

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**PATOLOJİK NARSİZİZM VE TERAPÖTİK İTTİFAK:
KİŞİLERARASI PROBLEMLERİN ARACI ROLÜNÜN VE
PSİKOTERAPİ MOTİVASYONUNUN DÜZENLEYİCİ ROLÜNÜN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

HAZIRLAYAN

ÜLKER DİKMEN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

DR. ÖĞR. ÜYESİ TUĞBA UYAR SUIÇMEZ

ANKARA - 2022

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 07 / 06 / 2022

Öğrencinin Adı, Soyadı: Ülker DİKMEN

Öğrencinin Numarası: 21910181

Anabilim Dalı: Psikoloji

Programı: Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Tuğba Uyar Suiçmez

Tez Başlığı: Patolojik Narsisizm ve Terapötik İttifak: Kişilerarası Problemlerin Aracı Rolünün ve Psikoterapi Motivasyonunun Düzenleyici Rolünün Değerlendirilmesi

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 77 sayfalık kısmına ilişkin, 07 / 06 / 2022 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 11'dir. Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:.....

ONAY

Tarih: 07 / 06 / 2022

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza:

Dr. Öğr. Üyesi Tuğba Uyar Suiçmez

TEŞEKKÜR

İlk olarak tez danışmanlarım Dr. Öğr. Üyesi Tuğba Uyar Suiçmez ve Dr. Öğr. Üyesi Özlem Kahraman Erkuş'a, her zaman ulaşılabilir oldukları, destekleri, emekleri ve kıymetli yardımları için çok teşekkür ederim.

Tez jürimde yer alan Prof. Dr. Okan Cem Çırakoğlu'na değerli geri dönüşleri ve yüksek lisans eğitimim boyunca bana kattıkları için çok teşekkür ederim. Dr. Öğr. Üyesi Yağmur Ar Karcı'ya tez jürimde bulunarak katkılarıyla bana yön verdiği için çok teşekkür ederim. Gerek yüksek lisans eğitimim kapsamında, gerekse ders dışında her zaman danışabildiğim ve yardımını hiç esirgemeyen değerli hocam Dr. İlker Dalgıç'a çok teşekkür ederim.

Veri toplama aşamasında psikoterapiye devam eden onca katılımcıya nasıl ulaşacağımı kara kara düşünürken yardımına koştukları için, öncelikle bütüncül psikoterapi eğitiminde tanıştığım sevgili psikoterapist arkadaşlarıma ve Dr. Tahir Özakkaş hocama; sonra da sosyal medyada çalışmamı paylaşan bütün arkadaşlarıma teşekkür ederim. Çalışmama katılmak için zamanlarını ayıran tüm katılımcılara da teşekkür ederim.

Desteğiyle her zaman yanımda olan, tez yazma sürecimde de sonsuz katkısı ve emeği olan sevgili eşim Hasan Dikmen'e ve yoğun çalıştığım dönemlerde sabrı ve anlayışı için canım kızım İpek'e ne kadar teşekkür etsem azdır, iyi ki varsınız. Canım annem, babam, en iyi arkadaşım ablam, hayatım boyunca bana destek olup yanımda durduğunuz için teşekkür ederim.

ÖZET

DİKMEN, Ülker, *Patolojik Narsisizm Ve Terapötik İttifak: Kişilerarası Problemlerin Aracı Rolünün Ve Terapi Motivasyonunun Düzenleyici Rolünün Değerlendirilmesi, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2022.*

Bu çalışma, (1) patolojik narsisizm ve terapötik ittifak arasındaki ilişkiyi incelemeyi; (2) büyüklenmeci ve kırılğan narsisizmi terapötik ittifak açısından karşılaştırmayı; (3) büyüklenmeci ve kırılğan narsisizmi kişilerarası problemler toplam puanları açısından karşılaştırmayı; (4) büyüklenmeci ve kırılğan narsisizmi kişilerarası problemler alt alanları açısından karşılaştırmayı; (5) patolojik narsisizm ve terapötik ittifak arasındaki doğrudan ve dolaylı (kişilerarası problemler aracılığı ile) ilişkileri araştırmayı; psikoterapi motivasyonunun ise patolojik narsisizm ve terapötik ittifak arasındaki doğrudan ve dolaylı ilişkilerindeki (kişilerarası problemler aracılığı ile) düzenleyici rolünü incelemeyi amaçlamaktadır. Çalışmanın örneklemini en az üç seanstır psikoterapiye devam eden toplam 361 yetişkinden oluşmaktadır. Veri toplamak amacıyla Patolojik Narsisizm Envanteri (PNE), Terapötik İttifak Ölçeği Kısa Formu (TİO-KF), Kişilerarası Problemler Envanteri Döngüsel Ölçekleri (KPE-DÖ) ve Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği (DİTMÖ) kullanılmıştır.

Araştırmanın bulguları, (1) narsisizm ve terapötik ittifak arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğunu; (2) kırılğan narsisizm skoru yüksek katılımcıların büyüklenmeci narsisizm skoru yüksek katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek terapötik ittifak puanları aldığını; (3) kırılğan narsisizm skoru yüksek katılımcıların büyüklenmeci narsisizm skoru yüksek katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek kişilerarası problemler bildirdiğini; (4) kırılğan narsisizm skoru yüksek katılımcıların soğukluk/mesafelilik, sosyal çekiniklik, hakkını-fikrini savunamama, aşırı uyumluluk ve aşırı fedakarlık problem alanlarında büyüklenmeci narsisizm skoru yüksek katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar aldığını; büyüklenmeci narsisizm skoru yüksek katılımcıların ise baskınlık/kontrolcülük ve kincilik/ben-merkezcilik problem alanlarında kırılğan narsisizm skoru yüksek katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar aldığını; büyüklenmeci ve kırılğan narsisizm tiplerinin intrusiflik/muhtaçlık alt alanında anlamlı bir farka sahip olmadığını göstermiştir. Son olarak, (5) kişilerarası problemlerin, narsisizm ve terapötik ittifak arasındaki ilişkide aracı bir role sahip olduğu; terapi motivasyonunun hem kişilerarası problemler ve terapötik ittifak arasındaki ilişkide, hem de

narsisizm ve terapötik ittifak arasındaki ilişkide düzenleyici bir role sahip olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Narsisizm, büyükenmeci narsisizm, kırılğan narsisizm, kişilerarası problemler, psikoterapi motivasyonu



ABSTRACT

DİKMEN, Ülker, *Pathological Narcissism and Therapeutic Alliance: Evaluating the Mediating Role of Interpersonal Problems and the Moderating Role of Psychotherapy Motivation*, Clinical Psychology Master's Thesis, Ankara, 2022.

This study aims to (1) examine the relationship between narcissism and therapeutic alliance; (2) compare vulnerable and grandiose narcissism in terms of therapeutic alliance; (3) compare vulnerable and grandiose narcissism in terms of their total scores on interpersonal problems; (4) compare vulnerable and grandiose narcissism in terms of their scores on sub-domains of interpersonal problems; (5) investigate direct and indirect (via interpersonal problems) relationships between pathological narcissism and therapeutic alliance, also to examine the moderating role of psychotherapy motivation on both direct and indirect (via interpersonal problems) relationships between pathological narcissism and therapeutic alliance. The sample of this study consists of 361 adults who are undergoing psychotherapy for at least 3 sessions. Pathological Narcissism Inventory (PNI), Working Alliance Inventory Short Form (WAI-S), Inventory of Interpersonal Problems Circumplex Scales (IIP-C) and Client Motivation for Therapy Scale (CMTS) were used to collect data.

The results revealed that (1) there was a significant, negative correlation between narcissism and therapeutic alliance; (2) participants with high scores of vulnerable narcissism scored significantly higher on therapeutic alliance than participants with high scores of grandiose narcissism; (3) participants with high scores of vulnerable narcissism scored significantly higher on interpersonal problems than participants with high scores of grandiose narcissism; (4) participants with high scores of vulnerable narcissism scored significantly higher on cold/distant, socially avoidant, nonassertive, exploitable and overly nurturant subscales than participants with high scores of grandiose narcissism; while participants with high scores of grandiose narcissism scored significantly higher on domineering/controlling and vindictive subscales than participants with high scores of vulnerable narcissism. No significant difference was found on the intrusive sub-scale. Lastly, (5) interpersonal problems were found to have a mediating role in the relationship between narcissism and therapeutic alliance; psychotherapy motivation was found to have a moderating role both in the relationship between narcissism and therapeutic alliance and in the relationship between interpersonal problems and therapeutic alliance.

Keywords: Narcissism, grandiose narcissism, vulnerable narcissism, interpersonal problems, psychotherapy motivation



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
TABLolar LİSTESİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Narsisizm Kavramı	2
1.1.1. DSM Kriterlerine Göre Narsisistik Kişilik Bozukluğu (NKB)	4
1.1.2. Patolojik Narsisizm	6
1.2. Patolojik Narsisizm Ve Psikoterapi	10
1.3. Terapötik İttifak.....	12
1.3.1. Terapötik İttifakta Kırılma ve Onarım	15
1.3.2. Terapötik İttifakın Zamansal Olarak İncelenmesi.....	17
1.4. Kişilerarası Problemler	18
1.5. Psikoterapi Motivasyonu.....	21
1.6. Araştırma Soruları	24
1.7. Hipotezler	24
1.8. Araştırmanın Önemi.....	25
2. YÖNTEM	26
2.1. Katılımcılar.....	26
2.2. Veri Toplama Araçları	30
2.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu	30
2.2.2. Kişisel Bilgi Formu	30
2.2.3. Patolojik Narsisizm Envanteri (PNE).....	30
2.2.4. Terapötik İttifak Ölçeği - Kısa Formu- Hasta Formu (TİÖ-KF-HF).....	31
2.2.5. Kişilerarası Problemler Envanteri Döngüsel Ölçekleri Kısa Formu (IIP-C).....	32
2.2.6. Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği (DİTMÖ).....	33
2.3. İşlem	34
2.4. Verilerin Analizi	34
3. BULGULAR	37
3.1. Araştırmadaki Değişkenlere İlişkin Betimleyici İstatistikler	37
3.2. Değişkenler Arasındaki İlişkiyi İncelemek Üzere Yapılmış Korelasyon Analizi Bulguları	39

3.3. Terapötik İttifak ile Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkilere Dair Bulgular.....	43
3.4. Narsisizm Tiplerinin Terapötik İttifak Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	48
3.5. Narsisizm Tiplerinin Kişilerarası Problemler Toplam Puanları ve Alt Alanları Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	49
3.6. Düzenlenmiş Aracılık Modeline İlişkin Bulgular	54
4. TARTIŞMA	62
4.1. Terapötik İttifak ile Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkilere Dair Bulguların Değerlendirilmesi.....	62
4.2. Patolojik Narsisizm ve Terapötik İttifak İlişkisinin Değerlendirilmesi	64
4.3. Büyüklenmeci ve Kırılgan Narsisizmin Terapötik İttifak Düzeyleri Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	65
4.4. Büyüklenmeci ve Kırılgan Narsisizmin Kişilerarası Problemler Alt Alanları Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi.....	66
4.5. Düzenlenmiş Aracılık Modeline İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	69
4.6. Klinik Çıkarımlar	70
4.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler.....	71
KAYNAKÇA	73
EKLER	
EK 1: Kişisel Bilgi Formu	
EK 2: Patolojik Narsisizm Envanteri (PNE)	
EK 3: Terapötik İttifak Ölçeği-Kısa Formu (TİÖ-KF)	
EK 4: Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32) Turkish Form	
EK 5: Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği	

