkili? Klinisyenler danışanları geçmişte yaşadıkları olaylar, yaşadıkları psikolojik zorluklar, daha önce intihar girişimi varlığı gibi farklı açılardan değerlendirebilir; fakat değerlendirilmesi önerilen özellikler/faktörler ve bunlara yönelik önerilerin sunulduğu çalışma sayısının artırılması klinik uygulamalarda faydalı olabilir (Bolton ve ark. 2015, Roush ve ark. 2017). Danışanların özelliklerine göre seans sıklığının düzenlenmesine ilişkin değerlendirme ve öneri eksikliği yalnızca intihar riski olanlar odağında değil; farklı psikolojik bozukluklar odağındaki diğer çalışmalarda da mevcuttur. Örneğin bir çalışmada depresyon tanılı danışanlarda haftada 1 kez veya 2 kez BDT ve Kişiler Arası İlişkiler Terapisi uygulamanın etkisi incelenmiş ve haftada 2 kez seans alanların haftada 1 kez alan gruba kıyasla semptomlarında azalma olduğu ve daha hızlı iyileşme gösterdikleri bulunmuştur. Ancak bu çalışmada da müdahalenin danışanların özelliklerine göre haftada 1 veya 2 kez seans sunulmasına yönelik spesifik bir incelemeden söz edilmemektedir (Brujniks ve ark. 2020). Bazı çalışmalarda seans sayısının fazla olmasının daha iyi tedavi sonuçlarıyla ilişkili olduğu gösterilmektedir; ama yine bireye özgü bir odak noktası yoktur (Erekson ve ark. 2015).

Yeterince-İyi Seviye Modeli

Seans sıklığının yanında, seans sayısına yönelik de çalışmalar mevcuttur ve bu çalışmalarda semptom değişikliği için gereken seans sayısının incelendiği görülmektedir (Hansen ve ark. 2002, Cuijpers ve ark. 2013, Robinson ve ark. 2020). Psikoterapinin doz-yanıt modelinin incelendiği ve iyileşmenin ortalama 26 seanstan sonra geliştiği ve ilk 4 seans gibi bir sürede danışanların yalnızca %10'unda iyileşme görüldüğü belirtilmektedir (Hansen ve ark. 2002). Fakat farklı psikolojik bozukluklarda, müdahale süresi ve semptom değişiminin incelenmesiyle; çoğu bireyin psikoterapide gözlemlenen tipik doz-yanıt düzeninden saptığı görülmüştür (Baldwin ve ark. 2009, Bone ve ark. 2021, Juul ve ark. 2023). Seans sayısının danışanın klinik olarak anlamlı değişiklik gösterme olasılığıyla ilgisiz olduğu belirtilmiştir ve hastaların kendileri ve terapistleri "yeterince iyi" seviyeye ulaştıklarına karar verene kadar tedavide kaldıklarını vurgulayan "yeterince-iyi seviye (good-enough model)" modelinden söz edilmiştir (Baldwin ve ark. 2009, Bone ve ark. 2021). Yani, bazı psikolojik bozukluklara özgü önerilen paket tedavilerde belirtilen tahmini seans sayısının sınırlı bir öneri olduğu tekrar vurgulanabilir.

Söz konusu çalışmalarda semptomlardaki değişiklikler odağında seans sayısından söz etse de, psikoterapide yalnızca semptomlardaki değişime yönelik çıkarım yapılması sınırlıdır. Bir psikoterapide değişim, hedef ve çıktının ne olduğuna dair birçok tartışmanın sunulduğu Cuijpers'in (2019) çalışması göz önünde

bulundurulduğunda, yalnızca semptom değişimine göre seans sayısına dair öneride bulunmanın sakıncalı olacağı söylenebilir. Bu çalışmada, danışanların psikoterapi hedeflerinin, örneğin danışanların kendini keşfetmek, iç görü kazanmak, duygularını anlamak gibi bazı psikoterapi yaklaşımlarının hedeflediğinden farklı olabileceği belirtilmektedir. Ayrıca bazı psikoterapi yaklaşımları, psikoterapide semptomların azalmasını hedeflerken, varoluşçu yaklaşım gibi bazı diğer yaklaşımlarda tam tersine semptomların artması beklenen istenen bir şeydir. Öyleyse, seans sıklığının belirlenmesi veya seansların sonlandırılması kararlarında semptom değişiminin ötesi de göz önünde bulundurulmalıdır. Kişiselleştirilmiş yaklaşımın tedaviyi sonlandırmaya yönelik uygulandığı bir başka çalışmada, kaygı bozukluğu ve depresif bozukluk tanıları olan yetişkinlerin güçlü yönler ve eksikliklerinin belirlenmesinden sonra bu yönlerine göre UP tedavi modülleri uygulanmıştır (Southward ve Sauer-Zavala 2020). Bu uygulamaların ardından özellikle deneyimsel kaçınma becerileri göz önünde bulundurulurken terapinin 6. seanstan veya 12. seanstan sonra sonlandırılması planlanan danışanların sonuçları incelenmiş ve karşılaştırılabilir sonuçlar elde edilmiştir (Southward ve Sauer-Zavala, 2020). Diğer deyişle, danışanların güçlü ve eksik yönlerine göre seans süresi ve sonlandırılması planlandığında, seans sayıları farklı olsa da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Terapi sürecinin sonlandırılmasında bireylere özgü özellikler, az önce söz edildiği gibi seans sayısını etkileyebilir. Yine de, bu sonlandırmanın danışan için anlamı veya nasıl yapılacağı da kritiktir. Psikoterapinin sonlandırılması aşaması, Gelso ve Woodhouse (2002) tarafından “terapist ve danışanın bilinçli veya bilinçsiz olarak tedaviyi sona erdirmeye çalıştığı, danışmanlığın son aşaması” olarak tanımlanmaktadır (s. 346). Tanımdan da anlaşılacağı gibi hem terapist hem de danışan faktörleri bu süreçte rol oynamaktadır. Bireyselleştirilmiş psikoterapi yaklaşımı bağlamında danışan tarafına odaklanıldığında, terapinin sonlandırılması aşamasını danışanların nasıl gördüğü, bu sonlandırmanın nasıl hissettirdiği önemlidir (Râbu ve Haavind 2018). Psikodinamik bakış açısı, bu sonlandırmanın danışan tarafından bir kayıp olarak deneyimlendiğini öne sürmektedir (Strupp ve Binder 1985, Joyce ve ark. 2007). Danışan özellikleri bakımından örnek vermek gerekirse, hangi yaklaşım ile çalışıldığına bakılmaksızın bağımlı kişilik örüntüsü olan danışanlarda terapinin sonlandırılması aşamasında tedaviyi bırakmak istememe ve ayrılık kaygısı gibi bazı zorluklarla karşılaşıldığı belirtilmektedir (Berk ve Parker 2009, Clemens 2010, Geurtzen ve ark. 2019). Söz konusu zorluklarla karşılaşıldığında terapist, danışanın bu zorlukları aşması için yeni seanslarla psikoterapiye devam etme kararını almalı mıdır, yoksa eğer bu yolu seçerse ayrılık kaygısını pekiştireceğinden ne olursa olsun terapiyi sonlandırmalı mıdır? Alan yazında söz konusu zorlukların yaşanmasının olumlu mu olumsuz mu olduğuna ilişkin birçok tartışma yer almaktadır (Geurtzen ve ark. 2023); ancak hangi danışan özelliklerine göre nasıl bir kararın verilmesi gerektiğine ilişkin görgül çalışmalara rastlanılmamıştır. Klinik uygulamada danışan özellikleri de göz önünde bulundurulurken terapinin sonlandırılmasına, bu sonlandırmanın şekline karar verilse de bu alanda hangi danışan özelliklerine göre nasıl, ne zaman sonlandırma yapılması gerekeceğine ilişkin daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu görülmektedir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda psikoterapi sonrası klinik olarak anlamlı iyileşme için seans sıklığı, seans sayısı ve sonlandırmada dikkate alınacak demografik özellikler, medeni durum, kişilik örüntüleri, gibi birçok faktör belirlenmelidir. Söz konusu incelemelerin artırılması terapi sürecinin süresi veya sonlandırılmasında farklı danışan özelliklerine göre çıkarım yapmayı mümkün kılacaktır.