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1. Katılımcılara Ait Sosyo-Demografik Değişkenlere İlişkin Sıklık ve Yüzdelik Değerleri.....	27
Tablo 2. Katılımcılara Ait Psikoterapi Değişkenlerine İlişkin Sıklık ve Yüzdelik Değerleri	28
Tablo 3. Ölçeklere İlişkin Betimleyici İstatistikler.....	38
Tablo 4. Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar.....	40
Tablo 5. Terapötik İttifakın Cinsiyetler Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T-Test Sonuçları	44
Tablo 6. Terapötik İttifakın Medeni Duruma Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T-Test Sonuçları	44
Tablo 7. Terapötik İttifakın Çalışma Durumu Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T-Test Sonuçları	45
Tablo 8. Terapötik İttifakın Daha Önceki Psikoterapi Alma Durumu Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T-Test Sonuçları	45
Tablo 9. Terapötik İttifakın Psikoterapideki Seans Sayıları Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Welch Sonuçları	46
Tablo 10. Terapötik İttifakın Terapistin Cinsiyeti Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T-Test Sonuçları	47
Tablo 11. Terapötik İttifakın Terapist ve Danışanın Hemcins veya Karşı Cins Olma Durumları Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin T-Test Sonuçları.....	48
Tablo 12. Büyüklenmeci ve Kırılgan Narsisizmin Terapötik İttifak Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları.....	49
Tablo 13. Büyüklenmeci ve Kırılgan Narsisizmin Kişilerarası Problemler Toplam Puanları Açısından Karşılaştırılması	49
Tablo 14. Büyüklenmeci ve Kırılgan Narsisizmin Baskınlık/Kontrolcülük Puanları Açısından Karşılaştırılması	50
Tablo 15. Büyüklenmeci ve Kırılgan Narsisizmin Kincilik/Benmerkezcilik Puanları Açısından Karşılaştırılması	50
Tablo 16. Büyüklenmeci ve Kırılgan Narsisizmin Soğukluk/Mesafelilik Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	51
Tablo 17. Büyüklenmeci ve Kırılgan Narsisizmin Sosyal Çekiniklik Puanları Açısından	

Karşılaştırılması.....	52
Tablo 18. Büyüklenmeci ve Kırılgan Narsisizmin Hakkını/Fikrini Savunamama Puanları Açısından Karşılaştırılması	53
Tablo 19. Büyüklenmeci ve Kırılgan Narsisizmin Aşırı Uyumluluk Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	53
Tablo 20. Büyüklenmeci ve Kırılgan Narsisizmin Aşırı Fedakârlık Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	53
Tablo 21. Büyüklenmeci ve Kırılgan Narsisizmin İntusif/Muhtaç Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	54
Tablo 22. Kişilerarası Problemlerin Patolojik Narsisizm ve Terapötik İttifak İlişkisinde Aracılık Rölüne İlişkin Regresyon Analizi Bulguları	59
Tablo 23. Düzenlenmiş Aracılık Modeline İlişkin Regresyon Analizi Bulguları.....	59
Tablo 24. Düzenlenmiş Aracılık Modeline İlişkin Regresyon Analizi Bulguları, Bootstrap Edilmiş Dolaylı Etkiler.....	59
Tablo 25. Kişilerarası Problemler ile Psikoterapi Motivasyonu ve Patolojik Narsisizm ile Psikoterapi Motivasyonunun Etkileşim Etkisinin Anlamlılığına İlişkin Durumsal Aracılık İndeksi	61

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1. Patolojik Narsisizmin Hiyerarşik Modeli.....	9
Şekil 2. Terapötik İttifak Kırılmalarının Onarımına İlişkin Model	16
Şekil 3. Kişilerarası Döngüsel Model	19
Şekil 4. Araştırmanın Kavramsal Modeli	36
Şekil 5. Patolojik Narsisizm ve Terapötik İttifak İlişkisinde Kişilerarası Problemlerin Aracı Rolü, Terapi Motivasyonunun Kişilerarası Problemler ve Terapötik İttifak İlişkisinde ve Patolojik Narsisizm ve Terapötik İttifak İlişkisinde Düzenleyici Rolüne İlişkin Kuramsal Model.....	55
Şekil 6. Patolojik Narsisizm ve Terapötik İttifak İlişkisinde Kişilerarası Problemlerin Aracı Rolü, Terapi Motivasyonunun Kişilerarası Problemler ve Terapötik İttifak İlişkisinde ve Patolojik Narsisizm ve Terapötik İttifak İlişkisinde Düzenleyici Rolüne İlişkin İstatistiksel Model.....	56
Şekil 7. Psikoterapi Motivasyonunun Düzenleyicilik Etkisi (c' yolu)	60
Şekil 8. Psikoterapi Motivasyonunun Düzenleyicilik Etkisi (b yolu)	60

1. GİRİŞ

Belirgin narsisistik patolojinin psikoterapötik tedaviyi zorlaştırdığı ve terapiden alınan verimi düşürdüğü konusunda klinisyen ve kuramcılar arasında bir fikir birliği olmasına rağmen (Kernberg, 2007; Ronningstam, 2012, 2016; Stone, 2003), bu görüşü destekleyen araştırmaların sayısı oldukça azdır (Levy, Chauhan, Clarkin, Wasserman ve Reynoso, 2009). Narsisistik danışanların terapiyi erken sonlandırdığı (Hilsenroth, Holdwick, Castlebury ve Blais, 1998), daha az psikolojik yardım aradığı (Ellison, Levy, Cain, Ansell ve Pincus, 2013) ve kişilik bozuklukları yelpazesindeki diğer hastaların çoğuna göre terapiden daha az fayda sağladığı (Hilsenroth ve ark., 1998) bilinmekle birlikte, bunlara neyin sebep olabileceği ile ilgili nicel çalışmaların sayısı kısıtlıdır.

Patolojik narsisistik özelliklere sahip kişilerin, kişilerarası ilişkilerinde belirgin zorluklar yaşadığı ve bu zorlukların terapistleri ile olan ilişkilerine de yansıdığını gözlemleyen çok sayıda klinisyen ve kuramcı vardır (Diamond ve Yeomans, 2008; Kohut, 1977; Lachmann, 1994). Narsisistik danışanların kendilerini terapistlerine göre üstün gördükleri, terapistlerin kendilerini anlayabilecek kadar yetkin olmadığını düşündükleri (Pincus, Cain ve Wright, 2014), terapilerinde anlaşmazlıkların, kesintilerin ve çıkmazların yaygın olduğu klinik gözlemler arasındadır (Gabbard ve Crisp, 2018; Ronningstam, 2011). Ronningstam (2012), patolojik narsisizmi olan hastalarla terapötik ittifak kurmanın oldukça zor olduğunu; bunun hastaların terapiye genellikle isteksiz gelmelerinden ve tedaviye yönelik motivasyonlarının belirsiz olmasından kaynaklandığını gözlemlemiştir.

Mevcut çalışmada patolojik narsisizmin terapötik ittifak ile ilişkisine yönelik kuramsal bilgilerin ve klinik gözlemlerin araştırma bulguları ile desteklenmesi amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda patolojik narsisizm ve terapötik ittifak ilişkisi, kuramsal literatüre dayanan kavramsal bir model ile test edilmiştir. Bu modelde patolojik narsisizm ile terapötik ittifakın hem doğrudan ilişkisi, hem de kişilerarası problemler aracılığı ile dolaylı ilişkisi incelenmiş; psikoterapi motivasyonunun ise hem bu doğrudan ilişkideki hem de dolaylı ilişkideki düzenleyici rolü incelenmiştir. Alanyazında kişilerarası problemlerin terapötik ittifakın kalitesini yordadığına ilişkin bulgular olduğundan (Howard ve ark., 2006; Renner ve ark., 2012) ve narsisistik özelliklerin kişilerarası problemlerle ilişkili olduğu yönünde çalışmalar bulunduğu (Dickinson ve Pincus, 2003); mevcut

çalışmada kişilerarası problemlerin patolojik narsisizm ve terapötik ittifak ilişkisine aracılık edeceği hipotez edilmiş ve bu bağlamda kavramsal modele dahil edilmiştir. Psikoterapi sonucu üzerinde çalışan araştırmalar incelendiğinde ise psikoterapi motivasyonu ve terapötik ittifakın psikoterapi sonucunu yordayan en önemli faktörlerden olduğu görülmektedir. Narsisizm ile terapötik ittifakın ters yönlü bir ilişkisi olduğu görüşü yaygın olmakla birlikte, literatürde narsisizm ve psikoterapi motivasyonu ilişkisini ele alan çalışmalara rastlanılmamaktadır. Mevcut çalışmada psikoterapi motivasyonunun patolojik narsisizm ve terapötik ittifak arasındaki doğrudan ve dolaylı ilişkilerinde ılımlayıcı bir rolü olacağı hipotez edilmiş, bu amaçla düzenleyici değişken olarak araştırma modeline dahil edilmiştir.

Araştırmada patolojik narsisizm terimi büyüklenmeci ve kırılgan narsisizmi kapsayan bir yapı olarak kişilik özelliği düzeyinde ele alınmakta ve bir tanı belirtmemektedir. Bu bölümde öncelikle narsisizm kavramının tarihçesi ve tipleri gözden geçirilecek, sonrasında terapötik ittifak kavramı ele alınacaktır. Kişilerin terapistleri ile terapötik ittifak kurmalarını zorlaştıran bir faktör olan kişilerarası problemler ile ilgili çalışmalara yer verildikten sonra ise terapötik ittifak kurulmasına olumlu katkı sağlayan bir faktör olarak terapi motivasyonu çalışmaları gözden geçirilecektir.

1.1. Narsisizm Kavramı

Yunan mitolojisindeki Narcissus efsanesi, günümüzde kendine hayranlık ve sevgi duyma ile ilişkilendirilse de, paradoksal olarak sevme becerisi olmayan Narcissus'un hikayesini anlatır (Winge, 1967). Efsaneye göre genç ve yakışıklı bir delikanlı olan Narcissus, kibir ve gururu nedeniyle kendisini seven birçok kişiyi küçümseyerek reddetmiş, kimsenin ona dokunmasına izin vermemiştir. Bir gün sudaki yansımasını görüp onu bir başkası zanneden Narcissus, sudaki ulaşılamayan yakışıklı adama aşık olur; ancak onunla sohbet edebilmek için harcadığı tüm çabalar boşa çıkınca cesareti kırılır ve içini umutsuzluk kaplar. Uzun süre aşk acısı çeken Narcissus, sonunda gerçeği farkeder: “O benim! Kendim için yanıp tutuşuyorum. Beni yakan ateşi körükleyen benim!” (Melville, 1986, s. 64-65, akt. Ronningstam, 2005a, s. 3). Narcissus kederlenir ve aşık olduğu yansımasını yok etmek için kendini öldürür. Narcissus efsanesinin öz-sevgiyi nasıl temsil etmeye başladığı belirsiz olmakla birlikte, Narcissus temasının Orta çağ ve Rönesans dönemlerinde edebiyat ve sanatta yaygın olarak kullanıldığı; kendini beğenmişliğe bağlı

günahkarlık ve bunun ölümcül cezaları bağlamında ele alındığı bilinmektedir (Winge, 1967). 19. yüzyılın sonuna kadar Narcissus'a yapılan atıflar Yunan mitolojisindeki bu hikaye ile bağlantılıydı (Grenyer, 2013).

Narsisizm olgusunu psikiyatri alanına tanıtan ilk kişi oto-erotizm üzerine çalışan Havelock Ellis (1898) olmuştur. Ellis'e göre oto-erotizm, "Narcissus benzeri", kişinin cinsel heyecanının kendine yöneldiği durumu ifade eder. Ellis'ten bir yıl sonra Paul Nöcke (1899), cinsel sapkınlıklar üzerine yaptığı çalışmasında "narsisizm" terimini kullanan ilk kişi olmuştur. Freud 1910'da narsisizm olgusuna ilk kez "Cinsellik Teorisi Üzerine Üç Deneme"ye eklediği dipnotta, erkek eşcinselliğinin gelişiminde bir aşama olarak kısaca değinmiştir (Freud, 1905/1957). Freud'u takiben Otto Rank (1911), narsisizmi psikanalitik açıdan ele alan ilk makaleyi yayınlamıştır. Rank, narsisizmi bir kadının bir erkeği yalnızca erkeğin onu sevdiğinden emin olduktan sonra sevebildiği fenomeni üzerinden açıklamış, narsisistik kişiliğin kibirli yanlarına vurgu yapmıştır. Freud 1914'te "Narsisizm Üzerine" başlıklı makalesinde narsisizmi benliğin libidinal nesne olarak kullanılması olarak ele almış, narsisizmin erken libidinal gelişim sürecinin normal bir aşaması olduğunu belirtmiştir (Freud, 1914/1957). Sonraki çalışmalarında narsisizm üzerine yeni yorumlar ekleyen Freud (1915/1957), narsisizmi birincil ve ikincil narsisizm olarak çerçevelendirmiş, birincil narsisizmin çocukların tümgüçlü ve büyüklenmeci olma fantezilerini içerdiğini ve gelişim sürecinin normal bir aşaması olduğunu; ikincil narsisizmin ise ilerleyen dönemlerde nesne ilişkilerinde yaşanan hayal kırıklıkları sonucu libidinal yatırımın benliğe yönelmesi olarak tanımlamıştır. Freud daha sonra narsisizm ve aşağılık duygusu arasındaki ilişkiye dikkat çekerek narsisizm ile ilgili çağdaş yaklaşımlara önderlik etmiştir. Freud'a göre narsisistik kişilerin libidinal yatırımlarını diğer kişilerden çekmesi, egonun zayıflamasına ve buna bağlı olarak da aşağılık duygularına neden olmaktadır. Freud'un (1914/1957), özsaygı ve ideal egonun gelişimi konusundaki yazılarında değindiği, narsisizmin özsaygı düzenlemesi ile bağlantılı olduğu fikri, sonraki yıllarda başka teorisyenler tarafından geliştirildi.