Tartışma

Psikoterapi doğası gereği, Yunan mitolojisinde herkesi bir yatağa uydurmak uğruna kimisinin çeşitli uzuvlarının kesildiği; kimisinin uzatılmaya çalışıldığı “Prokrustes Yatağı” gibi görülemez. Eğer terapi süreci böyleymiş gibi yürütülecek olursa tıpkı mitolojide sözü edilen yatağın bir işkenceye dönüşmesi gibi yapılan müdahalelerin danışana faydadan ziyade zarar getirebileceği söylenebilir. Yapılan çalışmalarda danışanlar, terapinin onlara göre şekillendirilmesinden ziyade kendilerinin terapiye göre düzenlendiklerini ve bunu yararlı bulmadıklarını belirtmektedir (Li ve ark. 2024). Bireyselleştirilmiş psikoterapi yaklaşımı, danışanın terapi yaklaşımına göre değil; tedavinin danışana özgü özelliklere göre uyarlanmasına odaklanmaktadır. Bu yaklaşımın ortaya çıkmasına alan yazında uzun yıllardır devam eden etkin psikoterapi arayışında tutarlı sonuçlar elde edilememesi zemin hazırlamıştır. Yapılan çalışmalarda etkin olduğuna yönelik birçok bulgu sunulan psikoterapi yaklaşımlarının (örn., BDT) bazı danışanlarda beklenildiği gibi bir etki göstermediği de son yıllarda vurgulanan noktalardandır. Bu bağlamda yapılan çalışmalarla birlikte psikopatolojilerin karmaşık doğasına dair vurgular; tanıya özgü tedavi kılavuzlarının sınırlılıklarını gün yüzüne çıkarmıştır. Eş-tanı oranının yüksek olması, farklı psikopatolojilerde farklı belirti kombinasyonları ile karşılaşılması; bir tanı için etkili olduğu söylenen psikoterapi yaklaşımının uygulanmasını zorlaştırmakla birlikte psikopatolojiyi sürdüren faktörlerin veya başka tanısız özelliklerin göz ardı edilmesine yol açabilir. Dolayısıyla, etkili psikoterapi uygulaması amacına yönelik çalışmalar yetersiz kalmaktadır ve psikoterapi uygulamalarının bireye özgü şekillendirilmesi kritik bir ihtiyaç haline gelmiştir. Özellikle bu yaklaşımın standart tedaviye kıyasla daha etkili olduğu bulgusunun güncel bir meta analiz

çalışmasında (Nye ve ark. 2023) sunulması bu yaklaşım ile birlikte klinik psikoloji alanında kanıta dayalı uygulama bağlamında önemli gelişmeler yaşanacağını işaret eder niteliktedir. Bu bilgilerden hareketle söz konusu yaklaşım birçok açıdan oldukça kıymetli görünmektedir. Bu derlemenin amacı, psikoterapinin bireyselleştirilmesi veya kişiselleştirilmesi konusunda yapılan bilimsel çalışmalarda yer alan çeşitli yaklaşımlar ve yöntemleri sunmak ve söz konusu alanla ilişkili eksikliklerin giderilmesinde yapılacak yeni çalışmalara ışık tutmaktır. Ancak görüldüğü gibi bu konu alan yazında birçok açıdan (tedavinin seçilmesi, tedavi unsurlarının sıralanması vb.), birçok yöntem ve yaklaşım ile (istatistiksel yöntemler, terapi yaklaşımları, değerlendirme yöntemleri gibi) ele alınmıştır. Birçok yöntem ve yaklaşımdan söz edilmesi üç şeyi göstermektedir; birincisi, odak noktası bireye özgü yaklaşım olduğunda, bunun oldukça fazla faktörün düşünülmesi gereken belirsiz bir yol olduğu söylenebilir, çünkü her birey biriktir ve deneyimledikleri yaşam olayları ve zorlukların sonsuz kombinasyonunu taşırlar. İkincisi, alan yazında birçok araştırmacının farklı yöntemler, yaklaşımlar ve öneriler ile psikoterapinin bireyselleştirilmesi adına son yıllarda artan oranda yoğun ilgi gösterdiği anlaşılmaktadır. Son olarak, bireyselleştirilmiş psikoterapi için kesin bir yol bulunmadığını; dolayısıyla daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu yansıtmaktadır.

Psikoterapinin bireye uyarlanmasında genel anlamda öncelikle klinisyenlerin mevcut alternatifler arasından danışan için etkili olabilecek müdahaleyi seçmesi gerekli görünmektedir. Bu kararda öncelikle danışanın tanısının etkisi olacaktır; yine de, bireyselleştirilmiş psikoterapi yaklaşımı odağında yapılan çalışmalara göre, tanıdan ziyade danışanların bireysel özellikleri (stresli yaşam olayları, çocukluk çağı travmaları, iş durumu gibi) hangi terapi yaklaşımından daha fazla fayda görebileceklerini etkilemektedir. Bu değişkenlerin ne olduğuna ilişkin makine öğrenmesi gibi istatistiksel yöntemlerle yapılan birçok çalışma vardır; ancak genel olarak bu çalışmalar daha önce yapılan çalışmaların verilerine dayanmaktadır ve önceki çalışma verilerinden hareketle tahminler yürütülmektedir. Ayrıca bu çalışmalar, öngörücü değişkenlere yöneliktir; gerçekten belirlenen özelliklere sahip danışanların söz konusu tedaviyi aldığına diğer tedaviye kıyasla daha iyi sonuçlar gösterip göstermediğine dair bilgileri içermemektedir. Oysaki yapılan çalışmaların sonuçlarının klinik uygulamalar açısından öneri olarak sunulmasında tahminlerin ötesinde bulgulara ihtiyaç vardır. Bu bağlamda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Terapi sürecinde ise psikoterapi uygulayıcıları danışanlara uygulayacakları terapötik becerileri de seçmektedir ve bu seçimin danışana özgü nasıl yapılabileceğine ilişkin çalışmalarda genelde bir yaklaşımın teknikleri (ör., BDT, UP) arasından yapılan seçime odaklanıldığı görülmektedir. Buna ek olarak bazı çalışmalarda en baskın semptomlara göre uygulanacak tekniklerin seçilmesi görüşleri sunulsa da, bazen baskın görünen semptomların arka planda kalan diğer zorlukların yansımaları olabileceği göz ardı edilmemelidir. Benzer şekilde semptomlar arasında zamansal ilişki bazen çalışmalarda bahsedildiği kadar net olmayabilir. Bu bağlamda yapılan çalışmalar söz konusu ihtimaller dahilinde tekrar edilebilir. Ayrıca bu çalışmaların eksikliklerini telafi edebilecek bir yaklaşımdan da söz etmek önemlidir: Süreç Odaklı Yaklaşım. Özellikle süreç odaklı bakış açısının odak noktasının bireye özgü psikoterapi yaklaşımı ile oldukça paralel olduğu görülmektedir. Temelinde semptomların zamansal değerlendirmesine odaklansa da bu yaklaşım, aynı zamanda bağlamsal özellikleri de değerlendirmeye dahil etmektedir. Bu yaklaşımda, daha geniş bir bakış açısı ile semptomlar ve danışan özellikleri bir arada değerlendirildikten sonra bu değerlendirmeye göre müdahale önerilerinde bulunmaktadır. Söz konusu yaklaşım danışanların ve terapistlerin birlikte karar vermesini, problemle bağlantılı hedefler seçilmesini ve klinisyenlerin güncel çalışmaları takip etmesini önermektedir; fakat bu önerilerin klinik uygulamalardaki karşılığına ilişkin daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda daha çok vaka incelemesi şeklinde bu yaklaşımın örnekleri görülse de daha fazla sayıda katılımcıya uygulanmasının sonuçları da değerli olacaktır.