Karen Horney (1939) narsisizmi açıklarken sağlıklı özsaygı ve patolojik, gerçekçi olmayan kendini şişirme arasındaki ayrıma dikkat çekmiş; düşük özsaygının şişirilmiş kendilik ile telafi edilmeye çalışıldığını gözlemlemiştir. Freud ve Horney'den sonra patolojik özsaygı düzenleme stratejileri üzerine çalışan Anne Reich (1960), günümüz narsisizm anlayışına önemli katkılar sunmuştur. Reich (1960), "kişilerin yetersizlik ve

aşğılık duygularını telafi edebilmek için kendilerini şişirdiklerini, bunun ise başarısızlıkla sonuçlanıp hipokondriyak anksiyete ve depresyonla sonuçlandığını” öne sürmüştür (akt. Ronningstam, 2005a, s. 6).

Narsisizmin kavramsallaştırmasına ilişkin yapılan bu çalışmalardan sonra Kernberg ve Kohut, narsisizmin tanımı, gelişim süreçleri ve tedavisi üzerine derinlemesine çalışmıştır. Kernberg (1975), narsisizmi bir kişilik yapılanması olarak ele almış ve “büyüklenmecilik, ben merkezilik, empati yoksunluğu ve duygusal boşluk hissi” ifadelerini içeren ve günümüzdeki büyüklenmeci narsisist terimini temsil eden özelliklerle tanımlamıştır. Kohut (1977) ise narsisizmi, günümüzde kırılğan narsisizmi tanımlamak için kullanılan “kırılğanlık, depresyon, boşluk hissi, empati ve dayanıklılık eksikliği” gibi ifadelerle tanımlamıştır. Kernberg, Kohut ve diğer teorisyenlerin narsisizmin farklı yönlerine yaptıkları vurgular, daha sonraki yıllarda araştırmacılar tarafından sentezlenmiş ve ampirik olarak çalışılarak günümüzdeki iki boutlu patolojik narsisizm anlayışına ulaşılmıştır (Wink, 1991).

Günümüzde narsisizm, alandan olmayan kişilerce hâlâ kibirli, kendini beğenmiş ve zorbaca tutum ve davranışlarla ilişkilendirilirse de (Buss ve Chiodo, 1991), büyüklenmecilik olarak ifade edilebilecek olan bu özellikler, narsisistik kişiliğin sadece bir yüzünü temsil eder. Patolojik narsisizmin fenotipik tanımlamalarına ilişkin çağdaş literatür gözden geçirildiğinde, birçok klinisyen ve kuramcının narsisizmi büyüklenmecilik ve kırılğanlık olmak üzere iki temel tema çerçevesinde kavramsallaştırdığı görülebilir (Cain ve ark., 2008). Bölüm 1.1.1’de NKB, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabında (DSM) ele alındığı şekliyle değerlendirilecek, Bölüm 1.1.2’de ise patolojik narsisizm kavramının klinik kuramcı ve araştırmacılar tarafından kırılğanlık ve büyüklenmecilik boyutlarıyla nasıl ele alındığı tartışılacaktır.

1.1.1. DSM Kriterlerine Göre Narsisistik Kişilik Bozukluğu (NKB)

Patolojik narsisizm, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'na (DSM) ilk kez 1980 yılında Narsisistik Kişilik Bozukluğu (NKB) adıyla dahil edilmiştir (DSM-III; American Psychiatric Association, 1980). DSM-III tanı ölçütleri, patolojik narsisizmi büyüklenmeci boyutuyla sınırladığı ve klinik bir olgu olarak karşılaşılan patolojik narsizm profilini tam olarak kapsamadığı için eleştirilmiş olsa da (Cooper ve Ronningstam, 1992;

Gabbard, 1989; Gunderson ve arkadaşları, 1991), DSM'in takip eden basımlarında NKB'nin tanı kriterlerinde bir değişiklik yapılmamıştır.

DSM-V'te NKB, erken yetişkinlik döneminde başlayıp, çeşitli koşullarda kendini gösteren büyüklenmeciliği (fantezi ya da davranışta), hayranlık gereksinimini ve empati yoksunluğunu içeren ve aşağıdaki kriterlerden en az beşini kapsayan yaygın bir örüntü şeklinde yer alır. Bu kriterler:

1. Kendisinin önemine dair büyüklenmeci bir duyguya sahip olmak,
2. Sınırsız başarı, güç, zekâ, güzellik veya ideal sevgi fantezileriyle meşgul olmak,
3. “Özel” olduğuna ve ancak özel veya üst düzey insanlar tarafından anlaşılabilmesine, onlarla ilişkide bulunması gerektiğine inanmak,
4. Aşırı hayranlık beklemek,
5. Hak sahibi olduğuna inanmak (özellikle ayrıcalıklı muamele görme veya beklentilerine otomatik olarak uyum gösterileceğine dair makûl olmayan beklentilere sahip olmak),
6. Kişilerarası ilişkilerde sömürücü olmak (amaçlarına ulaşmak için insanları kullanmak),
7. Empatiden yoksun olmak (diğerlerinin duyguları ve gereksinimlerini kabullenme veya paylaşmada gönülsüzlük),
8. Diğerlerine haset duymak veya diğerlerinin ona haset duyduklarına inanmak,
9. Kibirli ve küstah davranış veya tutumlar sergilemek şeklinde ifade edilmiştir (DSM-V; American Psychiatric Association, 2013).

Yapılan çalışmalar, DSM ölçütlerine göre NKB'nin birincil klinik tanı olarak kullanımının hem ayakta hem de yatan hastalarda çok nadir olduğunu ve Eksen II'de en az teşhis edilen kişilik bozukluğu olarak sıralandığını göstermiştir (Mattia ve Zimmerman, 2001; Black, Noyes, Pfohl, Goldstein ve Blum, 1993; Coryell ve Zimmerman, 1989; Maier, Minges, Lichtermann ve Heun, 1995; Reich , Yates ve Nduaguba, 1989). Bu

sonuçlar Mattia ve Zimmerman'ın (2001) “narsisistik kişilik bozukluğunun hem DSM-III hem de DSM-III-R lt kriterlerine göre en az yaygın olan kişilik bozukluğu olduğu” sonucuna varmasına yol açmıştır (s. 114). Bu alışmalar, klinisyenlerin pratikte patolojik narsisizm tanısını çok daha sık kullandığını gösteren araştırmalarla tutarsızdır (Doidge ve ark., 2002; Westen, 1997). Klinik uygulayıcı ve kuramcıların patolojik narsisizmi daha kapsamlı bir şekilde ele aldığı göz önüne alınırsa, bu tutarsızlığın DSM'deki NKB tanı kriterlerinde byklenmeciliğe yapılan dar vurguya atfedilebileceği dşnlebilir.

1.1.2. Patolojik Narsisizm

Çoğu kuramcı narsisizmin normal/sağlıklı ve patolojik ifadeleri olabileceğini öne sürmüştür. Kohut'a (1971, 1977) göre kendiliğin gelişimi, bebeklik ve çocukluk dönemlerinde “kendiliknesnelerinden” empatik olmayan tepkiler alındığı zaman sekteye uğrar. Büyüklenmeci kendiliği aynalanmayan ocuk, gelişimin normal bir süreci olan birincil narsisizmde takılı kalır ve yetişkinlikte de aynalanmamış büyüklenmecilik fantezilerini sürdürmeye devam eder. Kohut'a (1971) göre bu durum patolojik narsisizmi ifade eder. Öte yandan kendiliknesnesi tarafından büyüklenmecilik fantezileri aynalanan çocuklar, kendiliknesnelerinin empati yapamadığı durumlarda optimal kırılmalar yaşayarak kendiliknesnelerini dönüştürerek içselleştirir (transmuting internalization) ve sağlıklı narsisizm olan ikincil narsisizme geçer.

Kernberg (1975), patolojik narsisizmi kavramsallaştırırken kişilik yapılanması/ kişilik organizasyonu modelini önerir ve kavramsallaştırması genellikle narsisistik büyüklenme temalarını yansıtır. Kernberg'e (1975) göre narsisistik kişilik yapılanması, soğuk, ilgisiz ve küçümseyici ebeveyn tutumlarından kaynaklanır. Ebeveynleri kendi ihtiyaç ve istekleri doğrultusunda hareket eden çocuğa destekleyici davranırken; diğer zamanlarda ilgisiz, küçümseyici ve ihmalkardır. Bunun sonucu olarak kişiler tutarlı ve öngörülebilir olduğuna inandıkları tek kaynağa, yani kendi benliklerine büyüklenmeci bir kendilik temsili yerleştirir (Levy ve ark., 2009). Kernberg'e göre nesneyle kurulan iyi ilişkiler ve sevgi dolu bir nesne, sağlıklı narsisizme sebep olurken; nesneyle kurulan kötü ilişkiler saldırganlık ve kıskançlığı beraberinde getirir ve patolojik narsisizme sebep olur. Kernberg patolojik narsisizmin şiddetinin, kişilik yapılanmasındaki saldırganlığın düzeyine göre değiştiğini ne sürer. Buna göre patolojik narsisizm, kişilik yapılanmasındaki

saldırganlık arttıkça narsisistik kişilik bozukluğundan malignant narsisizme ve psikopatiye kadar çeşitli düzeylerde görülebilir (Caligor ve Kernberg, 2005).

Bireylerin kendilerini olumlu bir ışıktta görmek istemeleri, rekabet sonucu kazanılan zafer ve başarılar gibi benliklerini besleyecek deneyimleri aramaları kişiliğin normal yönleri olarak kabul edilir (Pincus, Cain, Wright, 2014). Normal/sağlıklı narsisizmin özsaygıyı arttırarak psikolojik iyilik haline katkıda bulunduğunu, rekabet ve başarı motivasyonunu arttırarak kaçınma davranışını azalttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Foster ve Trimm, 2008; Lukowitsky ve ark., 2007; Wallace ve ark., 2009). Sağlıklı narsisistik özelliklere sahip bireyler; kendini geliştirme motivasyonu, tanınma, beğenilme ve hayranlık gibi narsisistik ihtiyaçlarını kültürel ve sosyal olarak kabul edilebilir şekillerde tatmin eder ve hayal kırıklıkları yaşandığında özsaygısını, olumsuz duygularını ve kişilerarası ilişkilerini düzenleme becerisine sahiptir. Patolojik narsisizmde ise, hayal kırıklıkları veya olumlu benlik imajına yönelik tehditler karşısında uyumlu başa çıkma stratejilerinin kullanılamaması, işlevselliğin bozulması dikkat çeker (Pincus ve Lukowitsky, 2010). Başka bir deyişle patolojik narsisizme sahip bireyler, narsisistik ihtiyaç ve dürtülerini olgun ve sosyal olarak uygun davranışlara dönüştürmekte önemli zorluklar yaşarlar (Roche ve diğerleri, 2013).