Tedavinin seçilmesi veya terapötik tekniklerin seçilmesine ek olarak, terapi unsurlarının sıralanmasının da kişiye göre değişebileceğini belirtmekte fayda var. Terapi unsurlarının sıralanmasında herhangi bir değişiklik de terapi sonuçlarını etkileyebilir; ancak tekniklerin sıralanmasında danışan özelliklerinin incelendiği çalışmaların daha az sayıda olduğu söylenebilir. Alan yazında çok dikkat çekilmese de, terapötik unsurların sıralanmasında danışanın öncelik vermek istediği alana göre yapılacak bir değişikliğin terapi sonuçlarını etkileme potansiyeli vardır. Diğer yandan, tekniklerin sıralanmasının değiştirilmesinin terapi sonuçlarını nasıl ve ne düzeyde etkileyeceğine ilişkin çalışmalara rastlanmamıştır; oysaki böyle bir inceleme tek bir yaklaşım odağındaki tekniklerinin sırasının değiştirilmesinin de ötesinde incelenmelidir. Az sayıda da olsa yapılan çalışmalarda kişilik özelliklerine göre bazı danışanlar için bazı tekniklerin etkili olabileceğinden söz edilmektedir. Fakat bu özelliklere yönelik öneri sunulması için az sayıda kanıt mevcuttur. Ayrıca belki de söz konusu kişilik özelliğine sahip olmayan bir danışan, tekniğin uygulanmaya başlamasıyla gelişme gösterebilir ve daha fazla fayda görebilir. Örneğin, sorumluluk düzeyi fazla olan bir danışan için ev ödevlerinin verilmesinin terapinin daha etkili olmasıyla bağlantılı olacağı tahmin edilirken, sorumluluk düzeyi az olan ve bunu değiştirmek isteyen diğer bir danışan, ev

ödevlerini bu değişim konusunda fırsat olarak görüp çabalayabilir. Dolayısıyla, böylesi tahminlerin ötesinde yapılacak görgül çalışmalar ile bazı özelliklere eğilimi olan/olmayan danışanlarda yapılacak çalışmalarla; olası senaryolar belirlenerek klinisyenlere farklı durumlar için uygulanabilecek çeşitli adımlar sunulabilir.

Her ne kadar birçok noktada tahminden söz edilse de bireyselleştirilmiş psikoterapi uygulamasında özellikle psikoterapi süreci devam ederken danışanların ihtiyaçları, beklenti ve hedefleri veya süreçte gelişim gösterdikleri alanlar değişebilir ve somut örneklerden yola çıkılarak da terapi süreci boyunca danışana özgü adımlara ihtiyaç duyulabilir. Söz konusu ihtiyaç, terapi süreci boyunca çeşitli ölçümler alınmasını öneren Rutin Sonuç İzleme yaklaşımına dair çalışmaları tetiklemiştir. Bu yöntem danışanların ilerlemesini inceleyerek hem danışana hem terapistlere süreçle ilgili geri bildirimler sunmaktadır ancak bu geribildirimlerin ardından klinisyenin nasıl bir yol izleyeceğine ilişkin görgül olarak desteklenen öneriler sunulmaz. Bu sınırlılık, Klinik Sorun Çözme Adımları, Trier Tedavi Yol Göstericisi gibi yeni yöntemlerin ortaya çıkmasında etkili olmuştur. Bu yöntemlerin, danışanların terapiye daha fazla katılmalarını sağlama ve danışanlara yeni bir bakış açısı kazandırması gibi faydaları olduğu belirtilmektedir. Belirtilen sonuçlar umut vericidir, benzer çalışmaların sayısının artırılması ve yapılan çalışmalarda danışanların özelliklerinin de yer alması alan yazına katkı sağlayacaktır. Klinik sorun çözüme araçları veya tedavi yol göstericisi odağındaki çalışmalarda daha önce tedavi seçiminde kullanıldığı belirtilen veriye dayalı yöntemler (ör., en yakın komşular yaklaşımı) kullanıldığından bu çalışmaların bireyselleştirilmiş psikoterapi bağlamındaki bulguları bir araya getirdikleri ve alanda yapılan çalışmalarını bir adım daha öteye taşıdıkları söylenebilir. Yine de terapi süreci boyunca danışanların ihtiyaçlarını gözetmek adına ölçümler alınması gibi bir sürecin danışan ve klinisyen açısından uygulanabilirliğinin de çalışmalara konu olması ve klinik uygulama gerçekleri bağlamında değerlendirmeler yapılması önemli bir nokta gibi görünmektedir.

Kişiselleştirmenin bir diğer alanı da seansların ne sıklıkta gerçekleşmesi veya ne zaman nasıl sonlandırılması gerektiğinin belirlenmesidir. Diğer alanlara kıyasla seans sıklığının ve sonlandırmanın daha az çalışmaya konu edildiği görülmektedir ancak yapılan çalışmalarda da maddi güç, danışanın zamanı ve koşulları gibi pratik sebeplerin göz ardı edildiği görülmektedir. Seans sıklığı veya sonlandırılmasında etkisi olduğu düşünülen danışan veya terapist özellikleri incelenirken pratik sebeplerin de dahil edilmesi daha gerçeğe yakın bir bakış açısı sunacaktır.