Büyüklenmeci Narsisizm ve Kırılğan Narsisizm

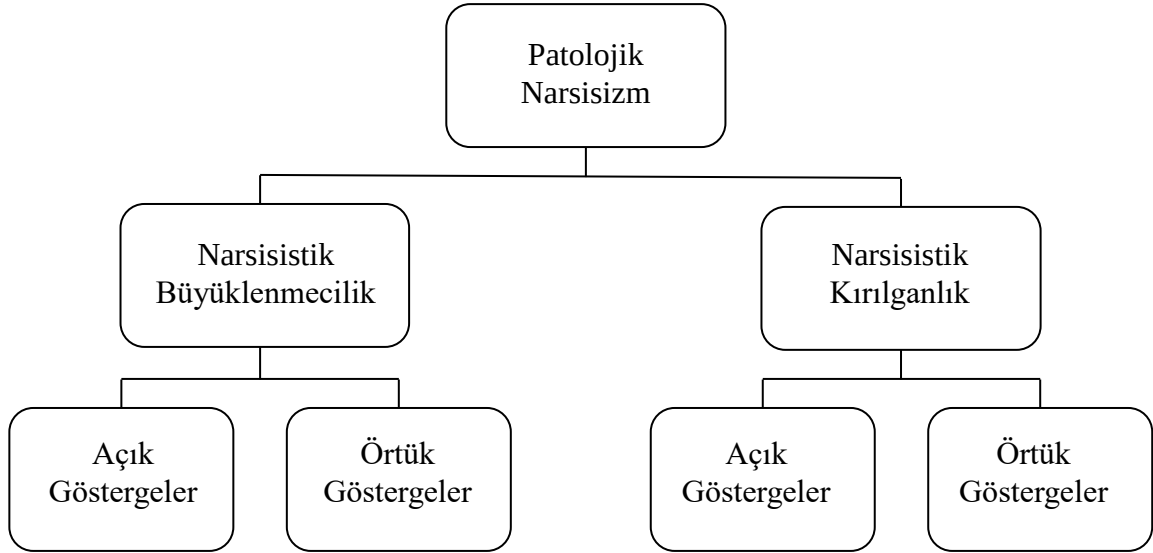
Patolojik narsisizmin fenotipik tanımlamalarına ilişkin literatür gözden geçirildiğinde, birçok klinisyen ve kuramcının narsisizmi büyüklenmecilik ve kırılğanlık olmak üzere iki boyutta kavramsallaştırdığı görülebilir (Cain ve ark., 2008). Kohut (1971), narsisizmin kırılğan temalarına vurgu yaparken; Kernberg (1975), büyüklenmeci taraflarına vurgu yapmıştır. Günümüzde ise teorisyen ve klinisyenlerin bu iki görüşü sentezleyerek iki boyutlu bir narsisistik yapıya yöneldiği görülmektedir (Cain ve ark., 2008).

Wink (1991), kuramcıların öne sürdüğü gözlemlerden yola çıkarak yaptığı ampirik çalışmasında, narsisizmin büyüklenmeci/teşhirci ve kırılğan/hassas boyutları olduğunu doğrulamıştır. Bu çalışmaya göre narsisizmin iki boyutu da kibir, kendini aşırı önemseme ve başkalarının ihtiyaçlarını yok sayma gibi temel narsisistik temaları paylaşırken, pek çok açıdan birbirine zıttır. Örneğin büyüklenmeci narsisizm; dışa dönüklük, özgüven, büyüklenmecilik, teşhircilik, saldırganlık, hak görme (entitlement), aşırı talepkarlık ve

düşük kaygı düzeyi gibi özelliklerle ilişkili bulunmuştur. Öte yandan kırılğan narsisizm; içe dönüklük, kendi yetersizliğine ilişkin kaygı duyma, aşırı alçakgönüllülük, eleştiriye karşı aşırı hassasiyet, karamsarlık, savunmacılık ve özgüvensizlik gibi özelliklerle ilişkili bulunmuştur.

Dickinson ve Pincus'un (2003), patolojik narsisizmi kişilerarası ilişkiler bağlamında ele aldığı çalışmada; kırılğan narsisistik özellikler taşıyan katılımcılar reddedilme ya da dışlanma kaygısıyla sosyal ilişkilerden kaçınma eğilimi gösterdiğini bildirmiş, büyüklenmeci narsisistik özelliklere sahip katılımcılarsa sosyal ilişkilerinde sıkıntı yaşamadıklarını bildirmiştir. Bu sonuçlar büyüklenmeci narsisistik özelliklere sahip kişilerin kendileri hakkındaki olumlu özellikleri vurguladıklarını; olumsuz özellikleri ve başkaları tarafından nasıl algılandıkları konusunda ise çok az içgörüye sahip olduklarını öne süren klinik gözlemlerle tutarlıdır (Kernberg, 1975; Kohut, 1971). Czarna, Dufner ve Clifton (2014), katılımcılarını büyüklenmeci ve kırılğan narsisistik özelliklere sahip kişilerin akranları arasından seçmiş, ve onlara bu kişileri sevip sevmediklerini sormuştur. Sonuçlara bakıldığında büyüklenmeci narsisistik özellikler gösteren kişilerin açık bir şekilde sevilmediği, kırılğan narsisistik özellikler gösteren kişilerinse sevilmemekten çok tercih edilmediği görülmüştür. Bu bulgular büyüklenmeci narsisistlerin dikkat çekici, dominant ve uyumsuz kişiler olduğu (Campbell ve Foster, 2007); kırılğan narsisistlerin ise soğuk, mesafeli ve sosyal olarak ketlenmiş olduğu (Dickinson ve Pincus, 2003; Hendin ve Cheek, 1997) görüşü ile paralellik göstermektedir.

Patolojik narsisizm tiplerinin benzerlik ve farkları ile ilgili genel bir mutabakat olmasına rağmen, bu ayrımın kategorik mi yoksa boyutsal mı olduğu konusunda henüz net bir anlaşılmaya varılamamıştır. Bununla birlikte, kişilik bozuklukları üzerine çalışan araştırmacıların kategorik/boyutsal tartışmasını geride bırakıp bütüncül modeller önermeye başlaması (De Clercq ve ark., 2009; Krueger ve ark., 2008; Livesley, 2007; Paris, 2007), narsisizm çalışmalarına da katkıda bulunmuştur. Pincus ve Lukowitsky (2010), patolojik narsisizmin her iki tipinin de aynı kişide farklı düzey ve zamanlarda gözlenebileceğini öne sürerek bütüncül bir narsisizm modeli önermiştir. Alandaki güncel çalışmalara bakıldığında narsisizm kavramsallaştırmalarının bu modele doğru kaymaya başladığı görülmektedir (Kealy ve Rasmussen, 2012; Ronningstam, 2011; Russ, Shedler, Westen, Bradley, 2008; Wright, Lukowitsky, Pincus, Conroy, 2010).



Şekil 1. Patolojik Narsisizmin Hiyerarşik Modeli (Pincus, 2013, s.96)

Pincus ve Lukowitsky'nin (2010) modeline göre patolojik narsisizmde büyüklenmeci belirtiler, kırılgnlık ile birlikte görülür ve öfke, kıskançlık, saldırganlık, çaresizlik, boşluk hissi, düşük benlik saygısı, utanç, sosyal kaçınma ve intihara yönelme deneyimlerine rastlanır. Narsisistik büyüklenme yoğun beğenilme ve takdir edilme ihtiyaçlarını içerdiği için, kişiler benliklerine ilişkin pozitif algı yaratacak deneyimler ararlar ve bu arayış onları aynı zamanda olası hayal kırıklıkları karşısında kırılgn hale getirir. Gerek narsisistik büyüklenme, gerekse narsisistik kırılgnlık açık (davranış, ifade edilen tutum ve duygular) ve örtük (bilişler, ifade edilmeyen duygular, ihtiyaç ve güdüler) şekillerde ifade edilir (Pincus ve Lukowitsky, 2010).

Pincus, Cain ve Wright (2014), klinik gözlemlerine göre, narsisistik danışanların terapiye başladıklarında genellikle kırılgn durumda olduklarını, büyüklenmeci taraflarının terapi ilerledikçe saptanabildiğini öne sürmüştür. Bu görüş kırılgn narsisistik kişilerin sadece yakın ilişkilerinde kendilikleriyle ilgili büyüklenmeci özelliklerini gösterebildiği görüşüyle tutarlıdır (Kernberg, 1986). Bununla birlikte danışanların büyüklenmeci durumdayken terapiye başvurmuyor olmalarının nedeni, kendilerinde düzelmesi gereken bir sıkıntı olmadığını düşünmeleri olabileceği gibi, terapistlerin kendilerini anlayabilecek kadar iyi olmadığı veya terapistlerin kişinin kendiyile ilgili bilmediği bir şeyi bilemeyeceği inancı ile ilgili olabilir; çünkü bunlar büyüklenmeci durumdaki narsisistik kişinin idealize edilmiş kendilik konseptlerine tehdit oluşturur.

1.2. Patolojik Narsisizm ve Psikoterapi

Narsisizmin tedavi edilmesi en zor klinik problemlerden biri olduğu bilinmektedir. Hilsenroth ve arkadaşları (1998), narsisistik danışanların terapiyi erken sonlandırdığını ve kişilik bozuklukları kategorisindeki diğer danışanların çoğuna göre terapiden daha az fayda sağladığını bulmuşlardır. Doidge ve arkadaşları da (2002) benzer sonuçlar bildirmiş; NKB tanısı almış hastaların önceki tedavilerinin belirgin bir şekilde kısa sürdüğünü ve başarısızlıkla sonuçlandığını saptamışlardır. Narsisizm tedavilerinin neden başarısızlıkla sonuçlandığına ilişkin literatürde henüz kontrollü deneysel çalışmalara rastlanmamakla birlikte, çeşitli kuramcı ve araştırmacıların farklı olası sebepleri araştırdığı görülmektedir.

İlk olarak, narsisistik danışanlarla ilgili değişkenlerin terapinin başarısız sonuçlanmasındaki payı değerlendirilmelidir. Weinberg ve Ronningstam (2020), narsisistik danışanlarla gerçekçi terapi hedefleri belirlemede zorluklar yaşadıklarını bildirmiş, narsisistik danışanların gerçekçi hedefler yerine büyülenmeci ve mükemmeliyetçi hedefler peşine düşebildiklerini gözlemlemiştir. Terapistin böyle durumlarda terapinin neyi değiştirip neyi değiştiremeyeceğiyle ilgili psikoeğitim vermesinin önemini vurgulayan Weinberg ve Ronningstam (2020), hastanın önem verdiği ve değiştirmek istediği konuları belirledikten sonra gerçekçi hedefler belirlemek konusunda yönlendirilmesinin, hastanın anlaşılmış hissetmesini sağladığını ve değişim için motivasyonlarını artırarak onları terapiye bağladığını gözlemlemiştir.

Narsisistik danışanlarla terapi sürecini zorlaştıran bir diğer faktörün narsisistik direnç olduğu bilinmektedir (Clarkin ve ark., 2006; Gabbard ve Crisp, 2018; Ronningstam, 2005a). Narsisistik direncin hastanın bir başkasına bağımlı olamamasından kaynaklandığı düşünülür (Kernberg ve ark., 2008). Bu görüşe göre “herşeye gücünün yettiğine inanan, omnipotent kontrolü elinde tutmak isteyen narsisistik danışanlar terapiyi de kontrol etmeye çalışır ve bu da yardım almaya karşı direnç oluşturur” (Gabbard ve Crisp, 2018, s. 140). Kohut ve Wolf (1978), terapistin empatik yaklaşımının zamanla narsisistik direncin kırılmasını sağladığını gözlemlemiş, aynı zamanda empatik yaklaşımın danışan tarafından içselleştirilerek yeni bir kapasite olarak kazanıldığını belirtmiştir. Benzer şekilde Meissner (1996), narsisistik danışanların terapistte güvenmeme ihtiyacına saygı ile yaklaşılması gerektiğini bildirmiş, narsisistik hastaların savunma halinde olma sebeplerinin empatik bir

şekilde iredelenmesinin uzun vadede danışanın terapistine güven duymasını sağlayacağını ve terapötik ittifak kurmada yardımcı olacağını öne sürmüştür.