Psikoterapinin kişiselleştirilmesi birçok avantaj sağlamaktadır; uzun yıllardır yapılan çalışmalarda göz ardı edildiği düşünülen danışan özellikleri, tek bir tanı haricinde psikopatolojik özellikler ve bireylerin ihtiyaçlarının göz önünde bulundurulması bunlardan sadece birkaçıdır. Bunlara ek olarak danışanın psikolojik iyi oluşunu etkileyen çeşitli faktörlerin (örn. baş etme, kişisel geçmiş) de terapi sürecinde dikkate alınması ve süreç boyunca danışanlarda yaşanan gelişim, değişen ihtiyaç ve hedeflerin takip edilmesi bir başka faydadır. Söz konusu yaklaşım danışanın tedaviye uyumunun sağlanması, terapiyi yarıda bırakmanın önlenmesi bağlamında önemli bilgiler de sunma hedefindedir. Bütün bunlar psikoterapinin etkililiğinin artırılması bağlamında oldukça kıymetli olsa da bu uygulamaların nasıl bir yol izlenerek gerçekleştirileceğine dair bulgular sınırlı, yöntemler çeşitlidir ve henüz bireyselleştirilmiş psikoterapi uygulamasına dair bir rehber yoktur. Bu yaklaşım birçok avantaj sağlasa da klinik pratikte uygulanması klinisyen açısından zaman alıcıdır, sosyoekonomik koşullar düşünüldüğünde zorlayıcıdır ve oldukça karmaşık görünmektedir. Bu karmaşıklığın giderilmesi, bu zamana kadar söz konusu alanda yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular ışığında yeni çalışmalar yapılmasını gerektirir. Genel olarak ele alınan çalışmalardan hareketle, tedavi öncesi psikoterapi seçiminde bireyselleştirme bağlamında yürütülen çalışma sayısının terapi unsurlarının kişiselleştirilmesi, sıralanması, terapi sürecinde bireyselleştirme ve seans sıklığı veya terapinin sonlandırılması aşamalarını ele alan çalışmalardan daha fazla olduğu görülmektedir. Tedavi seçimi odağındaki çalışmalarda önceden yapılan randomize kontrollü çalışmaların verileri kullanılarak tahmin yapıldığı görülse de bu tahminlerin geçerliğine ilişkin vaka çalışması, pilot çalışmalar veya randomize kontrollü çalışmalar oldukça sınırlıdır. Ayrıca, bireyselleştirilmiş psikoterapi yaklaşımının tanıya özgü tedavi kılavuzlarının sınırlılıklarından hareketle geliştiği görülse de tedavi seçimi odağında yürütülen çalışmaların çoğunda depresyon tanısına dair yapılan çalışma verilerinden yararlandığı göze çarpmaktadır. Yani bu alanda bilgilerin zenginleştirilmesi adına farklı psikopatolojik özellikler bağlamında yürütülen çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bunlara ek olarak tedavi öncesi kişiselleştirme bağlamında birçok yöntemden söz edilmektedir, dolayısıyla hangi yöntemin daha pratik ve işlevsel olduğuna ilişkin yapılacak çalışmalar da önemli görünmektedir. Tedavi unsurlarının kişiselleştirilmesi amacıyla yürütülen çalışma sayısı az olmakla birlikte bunlardan yalnızca UP'ın incelendiği birkaç çalışmanın randomize kontrollü çalışma olduğu gözlemlenmektedir. Diğer yöntemlere ilişkin daha fazla çalışma yapılmasına ve özellikle randomize kontrollü çalışmalar ile bu yöntemlerin incelenmesine ihtiyaç var gibi görünmektedir. Vaka çalışmaları ise özellikle süreç odaklı yaklaşımda ön plana çıkmaktadır. Özellikle süreç odaklı tedavi yaklaşımının en baştan değerlendirme de dahil olmak üzere bireyselleştirilmiş bir bakış açısı ile yola çıktığı görüldüğünden bu yaklaşıma yönelik uygulamaların artırılması ve etkilerinin incelenmesi için yapılacak çalışmaların psikoterapinin kişiselleştirilmesi alanını zenginleştireceği

düşünülmektedir. Bireyselleştirilmiş psikoterapi özelinde alan yazına katkı sağlanması beklenen diğer bir nokta, terapi süreci boyunca kişiselleştirmeyi ele alan Trier Tedavi Yol Göstergisi yöntemidir. Son yıllarda özellikle bu yönetime ilişkin yapılan çalışmaların artmakta olduğu da gözlemlenmiştir. Bireyselleştirilmiş psikoterapi çalışmalarının sınırlı özellikler gösterdiği vurgulansa da, yapılan çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda psikoterapinin kişiselleştirilmesi odağında en olası yol; tedavi öncesi kişiselleştirme yaklaşımları ile tedavi boyunca danışanların gelişimlerinin takip edildiği yöntemlerin birleştirilmesi gibi görünmektedir. Böyle bir olasılık uğruna yapılacak çalışmalar; hem araştırmacılar ve klinisyenler hem de danışanlar için yorucu görünebilir ancak kanıta dayalı psikoterapi tam olarak bu üçlünün yükü taşımasından söz eder. Son olarak, özellikle ülkemizde bireyselleştirilmiş psikoterapi yaklaşımı bağlamında yapılan çalışmalara rastlanmamıştır; dolayısıyla bu derleme, bahsedilen çalışmaların kültürel özellikler göz önünde bulundurularak ülkemizde tekrarlanmasına ve sınırlılıklar göz önünde bulundurularak yeni çalışmaların yapılmasına ışık tutmasıyla değerli katkılar sunmaktadır.

Sonuç

Klinik psikoloji alanında uzun yıllardır kanıta dayalı uygulama bağlamında yürütülen çalışmalar bireye özgü psikoterapi uygulaması ihtiyacını gün yüzüne çıkarmıştır. Psikoterapinin bireyselleştirilmesi hedefiyle tedavi öncesi veya tedavi sürecindeki faktörler açısından çok çeşitli yöntemler ortaya konmuştur. Özellikle tedavi öncesi seçim aşamasında, istatistiksel yöntemler ön plana çıkmaktadır. Ancak terapi sürecinde danışana göre uyarlamaların yapılması bağlamında teorik yaklaşımların da zengin bir bakış açısı sunduğu görülmektedir. Son yıllarda hem tedavi öncesi seçim yaklaşımlarını hem de tedavi sürecinde bireye özgü uyarlamaları birleştirmeye yönelik çalışmalar yapıldığı görülmektedir. Yapılan çalışmalara bakıldığında şu zamanda bu birleştirme çabalarının bireye özgü psikoterapi uygulaması için mümkün olan en iyi yol olduğu söylenebilir. Bireyselleştirilmiş psikoterapinin nasıl uygulanacağına dair kesin bir yol bulunamasa da yapılan çalışmalar umut vadedicidir.