İkinci olarak, terapist tutumlarının narsisistik danışanlarla psikoterapideki önemi vurgulanmalıdır. Weinberg ve Ronningstam (2020), terapistlerin narsisistik danışanlarına karşı genellikle güçlü karşı aktarım duyguları hissettiklerini bildirmiş, bu karşı aktarım duygularını eyleme vurmalarının narsisizm tedavisinin başarısızlıkla sonuçlanmasında en sık rastlanan neden olduğunu öne sürmüşlerdir. Büyüklenmeci narsisistik danışanların terapistlerinde sıkça yetersizlik, küçümsenmişlik ve değersizlik gibi karşı aktarım duyguları uyandırdıkları bilinmektedir (Kernberg ve ark., 2008). Tanzilli ve Gualco (2020), terapistler ile yürüttükleri çalışmalarında terapistlerin karşı aktarım duygularını ve algıladıkları terapötik ittifak düzeylerini incelemiştir. Sonuçlara göre büyüklenmeci narsisistik danışanlar terapistlerinde “öfkeli/eleştirilmiş, ilgisiz/umutsuz” duygularını uyandırırken; kırılgan narsisistik danışanlar “aşırı ilgili/endişeli” duygularını uyandırmıştır. Sadece büyüklenmeci narsisizm tipinin ise terapistin algıladığı terapötik ittifakta düşüklük ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Tanzilli ve Gualco, 2020). B kümesi kişilik bozukluklarıyla (histriyonik, narsisistik, antisosyal, borderline) çalışan terapistlerin daha düşük terapötik ittifak kalitesi bildirdiği de çalışma bulguları ile desteklenmiştir (Lingiardi ve ark., 2005). Gabbard ve Crisp (2018), narsisistik danışanların içsel “kötü nesne” temsillerini sıklıkla terapistlerine yansıttıklarını, terapistin narsisistik danışanın suçlayıcı yaklaşımları ve “kötü nesne” yansıtmaları karşısında uzun süre hoşgörülü kalabilme kapasitesinin terapötik olduğunu gözlemlemiştir. Bu görüşe göre terapistin kötü obje/kötü terapist yansıtmalarına uzun süre tahammül etme kapasitesi danışan tarafından farkedilir. “Narsisistik danışan için dayanılmaz olan duyguların terapist tarafından uzun süre tolere edilmesi, danışanın da bu duyguları daha tolere edilebilir bulmasına yardımcı olur ve geri içe yansıtım (reintrojection) için ulaşılabilir hale getirir” (Carpy, 1989; akt. Gabbard ve Crisp, 2018, s. 79). Bu bilgiler ışığında terapistlerin kuramsal yönelimlerinden bağımsız olarak özellikle narsisistik danışanları ile ilişkilerinde kendi duygularını fark edip yorumlamasının terapiye olumlu katkı sağlayacağı söylenebilir.

Literatürde patolojik narsisizmin tedavisine yönelik terapötik yaklaşımlara bakıldığında, psikodinamik ekolün bu konuda yoğun olarak çalıştığı görülmektedir. Kohut’un (1971) geliştirdiği kendilik psikolojisi (self-psychology) yaklaşımına göre terapist, narsisistik hastasının kendiliknesenesi tarafından karşılanmamış aynalanma

ihtiyaçlarını gidererek kırılğan kendiliğı onarmaya çalışır. Terapistin empatik yaklaşımının hem direncin kırılmasında önem taşıdığı, hem de hasta tarafından içselleştirilerek yeni psikolojik kapasiteler edinmesine katkı sağladığı düşünölmektedir (Kohut ve Wolf, 1978). Kernberg'in geliştirdiğı aktarım odaklı terapide (transference-focused psychotherapy), narsisistik hastanın kendine ve diğerklerine ilişkin içsel temsillerinin aktarım yoluyla ortaya çıktığı ve aktarımın yorumlanarak bozulmuş temsillerin hedef alındığı görölür (Kernberg, Yeomans, Clarkin ve Levy, 2008). Bağlanma kökenli yaklaşımlarda terapistin, narsisistik hastasıyla güvenli bir terapötik ilişki kurarak düzeltici bir deneyim sunduğı, güvenli terapötik bağ kurulduktan sonra ise hastanın içsel deneyimlerini yorumlayarak zihinselleştirme kapasitesini arttırmaya teşvik ettiğı görölmektedir (Bennett, 2006). Psikodinamik terapiler kullandıkları teknikler açısından farklılaşsa da, yorumlama/içgörü kazandırma ve düzeltici ilişkisel bir deneyim sunma açısından benzerlikler gösterir (Kealy ve ark., 2017).

Narsisizmin bilişsel-davranışçı terapi ile tedavisine yönelik literatür kısıtlı da olsa, bilişsel-davranışçı terapilerin patolojik narsisizmin tedasvisinde kullanıldığı görölmektedir. Bilişsel-davranışçı terapide narsisistik hastaların özel olma ve hak görme (entitlement) gibi inançlarının sosyal öğrenme ve aşırı düşkün ebeveynlerden kaynaklandığı düşünölür ve terapide bu inançlar hedef alınır (Freeman ve Fox, 2013). Şema terapi, çocukluktaki duygusal ihmalin uyumsuz şemaların oluşumundaki rolünü ele alarak bu şemaları role-playing ve sandalye çalışmaları gibi tekniklerle değıştirmeyi hedefler (Young ve Flanagan, 1998). Diyalektik davranış terapisinde ise danışana duygularını tolere edebilmesi için beceriler kazandırmaya çalışılıp mindfulness müdahaleleri kullanıldığı görölür (Linehan, 1993).

Narsisizmin tedavisine yönelik birçok farklı yaklaşım olmasına karşın, literatürde bu yaklaşımların etkililiğini gösteren kontrollö deneysel çalışmaların sayısı oldukça azdır. Bunun başlıca sebebinin narsisizm tedavilerinin uzun sürmesi ve narsisistik danışanların genellikle terapiyi erken bırakması (Hilsenroth ve ark., 1998) olduğı düşünölebilir.

1.3. Terapötik İttifak

Terapötik ittifak; danışanda olumlu değışikliklerin oluşmasını sağlayan, terapist ve danışanı arasındaki işbirliğine dayalı uyumlu ilişkiyi ifade eder. Terapötik ittifak kavramının kökleri Freud'a kadar uzanır. Freud (1912), çalışmalarının erken dönemlerinde

hastalarını işbirlikçi bir tedaviye dahil etmek için onlara ilgili ve sempatik yaklaşmanın işe yaradığını gözlemlemiştir. Analiz ettiği hastalarda zamanla olumlu bir aktarım geliştiğini gözlemleyen Freud, bu aktarımın tedavi motivasyonunu arttırdığı için analiz edilmemesi gerektiğini öne sürmüştür. Terapötik ittifak, Freud'dan sonra psikanalitik gelenekte sıkça incelenen bir kavram halini almıştır. Sterba (1934) "ittifak" terimini ilk kullanan kişi olmuş; terapistin hastanın rasyonel ve gözlemleyen yanları ile ittifak kurarak irrasyonel ve savunmacı yanlarına karşı güç birliği kurmasının önemini vurgulamıştır. Zetzel (1956) terapötik ittifak kavramını nesne ilişkileri kuramı çerçevesinde kavramsallaştırmış ve hastaların erken gelişim dönemlerindeki nesne ilişkilerinin, ittifak kurulup kurulamayacağında belirleyici olduğunu bildirmiştir. Zetzel (1956), danışanda nesne ilişkilerinden kaynaklı olarak terapötik ittifak kurma kapasitesi yoksa, terapistin öncelikli olarak danışanın ihtiyaç ve kaygılarını gidermesi gerektiğini öne sürmüştür. Terapötik ittifak, Zetzel'in kavramsallaştırmasının ardından pek çok psikoterapi yaklaşımı tarafından ele alınmaya başlamıştır. Rogers (1951, 1957), doğrudan terapötik ittifak terimini kullanmamış olmasına karşın, terapötik ilişkiyi danışan merkezli yaklaşımıyla kavramsallaştırmıştır. Bu kavramsallaştırmaya göre iyi bir terapötik ilişki, terapistin empatik duruşu ve koşulsuz kabulü ile gerçekleşir ve hastalarda olumlu değişim için sadece gerekli değil, yeterli bir koşuldur.

Teorisyenlerin terapötik ittifak kavramını 1970'li yıllara kadar kendi psikoterapi yaklaşımları çerçevesinde kavramsallaştırdığı, sonrasında Bordin (1979) ve Luborsky'nin (1976) kuramlar üstü kavramsallaştırmalar yaparak her yaklaşımdan klinisyen ve araştırmacının ilgisini çektiği görülmüştür (Horvath, 2001; Muran ve Barber, 2011). Luborsky (1976) terapötik ittifakı, terapinin farklı evrelerinde farklı ihtiyaçlara yönelik olarak değişen dinamik bir kavram olarak ele almıştır. Ona göre iki tip ittifak vardır. Tip 1 ittifak terapinin başlangıcında gözlenir ve danışanın terapistini destekleyici bulması ve kendisine yardımcı olabileceğiyle ilgili inancını içerir. Tip 2 ittifak ise "danışanı zorlayan durumlara karşı terapist ve danışanın birlikte mücadele etme duygusunu, terapi hedeflerine ulaşmak için paylaşılan sorumluluğu ve "biz" olma duygusunu içerir" (Horvath ve Luborsky, 1993, s. 563).

Bordin'e (1979) göre terapötik ittifak, üç bileşenden oluşur: terapist ve danışanı arasındaki duygulanımsal bağ, terapi hedefleri konusunda anlaşmaya varma ve terapi görevleri konusunda anlaşmaya varma. Görevler, psikoterapi sürecinin özünü oluşturan

seans içi davranış ve bilişlere atıfta bulunur. İyi işleyen terapötik bir ilişkide, her iki taraf da görevlerinin önemi ve etkisini kabul edip bu etkinlikleri gerçekleştirme sorumluluğunu üstlenmelidir (Bordin, 1979). “Bu etkinlikler terapi türüne göre farklılaşmaktadır: şema terapide mod çalışması, psikanalizde serbest çağrışım, bilişsel davranışçı terapide davranış kaydı tutmak gibi” (Gülüm, 2015, s. 8). Terapi hedefleri konusunda anlaşmaya varma da güçlü bir terapötik ittifak için gerekli bir diğer bileşendir ve terapi sonucunda ulaşılmak istenen noktaya ilişkin anlaşmaya varmayı içerir. Terapist ve danışanı arasındaki duygulanımsal bağ ise karşılıklı güven ve kabulü içeren olumlu bir ilişkiye işaret eder. Bordin’in (1979) terapötik ittifak kavramsallaştırması, tüm psikoterapi yaklaşımlarına uyarlanabilir olması sebebiyle geniş ilgi görmüş, ölçüm araçları geliştirilmesini sağlamış (Horvath ve Greenberg, 1989) ve terapötik ittifakla ilgili ampirik çalışmaların kapısını açmıştır.

Freud (1912), Zetzel (1956) ve Rogers’ın (1951, 1957) terapötik ittifakta terapistin rolüne vurgu yapması araştırmacıları danışanların rolüne ilişkin çalışmalar yapmaya yöneltmiş, araştırma bulguları terapötik ittifak kurulmasında hem terapist hem de danışanın katkıları olduğunu göstermiştir (Orlinsky, Grawe ve Parks, 1994). Bununla birlikte, danışanların algıladıkları terapötik ittifakın, terapi sonucunu terapistin algıladığı terapötik ittifaktan daha fazla oranda yordadığını gösteren çalışma bulguları da mevcuttur (Bachelor, 1991).

Lingiardi (2005), terapötik ittifak üzerine yapılan ampirik çalışmaları incelediğinde bir dizi önemli bulgu gözlemlenmiştir:

“(a) Terapötik ittifakın etkisi farklı psikoterapi yaklaşımları arasında benzerdir,

(b) Terapötik ittifak ve tedavi sonucu arasında bir bağlantı olduğuna dair ampirik kanıtlar vardır

(c) Tedavinin ilk aşamalarındaki ittifakın kalitesi (üçüncü ila beşinci seanslar), nihai sonuç varyansının önemli bir bölümünü öngörmektedir” (s. 45).