Kaynaklar

- Almirall D, Chronis-Tuscano A (2016) Adaptive interventions in child and adolescent mental health. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 45:383-395.
- APA (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition (DSM 5). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006) Evidence-based practice in psychology. *Am Psychol*, 61:271-285.
- Bach B, Presnall-Shvorin J (2020) Using DSM-5 and ICD-11 personality traits in clinical treatment. In *The Cambridge Handbook of Personality Disorders* (Eds CW Lejuez, KL Gratz):450-467. Cambridge, UK, Cambridge University Press.
- Bach B, Markon K, Simonsen E, Krueger RF (2015) Clinical utility of the DSM-5 alternative model of personality disorders: Six cases from practice. *J Psychiatr Pract*, 21:3-25.
- Baldwin SA, Berkeljon A, Atkins DC, Olsen JA, Nielsen SL (2009) Rates of change in naturalistic psychotherapy: Contrasting dose-effect and good-enough level models of change. *J Consult Clin Psychol*, 77:203-211.
- Barkham M, De Jong K, Delgado J, Lutz W (2023) Routine outcome monitoring (ROM) and feedback: Research review and recommendations. *Psychother Res*, 33:841-855.
- Barlow DH, Ellard KK, Fairholme CP, Farchione CP, Boisseau CL, Allen LB (2011) *The Unified Protocol For Transdiagnostic Treatment Of Emotional Disorders: Client Workbook*. Oxford, Oxford University Press.
- Barlow DH, Farchione TJ (2018) *Applications of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders*. New York, Oxford University Press.
- Barlow DH, Allen LB, Choate ML (2004) Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behav Ther*, 35:205-230.
- Barlow DH, Harris BA, Eustis EH, Farchione TJ (2020) The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *World Psychiatry*, 19:245-246.
- Bastiaansen JA, Kunkels YK, Blaauw FJ, Boker SM, Ceulemans E, Chen M et al. (2020) Time to get personal? The impact of researchers choices on the selection of treatment targets using the experience sampling methodology. *J Psychosom Res*, 137:110211.
- Berk M, Parker G (2009) The elephant on the couch: side-effects of psychotherapy. *Aust NZ J Psychiatry*, 43:787-794.
- Berman NC, Stark A, Cooperman A, Wilhelm S, Cohen IG (2015) Effect of patient and therapist factors on suicide risk assessment. *Death Stud*, 39:433-441.
- Beutler L (2001) Comparisons among quality assurance systems: From outcome assessment to clinical utility. *J Consult Clin Psychol*, 69:197-204.
- Beutler LE (1998) Identifying empirically supported treatments: What if we didn't? *J Consult Clin Psychol*, 66:113-120.

- Bigirimurame T, Uwimpuhwe G, Wason J (2022) Sequential multiple assignment randomized trial studies should report all key components: a systematic review. *J Clin Epidemiol*, 142:152-160.
- Bolton JM, Gunnell D, Turecki G (2015) Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ*, 351:h4978-h4978.
- Bolton P, Lee C, Haroz EE, Murray L, Dorsey S, Robinson C et al. (2014) A transdiagnostic community-based mental health treatment for comorbid disorders: Development and outcomes of a randomized controlled trial among Burmese refugees in Thailand. *PLoS Med*, 11:e1001757.
- Bone C, Delgado J, Barkham M (2021) A systematic review and meta-analysis of the good-enough level (GEL) literature. *J Couns Psychol*, 68:219-231.
- Boswell JF, Kraus DR, Miller SD, Lambert MJ (2015) Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions. *Psychother Res*, 25:6-19.
- Brabec B, Meister R (2001) A nearest-neighbor model for regional avalanche forecasting. *Ann Glaciol*, 32:130-134.
- Bronswijk SC, DeRubeis RJ, Lemmens LH, Peeters FP, Keefe JR, Cohen ZD et al. (2021) Precision medicine for long-term depression outcomes using the Personalized Advantage Index approach: cognitive therapy or interpersonal psychotherapy? *J Psychol Med*, 51:279-289.
- Brujniks SJE, Lemmens LHJM, Hollon SD, Peeters FPML, Cuijpers P, Arntz A et al. (2020) The effects of once-versus twice-weekly sessions on psychotherapy outcomes in depressed patients. *Br J Psychiatry*, 216:222-230.
- Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT (2006) The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*, 26:17-31.
- Cheavens JS, Strunk DR, Lazarus SA, Goldstein LA (2012) The compensation and capitalization models: A test of two approaches to individualizing the treatment of depression. *Behav Res Ther*, 50:699-706.
- Chekroud AM, Bondar J, Delgado J, Doherty G, Wasil A, Fokkema M et al. (2021) The promise of machine learning in predicting treatment outcomes in psychiatry. *World Psychiatry*, 20:154-170.
- Chorpita BF, Daleiden EL, Weisz JR (2005a) Identifying and selecting the common elements of evidence based interventions: A distillation and matching model. *Ment Health Serv Res*, 7:5-20.
- Chorpita BF, Daleiden EL, Weisz JR (2005b) Modularity in the design and application of therapeutic interventions. *Appl Prev Psychol*, 11:141-156.
- Clemens NA (2010) Dependency on the psychotherapist. *J Psychiatr Pract*, 16:50-53.
- Cohen ZD, Kim TT, Van HL, Dekker JJM, Driessen E (2020) A demonstration of a multi-method variable selection approach for treatment selection: Recommending cognitive-behavioral versus psychodynamic therapy for mild to moderate adult depression. *Psychother Res*, 30:137-150.
- Cohen ZD, DeRubeis RJ (2018) Treatment selection in depression. *Annu Rev Clin Psychol*, 14:209-236.
- Cook SC, Schwartz AC, Kaslow NJ (2017) Evidence-based psychotherapy: Advantages and challenges. *Neurotherapeutics*, 14:537-545.
- Cogle JR, Hom MA, Matheny NL (2017) Cognitive behavioral therapy: Empirically supported treatment and the movement to empirically supported practice. In *Treatments for Psychological Problems and Syndromes* (Eds D McKay, JS Abramowitz, EA Storch):4-14. Hoboken, NJ, Wiley Blackwell.
- Cramer AO, Waldorp LJ, Van Der Maas HL, Borsboom D (2010) Comorbidity: A network perspective. *Behav Brain Sci*, 33:137-150.
- Cuijpers P (2017) Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Can J Psychol*, 58:7-19.
- Cuijpers P (2019) Targets and outcomes of psychotherapies for mental disorders: an overview. *World Psychiatry*, 18:276-285.
- Cuijpers P, Berking M, Andersson G, Quigley L, Kleiboer A, Dobson KS (2013) A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Can J Psychiatry*, 58:376-385.
- Cuijpers P, Huibers M, Ebert DD, Koole SL, Andersson G (2013) How much psychotherapy is needed to treat depression? A meta-regression analysis. *J Affect Disord*, 149:1-13.
- Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P (2008) Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol*, 76:909-922.
- Deisenhofer AK, Delgado J, Rubel JA, Böhnke JR, Zimmermann D, Schwartz B et al. (2018) Individual treatment selection for patients with posttraumatic stress disorder. *Depress Anxiety*, 35:541-550.
- Delgado J, Duhne GS (2020) Targeted prescription of cognitive-behavioral therapy versus person-centered counseling for depression using a machine learning approach. *J Consult Clin Psychol*, 88:14-24.
- Delman J, Clark JA, Eisen SV, Parker VA (2015) Facilitators and barriers to the active participation of clients with serious mental illnesses in medication decision making: the perceptions of young adult clients. *J Behav Health Serv Res*, 42:238-253.
- DeRubeis RJ, Cohen ZD, Forand NR, Fournier JC, Gelfand LA, Lorenzo-Luaces L (2014) The personalized advantage index: translating research on prediction into individualized treatment recommendations. A demonstration. *PLoS One*, 9:e83875.
- DeYoung CG, Chmielewski M, Clark LA, Condon DM, Kotov R, Krueger RF et al. (2022) The distinction between symptoms and traits in the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). *J Pers*, 90:20-33.

- Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmalong KB, Kohlenberg RJ, Addis M et al. (2006) Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Consult Clin Psychol*, 74:658-670.
- Dobson KS, Hollon SD, Dimidjian S, Schmalong KB, Kohlenberg RJ, Gallop RJ et al. (2008) Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *J Consult Clin Psychol*, 76:468-477.
- Eaton NR, Bringmann LF, Elmer T, Fried EI, Forbes MK, Greene AL et al. (2023) A review of approaches and models in psychopathology conceptualization research. *Nat Rev Psychol*, 2:622-636.
- Elliott R (1998) Editor's introduction: A guide to the empirically supported treatments controversy. *Psychother Res*, 8:115-125.
- Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P et al. (2012) Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*, 27:1361-1367.
- Erekson DM, Lambert MJ, Eggett DL (2015) The relationship between session frequency and psychotherapy outcome in a naturalistic setting. *J Consult Clin Psychol*, 83:1097-1107.
- Evans C, Mellor-Clark J, Margison F, Barkham M, Audin K, Connell J et al. (2000) CORE: clinical outcomes in routine evaluation. *J Ment Health*, 9:247-255.
- Eysenck HJ (1952) The effects of psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*, 16:319-324.
- Faija CL, Bee P, Lovell K, Lidbetter N, Gellatly J, Arden K et al. (2022) Using routine outcome measures as clinical process tools: Maximising the therapeutic yield in the IAPT programme when working remotely. *Psychol Psychother*, 95:820-837.
- Fernandez KC, Fisher AJ, Chi C (2017) Development and initial implementation of the Dynamic Assessment Treatment Algorithm (DATA). *PloS One*, 12:e0178806.
- Finogenov M (2021) Experiential techniques and therapeutic relationship in schema therapy. *Psichoterapia*, 196:49-63.
- Fiorillo A, Barlati S, Bellomo A, Corrivetti G, Nicolò G, Sampogna G et al. (2020) The role of shared decision-making in improving adherence to pharmacological treatments in patients with schizophrenia: a clinical review. *Ann Gen Psychiatry*, 19:43.
- Fisher AJ, Boswell JF (2016) Enhancing the personalization of psychotherapy with dynamic assessment and modeling. *Assessment*, 23:496-506.
- Fisher AJ, Bosley HG, Fernandez KC, Reeves JW, Soyster PD, Diamond A et al. (2019) Open trial of a personalized modular treatment for mood and anxiety. *Behav Res Ther*, 116:69-79.
- Flach P (2012) *Machine Learning: The Art and Science of Algorithms That Make Sense of Data*. Cambridge, UK, Cambridge University Press.
- Fried EI, Nesse RM (2015) Depression is not a consistent syndrome: An investigation of unique symptom patterns in the STAR* D study. *J Affect Disord*, 172:96-102.
- Friedman J, Hastie T, Tibshirani R (2010) Regularization paths for generalized linear models via coordinate descent. *J Stat Softw*, 33:1-22.
- Forbes MK, Neo B, Nezami OM, Fried EI, Faure K, Michelsen B et al. (2024) Elemental psychopathology: Distilling constituent symptoms and patterns of repetition in the diagnostic criteria of the DSM-5. *Psychol Med*, 54:886-894.
- Gautam M, Tripathi A, Deshmukh D, Gaur M (2020) Cognitive behavioral therapy for depression. *Indian J Psychiatry*, 62:223-229.
- Geurtzen N, Karremans JC, Keijsers GP, Hutschemaekers GJ (2023) "I Need You!" patients' care dependency patterns during psychotherapy for personality disorders and its association with symptom reduction and wish for treatment continuation. *J Contemp Psychother*, 53:257-267.
- Geurtzen N, Keijsers GP, Karremans JC, Hutschemaekers GJ (2019) Care dependency may help and hurt psychological treatment: A treatment-analogue study with students in clinical training. *J Psychother Integr*, 29:374-388.
- Gibbons MBC, Gallop R, Thompson D, Luther D, Crits-Christoph K, Jacobs J et al. (2016) Comparative effectiveness of cognitive therapy and dynamic psychotherapy for major depressive disorder in a community mental health setting: A randomized clinical noninferiority trial. *JAMA Psychiatry*, 73:904-911.
- Gold D, De Vos E, Chiang M, Sinclair SJ (2019) A history of routine outcome measurement in clinical practice: a review of evidence and issues. *New School Psychol Bull*, 16:25-38.
- Greben DH (2004) Integrative dimensions of psychotherapy training. *Can J Psychiatry*, 49:238-248.
- Green SA, Honeybourne E, Chalkley SR, Poots AJ, Woodcock T, Price G et al. (2015) A retrospective observational analysis to identify patient and treatment related predictors of outcomes in a community mental health programme. *BMJ Open*, 5:e006103.
- Greenhalgh J, Gooding K, Gibbons E, Dalkin S, Wright J, Valderas J et al. (2018) How do patient reported outcome measures (PROMs) support clinician-patient communication and patient care? A realist synthesis. *J Patient Rep Outcomes*, 2:42.
- Grilo CM, White MA, Masheb RM, Ivezaj V, Morgan PT, Gueorguieva R (2020) Randomized controlled trial testing the effectiveness of adaptive "SMART" stepped-care treatment for adults with binge-eating disorder comorbid with obesity. *Am Psychol*, 75:204-218.