Bununla birlikte, yapılan çalışmalar danışanların halihazırdaki ilişki kalitesinin, terapötik ittifakın kalitesini etkilediğini göstermiştir (Gibbons ve ark., 2003; Piper ve ark., 1991). Terapötik ittifakın danışan ve terapisti arasındaki uyumlu ilişkiyi ifade ettiği ve

narsisistik danışanların çoğunun kişilerarası ilişkilerinde sorunlar yaşadığı göz önüne alındığında, narsisistik danışanlarla terapötik ittifak kurmanın zor bir görev olduğu düşünülebilir. Bununla birlikte, kişilik patolojisinden bağımsız olarak tüm danışan ve terapist çiftlerinde terapötik ittifakta kırılmalar yaşandığı da bilinmektedir. Bir sonraki bölümde bu kırılmalar ve onarımları ele alınacaktır.

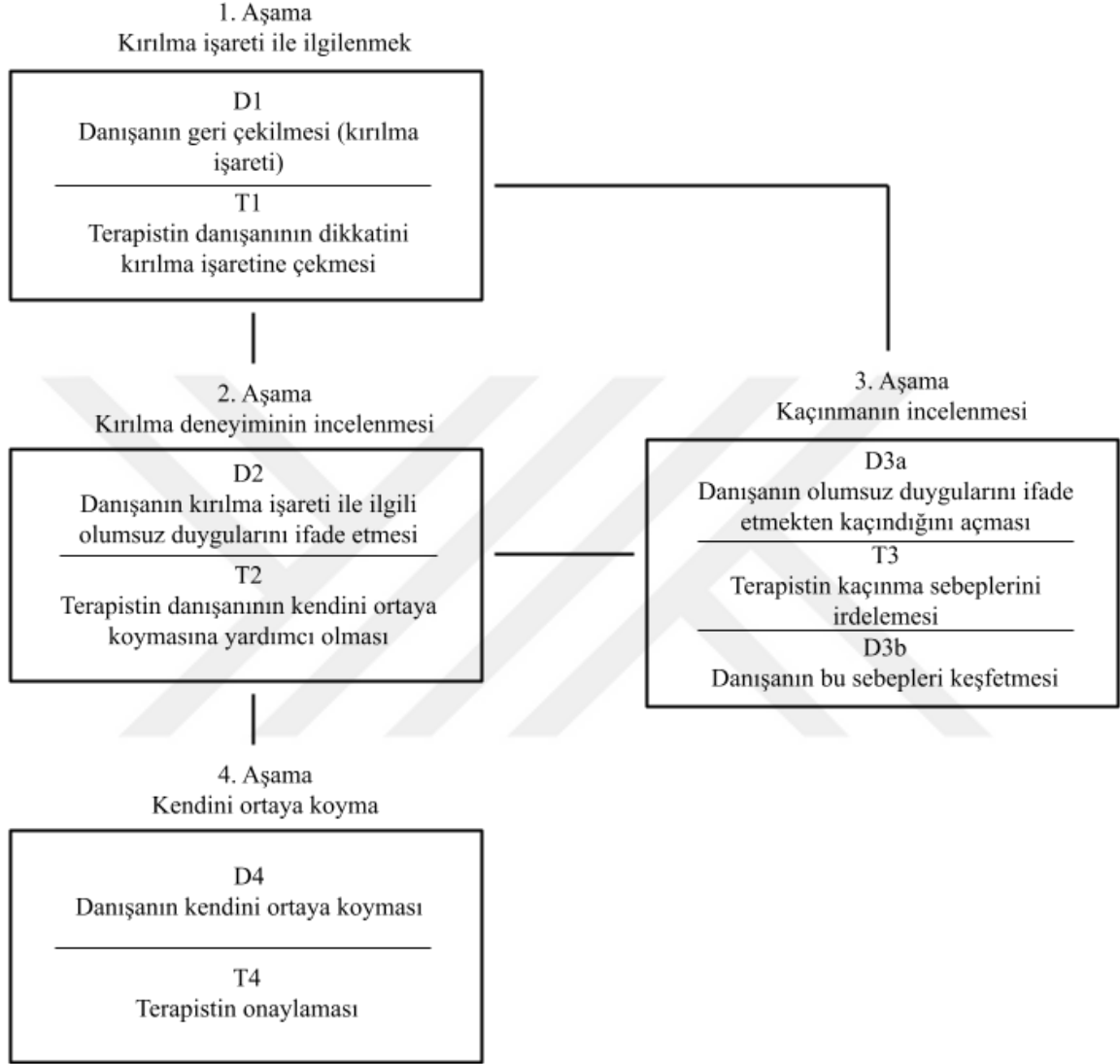
1.3.1. Terapötik İttifakta Kırılma ve Onarım

Terapötik ittifakta kırılma; terapist ve danışanın tedavi hedefleri konusundaki anlaşmazlığı, terapötik görevleri yerine getirme konusundaki işbirliği eksikliği veya duygulanımsal bağlarındaki gerginlik olarak tanımlanmıştır (Eubanks, Muran ve Safran, 2018). Farklı teorik yönelimlerden terapistlerin, terapötik ittifaktaki kırılmaları onarmak için farklı müdahaleler kullandıkları görülür. Kohut (1971) doğrudan terapötik ittifakta kırılma terimini kullanmamakla birlikte, terapistin empatik hata (empathic failure) yapmasının kırılmalara yol açabildiğini bildirmiştir. Kohut (1971), empatik hataların insan ilişkilerinin kaçınılmaz ve normal bir parçası olduğunun terapist tarafından kabul edilerek seanslarda çalışılmasının, danışanın düzeltici duygusal deneyimler kazanmasına katkı sağladığını ve terapötik ilişkinin iyileşmesine yardımcı olduğunu bildirmiştir.

Watson ve Greenberg (1995), terapi görevleri konusundaki anlaşmazlıkları gidermek için belirli görevlerin gerekçelerinin açıklanmasının; terapi hedefleri konusundaki anlaşmazlıkları gidermek için ise terapötik değişim sürecinin danışana net bir şekilde izah edilmesinin önemini vurgulamıştır. Watson ve Greenberg (1995), terapist ve danışanı arasındaki duygulanımsal bağdaki gerginlikleri yorumlarken ise danışanın halihazırdaki ilişkilerindeki problemleri örüntülere atıflarda bulunmak yerine doğrudan terapist ve danışanı arasında neler olup bittiğinin yorumlanması gerektiğini savunmuştur.

Safran ve Muran (2000), insanların diğerlerini uzaklaştırma korkularından dolayı çoğu zaman gerçek ihtiyaç ve duygularını bastırdıklarını, bunun ironik olarak sahte ilişkilere yol açtığını bildirmiş; terapötik ilişkide de danışanların terapistlerine karşı hissettikleri olumsuz duyguları ifade etmekte zorlandıklarını, bunun yerine pasif bir direnç geliştirdiklerini gözlemlemiştir. Safran ve Muran (2000), terapötik ittifaktaki kırılmaları çalışırken, danışanlarını ihtiyaçlarını ve duygularını diğerlerinden bağımsız birer birey olarak ifade edebilmeleri için cesaretlendirmeyi ve terapötik ilişkiyi bozma korkusu olmadan kendilerini ortaya koyabilmelerini merkeze alır. Terapist ve danışan arasındaki

seans içi etkileşim örüntülerini baz alan dört aşamalı bir süreç modeli öneren Safran ve Muran (2000), bu model çerçevesinde ittifak kırılmalarını onarabildiklerini bildirmişlerdir (bkz. Şekil 2).



Şekil 2. Terapötik İttifak Kırılmalarının Onarımına İlişkin Model (Safran ve Muran, 2000, s. 240)

Not. D= Danışan; T= Terapist

Bu modele göre 1. aşama, terapötik ittifakta bir kırılma meydana geldiğinin fark edilmesi ile başlar. Kırılmaların danışanın terapistiyle yüzleşmesi veya geri çekilmesi şeklinde gözlemlendiği bildirilmiştir. Yüzleşmede danışan doğrudan kırıngınlığını, öfkesini veya memnuniyetsizliğini ifade ederken; geri çekilmede danışanın terapistten, terapi sürecinden

veya kendi duygularından uzaklaştığı gözlenmiştir (Safran ve Muran, 2000). Terapistlerin her iki durumda da danışanlarının dikkatini şimdi ve burada üzerinde toplamasına olanak sağlayarak aralarındaki ilişkiyi nötral bir tonda incelemesinin kırılmaları onardığı gözlenmiştir.

1.3.2. Terapötik İttifakın Zamansal Olarak İncelenmesi

Terapist ve danışan arasındaki ilişkinin dinamik olduğu ve zaman içinde değiştiği bilinmektedir. Araştırmacıların terapötik ittifakın zamansal olarak nasıl değiştiğini incelemek amacıyla terapi sürecinin farklı zamanlarında ölçümler yaptıkları görülmektedir. Bir grup araştırmacı terapötik ittifakın ilk seanstan son seansa doğrusal bir artış gösterdiğini öne sürmüş ve bu görüşlerini doğrulayan bulgular elde etmiştir (Fitzpatrick, Iwakabe ve Stalikas, 2005; Patton, Kivlighan ve Multon, 1997). Patton ve arkadaşları (1997), 16 danışana her seansın sonunda Terapötik İttifak Envanteri'ni uygulamış ve terapötik ittifak düzeyinin zamanla doğrusal bir artış gösterdiğini bulmuştur. Fitzpatrick ve arkadaşları (2005), Terapötik İttifak Envanteri'nin danışan ve terapist formlarını terapist-danışan çiftlerine terapi sürecinin başlangıcında, ortasında ve sonunda uygulamış; hem terapistlerin hem de danışanların terapötik ittifak puanlarının zamanla doğrusal bir artış gösterdiğini bulmuştur.

Terapötik ittifakın zamanla doğrusal bir artış göstermediği, ancak başlangıçta kurulan ittifak düzeyinin terapi süreci boyunca stabil kalma eğiliminde olduğunu gösteren çalışma bulguları da mevcuttur. Eaton ve arkadaşları (1988), 40 danışanın terapi süreçlerinin başlangıç, orta ve sonunda terapötik ittifak puanlarını gözlemciler yardımı ile değerlendirmiş, terapinin başlangıcındaki ittifak düzeylerinin terapinin sonlarında da aynı kaldığını gözlemlemişlerdir. Horvath ve Luborsky (1993), benzer bir model önermiş ve terapötik ittifak kurma aşamasının ilk 5 seansta gerçekleştiğini, özellikle 3. seansta en yüksek noktaya ulaştığını bildirmiştir.

Terapötik ittifakın başlangıçta yüksek, ortalarda düşük, sonlarda yine yüksek olduğunu ve U şeklinde bir eğilim gösterdiğini savunan çalışmalar olmakla birlikte (Tracy ve Kokotovic, 1989; Golden ve Robbins, 1990), bu çalışmaların geçerliği ve güvenilirliği, kullandıkları küçük örneklemeler ve metodolojik zayıflıkları sebebiyle eleştirilmiştir (Stevens ve ark., 2007; Stiles ve Goldsmith, 2010).