- Hansen NB, Lambert MJ, Forman EM (2002) The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clin Psychol (New York)*, 9:329–343.
- Hayes AM, Laurenceau JP, Feldman G, Strauss JL, Cardaciotto L (2007) Change is not always linear: The study of nonlinear and discontinuous patterns of change in psychotherapy. *Clin Psychol Rev*, 27:715–723.
- Hessinger JD, London MJ, Baer SM (2018) Evaluation of a shared decision-making intervention on the utilization of evidence-based psychotherapy in a VA outpatient PTSD clinic. *Psychol Serv*, 15:437–441.
- Hofmann SG, Hayes SC (2019) The future of intervention science: Process-based therapy. *Clin Psychol Sci*, 7:37–50.
- Holmes EA, Ghaderi A, Harmer CJ, Ramchandani PG, Cuijpers P, Morrison AP et al. (2018) The Lancet Psychiatry Commission on psychological treatments research in tomorrow's science. *Lancet Psychiatry*, 5:237–286.
- Hopwood M (2020) The shared decision-making process in the pharmacological management of depression. *Patient*. 13:23–30.
- Howard KI, Moras K, Brill PL, Martinovich Z, Lutz W (1996) Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *Am Psychol*, 51:1059–1064.
- Huibers MJH, Cohen ZD, Lemmens LHJM, Arntz A, Peeters FPML, Cuijpers P et al. (2015) Predicting optimal outcomes in cognitive therapy or interpersonal psychotherapy for depressed individuals using the Personalized Advantage Index approach. *PLoS One*, 10:e0140771.
- Hunot V, Moore THM, Caldwell DM, Furukawa TA, Davies P, Jones H et al. (2013) 'Third wave' cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database Sys Rev*, 10:CD008704.
- Joyce AS, Piper WE, Ogrodniczuk JS, Klien RH (2007) Termination In Psychotherapy. A Psychodynamic Model of Processes and Outcomes, Washington, DC, American Psychological Association.
- Juul S, Jakobsen JC, Jørgensen CK, Poulsen S, Sørensen P, Simonsen S (2023) The difference between shorter-versus longer-term psychotherapy for adult mental health disorders: a systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 23:438.
- Kazantzis N, Luong HK, Usatoff AS, Impala T, Yew RY, Hofmann SG (2018) The processes of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognit Ther Res*, 42:349–357.
- Kazdin AE (2011) Evidence-based treatment research: Advances, limitations, and next steps. *Am Psychol*, 66:685–698.
- Keefe JR, Webb CA, DeRubeis RJ (2016) In cognitive therapy for depression, early focus on maladaptive beliefs may be especially efficacious for patients with personality disorders. *J Consult Clin Psychol*, 84:353–364.
- Kotov R, Krueger RF, Watson D, Achenbach TM, Althoff RR, Bagby RM et al. (2017) The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *J Abnorm Psychol*, 126:454–478
- Krueger RF, Hobbs KA (2020) An overview of the DSM-5 alternative model of personality disorders. *Psychopathology*, 53:126–132.
- Krueger RF, Kotov R, Watson D, Forbes MK, Eaton NR, Ruggero CJ et al. (2018) Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World Psychiatry*, 17:282–293.
- Lambert M (2007) Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychother Res*, 17:1–14.
- Lambert MJ (2013) Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 6th ed. New Jersey, Wiley.
- Lambert MJ, Whipple JL, Kleinstäuber M (2018) Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy*, 55:520–537.
- Langer DA, Jensen-Doss A (2018) Shared decision-making in youth mental health care: using the evidence to plan treatments collaboratively. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 47:821–831.
- Langer DA, Holly LE, Wills CE, Tompson MC, Chorpita BF (2021) Personalizing treatment through shared decision-making for youth psychotherapy: A preliminary randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*, 90:29–38.
- Li E, Kealy D, Aafjes-van Doorn K, McCollum J, Curtis JT, Luo X et al. (2024) "It felt like i was being tailored to the treatment rather than the treatment being tailored to me": patient experiences of helpful and unhelpful psychotherapy. *Psychother Res*, doi:10.1080/10503307.2024.2360448.
- Linardon J, Wade TD, de la Piedad Garcia X, Brennan L (2017) The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*, 85:1080–1094.
- Linehan MM, Comtois KA, Ward-Ciesielski EF (2012) Assessing and managing risk with suicidal individuals. *Cogn Behav Pract*, 19:218–232.
- Loh A, Simon D, Wills CE, Kriston L, Niebling W, Härter M (2007) The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster-randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*, 67:324–332.
- Lutz W, Deisenhofer AK, Rubel J, Bennemann B, Giesemann J, Poster K et al. (2022) Prospective evaluation of a clinical decision support system in psychological therapy. *J Consult Clin Psychol*, 90:90–106.
- Lutz W, Leach C, Barkham M, Lucock M, Stiles WB, Evans C et al. (2005) Predicting change for individual psychotherapy clients on the basis of their nearest neighbors. *J Consult Clin Psychol*, 73:904–913.
- Lutz W, Rubel JA, Schwartz B, Schilling V, Deisenhofer AK (2019) Towards integrating personalized feedback research into clinical practice: Development of the Trier Treatment Navigator (TTN). *Behav Res Ther*, 120:103438.
- Lutz W, Saunders SM, Leon SC, Martinovich Z, Kosfelder J, Schulte D et al. (2006) Empirically and clinically useful decision making in psychotherapy: Differential predictions with treatment response models. *Psychol Assess*, 18:133–141.

- Mansell W, Carey TA, Tai S (2012) *A Transdiagnostic Approach to CBT Using Method of Levels Therapy*, East Sussex, Routledge.
- Marshall T, Stellick C, Abba-Aji A, Lewanczuk R, Li XM, Olson K et al. (2021) The impact of shared decision-making on the treatment of anxiety and depressive disorders: systematic review. *BJPsych Open*, 7:e189.
- Matthews EB, Savoy M, Paranjape A, Washington D, Hackney T, Galis D et al. (2021) Shared decision making in primary care based depression treatment: communication and decision-making preferences among an underserved patient population. *Front Psychiatry*, 12:681165.
- Mohri M, Rostamizadeh A, Talwalkar A (2018) *Foundations of Machine Learning*, 2nd ed. Cambridge, MIT Press.
- Moore A, van Loenhout JAF, de Almeida MM, Smith P, Guha-Sapir D (2020) Measuring mental health burden in humanitarian settings: a critical review of assessment tools. *Glob Health Action*, 13:1783957.
- Morey LC, Benson KT, Busch AJ, Skodol AE (2015) Personality disorders in DSM-5: Emerging research on the alternative model. *Curr Psychiatry Rep*, 17:1-9.
- Morey LC, Skodol AE, Oldham JM (2014) Clinician judgments of clinical utility: A comparison of DSM-IV-TR personality disorders and the alternative model for DSM-5 personality disorders. *J Abnorm Psychol*, 123:398-405.
- Moskow DM, Ong CW, Hayes SC, Hofmann SG (2023) Process-based therapy: A personalized approach to treatment. *J Exp Psychopathol*, 14:20438087231152848.
- Mott JM, Stanley MA, Street RL, Grady RH, Teng EJ (2014) Increasing engagement in evidence-based PTSD treatment through shared decision-making: A pilot study. *MilMed*, 179:143-149.
- Mullins-Sweatt SN, Hopwood CJ, Chmielewski M, Meyer NA, Min J, Helle AC et al. (2020) Treatment of personality pathology through the lens of the hierarchical taxonomy of psychopathology: Developing a research agenda. *Personality Ment Health*, 14:123-141.
- Murray LK, Dorsey S, Haroz E, Lee C, Alsiary MM, Haydari A et al. (2014) A common elements treatment approach for adult mental health problems in low-and middle-income countries. *Cogn Behav Pract*, 21:111-123.
- Murray LK, Haroz EE, Doty SB, Singh NS, Bogdanov S, Bass J et al. (2018) Testing the effectiveness and implementation of a brief version of the Common Elements Treatment Approach (CETA) in Ukraine: A study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 19:418.
- Murray LK, Kane JC, Glass N, Skavenski van Wyk S, Melendez F, Paul R et al. (2020) Effectiveness of the Common Elements Treatment Approach (CETA) in reducing intimate partner violence and hazardous alcohol use in Zambia (VATU): A randomized controlled trial. *PLoS Med*, 17:e1003056.
- Nye A, Delgado J, Barkham M (2023) Efficacy of personalized psychological interventions: A systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*, 91:389-397.
- Norcross JC, Goldfried MR (2005) *Handbook of Psychotherapy Integration*, 2nd ed. Oxford, Oxford University Press.
- Norcross JC, Cooper M (2021) Toward an evidence-based bespoke psychotherapy. In *Personalizing Psychotherapy: Assessing and Accommodating Patient Preferences* (Eds JC Norcross, M Cooper):169-179. Washington DC, American Psychological Association.
- Olthof M, Hasselman F, Oude Maatman F, Bosman AMT, Lichtwarck-Aschoff A (2023) Complexity theory of psychopathology. *J Psychopathol Clin Sci*, 132:314-323.
- Ong CW, Hayes SC, Hofmann SG (2022) A process-based approach to cognitive behavioral therapy: A theory-based case illustration. *Front Psychol*, 13:1002849.
- Ost LG (2008) Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*, 46:296-321.
- Perlis RH (2016) Abandoning personalization to get to precision in the pharmacotherapy of depression. *World Psychiatry*, 15:228-235.
- Peterson AP, Fagan C (2021) Improving measurement feedback systems for measurement-based care. *Psychother Res*, 31:184-199.
- Petkovic D, Altman R, Wong M, Vigil A (2018) Improving the explainability of random forest classifier – user centered approach. *Pac Symp Biocomput*, 23:204-215.
- Philippot P, Bouvard M, Baeyens C, Dethier V (2019) Case conceptualization from a process-based and modular perspective: Rationale and application to mood and anxiety disorders. *Clin Psychol Psychother*, 26:175-190.
- Pinner DH, Kivlighan DM (2018) The ethical implications and utility of routine outcome monitoring in determining boundaries of competence in practice. *Prof Psychol Res Pr*, 49:247.
- Råbu M, Haavind H (2018) Coming to terms: Client subjective experience of ending psychotherapy. *Couns Psychol Q*, 31:223-242.
- Rafaelli E, Bernstein DP, Young J (2010) *Schema Therapy: Distinctive Features*. London, UK, Routledge.
- Rimes KA, Chalder T (2010) The Beliefs about Emotions Scale: Validity, reliability and sensitivity to change. *J Psychosom Res*, 68:285-292.
- Robinson L, Delgado J, Kellett S (2020) The dose-response effect in routinely delivered psychological therapies: A systematic review. *Psychother Res*, 30:79-96.