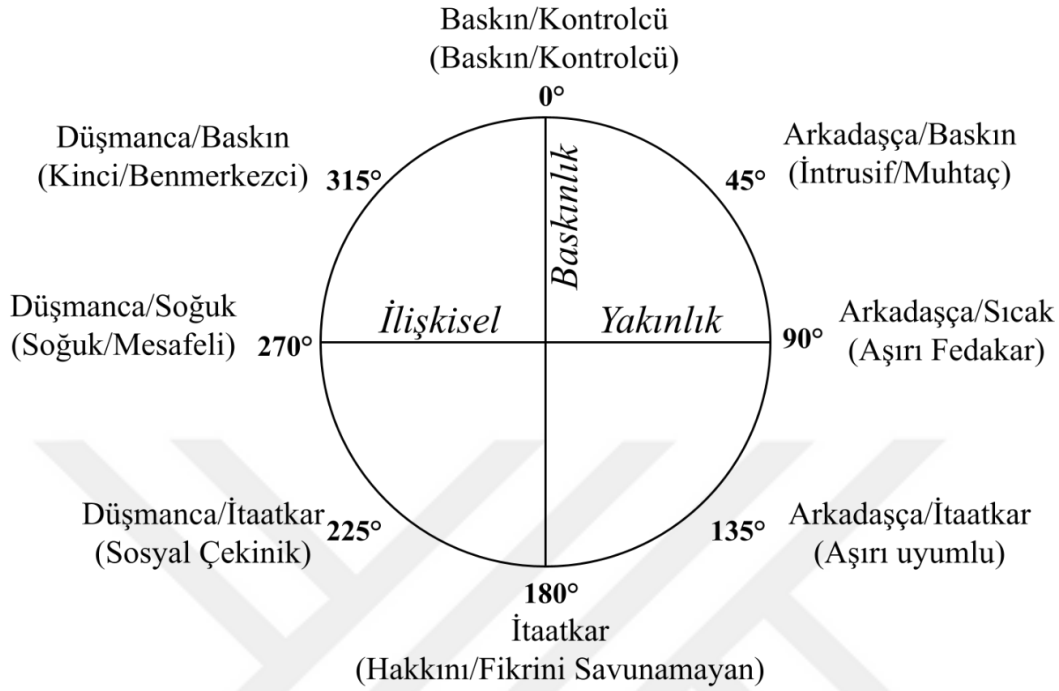
1.4. Kişilerarası Problemler

Harry Stack Sullivan (1953), geliştirdiği Kişilerarası Kişilik Kuramında bireylerin kişiliklerinin kişilerarası ilişkilerinden bağımsız olarak ele alınamayacağını öne sürer. Kişiliği ve psikopatolojileri açıklarken kişilerarası ilişkilerdeki tekrarlayan örüntüleri temel alan Sullivan’a (1953) göre kişilik, tekrarlayan kişilerarası eğilimler veya belirli kişilerarası davranış kalıpları ile açıklanır. Kişilerarası kişilik kuramını temel alarak Kişilerarası Döngüsel Model’i (Interpersonal Circumplex Model) geliştiren Leary (1957), kişilerarası davranışları yakınlık ve baskınlık olarak adlandırdığı iki düzlem üzerinden açıklamıştır. “Bu modele göre, yakınlık ve baskınlık dairesel bir düzlem üzerindeki temel koordinatları temsil ederken, kişilerarası davranışlar bu kooordinatların kombinasyonları olarak açıklanabilmektedir” (Akyunus, Gençöz, 2016, s. 2).

Horowitz (1979), kişileri psikoterapi aramaya yönelten sorunların birçoğunun kişilerarası ilişkilerinde yaşadıkları sorunlardan kaynaklandığını bildirmiş, bu sebeple kişilerarası ilişkilerde yaşanan sorunlara kapsamlı bir bakış geliştirebilmek ve bu tür endişelerin kapsamlı ölçümünü sağlayabilmek için bir çalışma gerçekleştirmiştir. Çalışmada psikoterapi almak isteyen kişilerin başvuru görüşmeleri video kaydına alınmış, gözlemciler kişileri psikoterapi almaya yönelten toplam 192 ifade belirlemiştir. Bu ifadeler değerlendirmeciler tarafından kişilerarası problemlerle ilişkili veya ilişkisiz olmaları açısından oylanmış, sonuçta 127 problemin kişilerarası zorluklarla ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu problemler çok boyutlu ölçekleme prosedürleri ile üç boyut altında ele alınmıştır. Bunlardan ilki psikolojik katılımın derecesi (yakınlık), ikincisi katılımın doğası (dostça, düşmanca) üçüncüsü ise diğerlerini etkileme, değiştirme veya kontrol etme niyeti (baskınlık, itaatkarlık) olarak adlandırılmıştır. 127 ifadeden oluşan Kişilerarası Problemler Envanterini (Inventory of Interpersonal Problems, IIP) oluşturan Horowitz ve arkadaşları (1988), kişilerarası problem alanlarına ilişkin üç boyutlu yapının Leary’nin (1957) Kişilerarası Döngüsel Modeli’ne benzerlikler gösterdiğini bildirmiştir.

Alden, Wiggins ve Pincus (1990), Horowitz ve arkadaşlarının geliştirdiği Kişilerarası Problemler Envanterini kullanarak döngüsel bir ölçek geliştirmiş, 360 derecelik döngüsel model üzerinde ilişkisel yakınlık ve baskınlık eksenlerini temel alarak 8 kişilerarası problem alanı belirlemiştir. Bunlar baskın/kontrolcü, intrusif/muhtaç, aşırı fedakar, aşırı

uyumlu, hakkını/fikrini savunamayan, sosyal çekinik, soğuk/mesafeli ve kinci/benmerkezci problem alanları olarak isimlendirilmiştir (bkz. Şekil 3).



Şekil 3. Kişilerarası Döngüsel Model (Alden, Wiggins ve Pincus, 1990; akt. Akyunus ve Gençöz, 2016).

Alden ve arkadaşlarının (1990) modeline göre:

Baskın/kontrolcü kişilerarası problemler alanındaki kişilerin ilişkilerinde kontrolü elinde tutma konusunda esnek olamama ve diğerlerini manipüle etme, onları değiştirmeye çalışma ve saldırganlık gözlenir.

Kinci/benmerkezci problem alanında düşmancıl ve baskın olma ile ilgili problemler yer alır ve diğerlerine karşı güvensizlik, şüphe, öfke ve diğerlerinin ihtiyaçlarını yok sayma gözlenir.

Soğuk/Mesafeli kişilerarası problemler alt alanında diğerlerine karşı sıcaklık ve sevgi duyma konusunda zorluklar ve uzun süreli ilişkileri sürdürmede yetersizlikler gözlenir.

Sosyal çekinik problem alanında diğer kişilerin yanında utangaç ve kaygılı olma, sosyal ilişkileri başlatmada zorluklar gözlenir.

Hakkını/fikrini savunamama alanında özgüven ve özsyagı eksikliği ile beraber olumsuz değerlendirilme kaygısından kaynaklı istek ve ihtiyaçlarını gizleme gözlenir.

Aşırı uyumlu alt alanındaki kişilerde diğerlerinin onayını kazanabilmek ve onları mutlu edebilmek için aşırı arkadaşça ve itaatkar davranışlar, “hayır” demede ve öfkeyi göstermede zorluklar gözlenir.

Aşırı fedakar alt alanında hizmet etmeye çok istekli olma, fazla cömert ve fazla hoşgörülü davranışlarla birlikte diğerlerinin ihtiyaçlarını kendi ihtiyaçlarının önüne koyma gözlenir.

Intrusif/muhtaç alt alanındaki kişilerde ise arkadaşça bir baskınlık, diğerleriyle bir arada olma ile ilgili fazlaca duyulan ihtiyaç, yalnız kalma konusunda zorluk yaşama, uygunsuz denilebilecek ölçüde kendini açma ve zayıf kişisel sınırlar gözlenir.

Dickinson ve Pincus (2003), narsisizm tiplerinin bu döngüsel modeldeki yerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, narsisizm üzerine yazılan kuramsal literatürü doğrular nitelikte bulgulara ulaşmıştır. Bulgular büyüklenmeci ve kırılğan narsisizmin kişilerarası problem alanlarında belirgin farklılıklar gösterdiğini, kırılğan narsisistik özellikleri baskın olan kişilerin soğuk-mesafelilik ve sosyal çekiniklik alanlarında hem kontrol grubundan hem de büyüklenmeci narsisistik gruptan anlamlı ölçüde daha yüksek puanlar aldığını göstermiştir. Aynı çalışmada kırılğan narsisizm grubu hakkını/fikrini savunamama, aşırı uyumluluk ve fedakârlık alanlarında sadece büyüklenmeci narsisizm grubundan daha yüksek puanlar almıştır. Büyüklenmeci narsisizm grubunun ise baskın/kontrolcü ve kinci/benmerkezci problem alanlarında yüksek puanlar aldığı, bu problemlere ilişkin algıladıkları stres ve güçlük düzeyinin ise düşük olduğu saptanmıştır. Kırılğan narsisizm grubunda ise kişilerarası ilişkilerdeki problemlerine yönelik yüksek stres ve güçlük düzeyleri tespit edilmiştir.

Danışanların günlük yaşantılarında karşılaştıkları kişilerarası problemlerin terapi odasında aktarım yoluyla kendini gösterdiği bilinmektedir (Diamond ve Yeomans, 2008). Narsisistik danışanların kişilerarası ilişkilerinde belirgin zorluklar yaşadığı göz önüne

alındığında (Dickinson ve Pincus, 2003; Ogrodniczuk ve ark., 2009), sorunlu ilişkisel örüntülerini terapistleri ile tekrarlama eğilimde olmaları beklenen bir durum olmaktadır. Danışanların kişilerarası problemlerinin terapötik ittifakta düşüşe yol açtığını gösteren araştırma bulguları olmakla birlikte (Khodabakhsh ve Besharat, 2011; Renner ve ark., 2012), bu ilişkinin narsisizm özelinde henüz araştırılmadığı görülmektedir. Bu sebeple narsisizm ve kişilerarası problemlerin terapötik ilişki içindeki rolünün çalışılması bu danışanların tedavisinde dikkat edilmesi gereken noktalara ışık tutacağından önem teşkil edecektir. Bununla birlikte, terapi motivasyonunun narsisizm ve terapötik ittifak arasındaki doğrudan ve dolaylı (kişilerarası problemler aracılığıyla) ilişkilere pozitif yönde katkı sağlayacağı düşünüldüğünden mevcut araştırmanın modelinde önemli bir yer tutmaktadır. Aşağıda psikoterapi motivasyonu ile ilgili çalışmalara yer verilecektir.

1.5. Psikoterapi Motivasyonu

Danışanların psikoterapiye yönelik motivasyonlarının terapi sonucunu yordayan önemli bir faktör olduğu, klinisyen ve araştırmacılar tarafından uzun zamandır gözlenmektedir (Keithly, Samples ve Strupp, 1980; Kernberg ve arkadaşları, 1972; Malan, 1963).

Malan (1963) kısa süreli dinamik psikoterapi alan danışanlarının terapi motivasyonunu ve terapi sonucunu incelediği çalışmasında, danışanların motivasyonunu bir ve beş arasında puanlamış, ilk seansa yüksek motivasyonla başlayan danışanların ve ilk birkaç seansta motivasyonunda önemli artış gözlemlediği danışanların olumlu psikoterapi sonucu alan hastalarının %85'ini oluşturduğunu bulmuştur. Kernberg ve arkadaşları (1972), psikoterapi sürecini çeşitli yönleriyle ele aldıkları çalışmalarında terapi motivasyonunu; danışanların değişmeye olan istekleri ve terapiden ikincil kazanımları olup olmadığı gibi faktörleri inceleyerek ele almıştır. Çalışmanın bulguları yüksek motivasyona sahip danışanların psikoterapiden daha olumlu sonuçlar aldığını göstermiştir. Keithly ve arkadaşları (1980), 18 danışanın terapi görüşmelerinin ses kaydını 25 seans boyunca almış, danışanların terapi motivasyonlarının hem kendi davranışlarını hem de terapistlerinin davranışlarını etkilediğini gözlemiştir.

Pelletier, Tuson ve Haddad (1997), psikoterapide danışan motivasyonunun kritik bir öneme sahip olduğunu belirtmiş, terapi sonucunun çalışıldığı araştırmalarda motivasyonun da incelenmesinin önemine dikkat çekerek Deci ve Ryan'ın (1985) Öz belirleme kuramı

(Self-determination theory) çerçevesinde Danışanlar İçin Psikoterapi Motivasyonu Ölçeğini geliştirmiştir. Öz belirleme kuramına göre motivasyon, kişilerin davranış ve kararlarının belirleyicisidir ve içsel motivasyon, dışsal motivasyon ve motivasyonsuzluk üst başlıkları altında incelenir (Deci ve Ryan, 1985). Bu kurama göre;

İçsel Motivasyon ile yapılan davranışlar, kişiye keyif ve tatmin sağladığı için yapılan davranışlardır. Bu davranışların yapılması dışarıdan gelecek ödül veya kısıtlamalarla ilintili değildir. “Örneğin kendini daha iyi anlamaktan haz duyduğu için terapiye giden bir kişi, terapiye gitmek için içsel olarak motive olmuş olarak görülür” (Pelletier, Tuson ve Haddad, 1997, s. 415).