- Rodríguez AG (2018) Struggling with psychological treatments comparison: Looking for practitioner's survival. *Papeles del Psicólogo*, 39:13-21.
- Roush JF, Brown SL, Jahn DR, Mitchell SM, Taylor NJ, Quinnett P et al. (2017) Mental health professionals' suicide risk assessment and management practices. *Crisis*, 39:55-64.
- Russell KC, Gillis HL, Law L, Couillard J (2018) A pilot study examining outcomes associated with the implementation of progress monitoring at a substance use disorder treatment program for adolescents. *Child Youth Care Forum*, 47:403-419.
- Samalin L, Honciuc M, Boyer L, de Chazeron I, Blanc O, Abbar M et al. (2018) Efficacy of shared decision-making on treatment adherence of patients with bipolar disorder: a cluster randomized trial (ShareD-BD). *BMC Psychiatry*, 18:103.
- Sasso KE, Strunk DR, Braun JD, DeRubeis RJ, Brotman MA (2015) Identifying moderators of the adherence-outcome relation in cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol*, 83:976-984.
- Sauer-Zavala S, Cassiello-Robbins C, Ametaj AA, Wilner JG, Pagan D (2019) Transdiagnostic treatment personalization: The feasibility of ordering unified protocol modules according to patient strengths and weaknesses. *Behavior Modification*, 43:518-543.
- Schaffrath J, Weinmann-Lutz B, Lutz W (2022) The Trier Treatment Navigator (TTN) in action: Clinical case study on data-informed psychological therapy. *J Clin Psychol*, 78:2016-2028.
- Skodol AE, Clark LA, Bender DS, Krueger RF, Morey LC, Verheul R et al. (2011) Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part I: Description and rationale. *Personal Disord*, 2:4-22.
- Skodol AE, Morey LC, Bender DS, Oldham JM (2015) The alternative DSM-5 model for personality disorders: A clinical application. *Am J Psychiatry*, 172:606-613.
- Smith ML, Glass GV (1977) Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *Am Psychol*, 32:752-760.
- Southward MW, Sauer-Zavala S (2020) Experimental manipulations to test theory-driven mechanisms of cognitive behavior therapy. *Front Psychiatry*, 11:603009.
- Spring B (2007) Evidence-based practice in clinical psychology: What it is, why it matters; what you need to know. *J Clin Psychol*, 63:611-631.
- Stein AT, Carl E, Cuijpers P, Karyotaki E, Smits JA (2021) Looking beyond depression: A meta-analysis of the effect of behavioral activation on depression, anxiety, and activation. *Psychol Med*, 51:1491-1504.
- Stein BD, Kogan JN, Mihalyo MJ, Schuster J, Deegan PE, Sorbero MJ et al. (2013). Use of a computerized medication shared decision making tool in community mental health settings: impact on psychotropic medication adherence. *Community Ment Health J*, 49:185-192.
- Strobl C, Malley J, Tutz G (2009) An introduction to recursive partitioning: rationale, application, and characteristics of classification and regression trees, bagging, and random forests. *Psychol Methods*, 14:323-348.
- Strupp H, Binder J (1985) *Psychotherapy In A New Key: A Guide to Time-Limited Psychotherapy*. New York, NY, Basic Books.
- Stumpp NE, Sauer-Zavala S (2022) Evidence-based strategies for treatment personalization: a review. *Cogn Behav Pract*, 29:902-913.
- Tasca GA, Sylvestre J, Balfour L, Chyurlia L, Evans J, Fortin-Langelier B et al. (2015) What clinicians want: findings from a psychotherapy practice research network survey. *Psychotherapy (Chic)*, 52:1-11.
- Tauscher JS, Cohn EB, Johnson TR, Diteman KD, Ries RK, Atkins DC et al. (2021) What do clinicians want? Understanding frontline addiction treatment clinicians' preferences and priorities to improve the design of measurement-based care technology. *Addict Sci Clin Pract*, 16:38.
- Thomas EC, Ben-David S, Treichler E, Roth S, Dixon LB, Salzer M et al. (2021) A systematic review of shared decision-making interventions for service users with serious mental illnesses: state of the science and future directions. *Psychiatr Serv*, 72:1288-1300.
- Wampold BE, Fluckiger C, Del Re AC, Yulish NE, Frost ND, Pace BT et al. (2017) In pursuit of truth: a critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychother Res*, 27:14-32.
- Watts D, Moulden H, Mamak M, Upfold C, Chaimowitz G, Kapczinski F. (2021) Predicting offenses among individuals with psychiatric disorders-A machine learning approach. *J Psychiatr Res*, 138:146-154.
- Weiss WM, Murray LK, Zangana GAS, Mahmooth Z, Kaysen D, Dorsey S et al. (2015) Community-based mental health treatments for survivors of torture and militant attacks in Southern Iraq: A randomized control trial. *BMC Psychiatry*, 15:249.
- Whipple JL, Lambert MJ, Vermeersch DA, Smart DW, Nielsen SL, Hawkins EJ (2003) Improving the effects of psychotherapy: The use of early identification of treatment and problem-solving strategies in routine practice. *J Couns Psychol*, 50:59-68.
- White MM, Lambert MJ, Ogles BM, McLaughlin SB, Bailey RJ, Tingey KM (2018) Using the assessment for signal clients as a feedback tool for reducing treatment failure. In *Patient-Focused and Feedback Research in Psychotherapy* (Eds W Lutz, K de Jong, J Rubel):110-120. London, UK, Routledge.
- Wilshire CE, Ward T, Clack S (2021) Symptom descriptions in psychopathology: How well are they working for us?. *Clin Psychol Sci*, 9:323-339.
- Yarkoni T, Westfall J (2017) Choosing prediction over explanation in psychology: lessons from machine learning. *Perspect Psychol Sci*, 12:1100-1122.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME (2005) *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York, Guilford Press.

Zarbo C, Tasca GA, Cattafi F, Compare A (2016) Integrative psychotherapy works. *Front Psychol*, 6:172963.

Yazarların Katkıları: Çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağlandığı ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olunduğu tüm yazar(lar) tarafından beyan edilmiştir.

Danışman Değerlendirmesi: Dış bağımsız

Çıkar Çatışması: Çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Bu çalışma için finansal destek alındığı beyan edilmemiştir.

Authors Contributions: The author(s) have declared that they have made a significant scientific contribution to the study and have assisted in the preparation or revision of the manuscript

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared.

Financial Disclosure: No financial support was declared for this study.