Dışsal Motivasyon ile yapılan davranışlar dışarıdan gelecek bir ödülü almak veya cezadan kaçınmak için yapılan davranışlar olarak ele alınır. Deci (1975), dışsal motivasyon ile yapılan davranışların öz belirleme (self-determination) davranışları olmadığını belirtse de, daha sonra dışsal motivasyonun alt kategorileri olduğu ve bu alt kategorilerden bazılarının öz belirleme ile yapıldığı öne sürülmüştür (Deci ve Ryan, 1985). Dışsal motivasyonun alt kategorileri dörde ayrılmış ve öz belirleme dereceleri açısından düşükten yükseğe şu şekilde sıralanmıştır:

- *Dışsal Düzenleme (external regulation)*, dış kaynaklar tarafından kontrol edilen davranışlara atıfta bulunur. “Eşi tarafından alkol sorununu çözmesi için ya terapi alması ya da boşanma avukatı bulması konusunda ultimatoma alan bir adamın terapiye gitme motivasyonu dışsal düzenlemeye örnek olarak gösterilebilir” (Pelletier, Tuson ve Haddad, 1997, s. 416).
- *İçe Yansıtılmış Düzenleme (introjected regulation)*, önceden dışsal bir kaynaktan temelini alan motivasyonun içselleştirilmesi ile ortaya çıkar. Artık davranışın başlatılması için dışsal kaynağa gerek duyulmaz. Bunun yerine davranış; suçluluk, kaygı veya öz saygı ile ilintili duygular gibi içsel baskılar yoluyla gerçekleşir. “Şiddet gören bir kadının kendisi ve çocuklarının durumunu düzeltmek için hiçbir adım atmaması ile ilgili duyduğu utanç onu terapi almaya yönelttiğinde, içe yansıtılmış düzenlemeden bahsedilir” (Pelletier, Tuson ve Haddad, 1997, s. 416).
- *Özdeşleşmiş Düzenleme (identified regulation)* kişinin değerleri ve amaçları ile uyumlu olduğu için yapmayı seçtiği davranışlara atıfta bulunur. Davranış, kişisel

hedeflere ulaşmak gibi sebeplerle; kişinin kendi kararıyla yapılır. “Evliliği ayakta tutmak için her türlü çabanın gösterilmesi gerektiğine inanan ve zor bir evliliği olan kadının, kendi kararıyla ve değerleriyle uyumlu olduğu için terapi almayı seçmesi özdeşleşmiş düzenlemeye örnek olarak verilebilir” (Pelletier, Tuson ve Haddad, 1997, s. 416).

- *Bütünleşmiş Düzenleme (integrated regulation)* kişinin bir davranışı sadece onun önemine verdiği değerden değil, ayrıca kimliği ve şemaları ile tutarlı ve uyumlu olduğu için yapmasına atıfta bulunur. Bütünleşmiş düzenleme, dışsal motivasyon kategorileri arasında en yüksek öz belirleme düzeyine sahiptir. “Önceden terapi alıp süreci tamamlayan bir kişinin, terapiden kazanımlarını sürdürebilmek için yeniden terapi almak istemesi bütünleşmiş düzenlemeye örnek olarak gösterilebilir” (Pelletier, Tuson ve Haddad, 1997, s. 416).

Motivasyonsuzluk (Amotivation), kişilerin bir davranışın sonucuna ilişkin yetersizlik, umutsuzluk ve sonuca ilişkin kontrol sahibi olamama düşüncesi ile karakterize edilebilir. “Terapinin işe yaramayacağına ve zaman kaybı olacağına ilişkin düşünceleri olan bir kişinin terapiye motivasyonsuz olduğu söylenebilir” (Pelletier, Tuson ve Haddad, 1997, s. 416).

Deci ve Ryan (1985), motivasyonun dinamik bir kavram olduğunu ve durumsal faktörlerden etkilenebileceğini öne sürmüştür. Bu bilgiden yola çıkarak danışanın terapisinin belirli bir noktada durumsal etkilere (örneğin, terapistin kişilerarası ilişki tarzı) bağlı olarak motivasyon türünün değişebileceği düşünülebilir (Pelletier, Tuson, Haddad, 1997).

Literatür incelendiğinde narsisizm ve terapi motivasyonu ilişkisini ele alan çalışmalara rastlanmamakla birlikte, terapistlerin gözlemleri narsisistik patolojisi olan danışanların terapiye genellikle isteksiz geldikleri ve tedaviye yönelik motivasyonlarının belirsiz olduğu yönündedir (Ronningstam 2012). Hastaların motivasyon düzeylerinin terapistin algıladığı terapötik ittifak üzerinde pozitif bir etkisi olduğu (Ilgen ve ark., 2006) ve narsisizmin terapistin algıladığı terapötik ittifakta düşüşe sebep olduğu bilindiğinden (Tanzilli ve Gualco, 2020), psikoterapi motivasyonunun narsisistik danışanların psikoterapi süreçlerinde önemli bir role sahip olduğu düşünülmektedir. Bu amaçla mevcut çalışmanın test edeceği modelde psikoterapi motivasyonu, hem patolojik narsisizm ile terapötik ittifak

arasındaki doğrudan ilişkide, hem de narsisizm ile bağlantılı olduğu bilinen kişilerarası problemler aracılığıyla dolaylı ilişkisinde düzenleyici rolü bağlamında değerlendirilecektir.

1.6. Araştırma Soruları

Yukarıda ele alınan alan yazın ışığında, bu araştırmanın soruları şu şekilde özetlenebilir:

1. Patolojik narsisizm ve terapötik ittifak arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
2. Büyüklenmeci ve kırılman narsisizm tipleri, terapötik ittifak düzeyleri açısından farklı mıdır?
3. Narsisizm tipleri (büyüklenmeci ve kırılman narsisizm), yaşadıkları kişilerarası güçlük ve stres düzeyi açısından farklılaşır mı?
4. Büyüklenmeci narsisizm ve kırılman narsisizm, hangi kişilerarası problem alanlarında farklılaşır?
5. Patolojik narsisizm ve terapötik ittifak arasında doğrudan ve dolaylı (kişilerarası problemler aracılığı ile) bir ilişki var mıdır; psikoterapi motivasyonunun patolojik narsisizm ve terapötik ittifak arasındaki doğrudan ve dolaylı ilişkilerde (kişilerarası problemler aracılığı ile) düzenleyici bir rolü var mıdır?
6. Katılımcıların demografik bilgileri ile (terapiye başvurma şekli, psikoterapideki seans sayıları gibi) terapötik ittifak puanları arasında bir ilişki var mıdır?

1.7. Hipotezler

Araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir:

H1: Patolojik narsisizm ve terapötik ittifak arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olacağı,

H2: Büyüklenmeci narsisizm puanı yüksek kişilerin, kırılman narsisizm puanı yüksek kişilere göre terapötik ittifak puanlarının daha düşük olacağı,

H3: Büyüklenmeci narsisizm puanı yüksek katılımcıların, kırılğan narsisizm puanı yüksek katılımcılara göre daha düşük kişilerarası güçlük ve stres düzeyine sahip olacağı,

H4: Büyüklenmeci narsisizm puanı yüksek katılımcıların, dominant/kontrolcü kişilerarası problemler alanında kırılğan narsisizm puanı yüksek kişilere göre daha yüksek puan alacağı; kırılğan narsisizm puanı yüksek katılımcıların, soğuk/mesafelilik, sosyal çekiniklik, hakkını/fikrini savunamama, aşırı uyumluluk ve kendini feda etme alanlarında büyüklenmeci narsisizm puanı yüksek kişilere göre daha yüksek puan alacağı; büyüklenmeci ve kırılğan narsisizm puanı yüksek kişilerin kinci/benmerkezci ve intrusif/muhtaçlık kişilerarası problemler alanlarında anlamlı bir fark göstermeyeceği beklenmektedir.

H5: Patolojik narsisizm ve terapötik ittifak arasında negatif yönlü doğrudan bir ilişki olacağı, patolojik narsisizm ve terapötik ittifak ilişkisine kişilerarası problemlerin aracılık edeceği; psikoterapi motivasyonunun ise patolojik narsisizm ve terapötik ittifak arasındaki doğrudan ve dolaylı ilişkilerdeki (kişilerarası problemler aracılığı ile) negatif yönlü ilişkiyi pozitif yönde düzenleyeceği beklenmektedir.

1.8. Araştırmanın Önemi

Narsisistik özelliklerin psikoterapötik tedaviyi zorlaştırdığı ve terapiden alınan verimi düşürdüğü konusunda kuramlar arası bir fikir birliği olmasına rağmen, bu görüşü destekleyen araştırmaların sayısı oldukça azdır. Kuram ve klinik gözlem ışığında öne sürülen görüşlerin araştırma bulguları ile desteklenmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sebeple patolojik narsisistik özellikleri olan danışanların terapötik ittifak düzeylerine aracılık edeceği düşünülen kişilerarası problemlerin değerlendirilmesi, psikoterapi motivasyonunun ise hem patolojik narsisizm ile terapötik ittifak arasındaki doğrudan ilişkide, hem de kişilerarası problemler aracılığı ile dolaylı ilişkisindeki düzenleyici rolünün ele alınması önem taşımaktadır. Bu çalışmanın ortaya çıkaracağı bulguların klinik uygulama açısından önem taşıyacağı düşünülmektedir. Patolojik narsisistik özellikleri olan danışanların terapötik ittifak düzeylerinde etkili olabilecek faktörleri belirlemek, psikoterapistlerin yaklaşımlarından bağımsız olarak tedavi sürecinde dikkat etmeleri gereken konulara ışık tutacağından önem teşkil edecektir.

2. YÖNTEM

2.1. Katılımcılar

Katılımcılar en az 3 seanstır psikoterapi hizmeti almakta olan yetişkinlerden oluşmaktadır. Literatürde 3. Seanstan itibaren terapötik ittifakın güçlendiğine ilişkin veriler olduğundan (Horvath ve Luborsky 1993) böyle bir şart aranmıştır.

Uygun örneklem büyüklüğünü belirlemek amacıyla Med-Power yazılımı (Kenny, 2017) kullanılarak güç analizi yapılmıştır. Kullanılacak aracılık modelindeki her bir yol için beklenen en zayıf ilişki büyüklükleri literatürdeki çalışmalar temel alınarak belirlenmiş (Khodabakhsh ve Besharat, 2011; Renner ve ark., 2012), 0.8 güç ve $\alpha=.05$ için 346 katılımcı gerekli olduğu hesaplanmıştır.

Çalışmadaki tüm maddeleri cevaplamayan katılımcılar örneklemden çıkarıldıktan sonra kalan katılımcıların tek ve çok yönlü uç değer analizleri yapılmış, uç değerlere sahip olduğu saptanan katılımcılar veri setinden çıkarıldıktan sonra toplam 361 katılımcı ile istatistiksel analizlere devam edilmiştir. Katılımcılar 317 kadın (% 87.8), 43 erkek (% 11.9), ve cinsiyetini belirtmek istemeyen 1 kişiden (% 0.3) oluşmaktadır. Katılımcıların yaşları 18 ile 57 arasında değişmektedir (Ort.= 32.38, SS= 7.84). Katılımcıların çoğu üniversite mezunu (% 60.1), çalışan (% 61.8) ve bekâr (% 58.2) kişilerden oluşmaktadır. Katılımcıların % 58.7'si 11 ve daha fazla seanstır psikoterapi almakta ve % 72'si terapistinin “oldukça yetkin” olduğunu düşünmektedir. Katılımcılar ile ilgili demografik bilgiler Tablo 1’de, psikoterapi değişkenleri ile ilgili bilgiler Tablo 2’de görülebilir.

Tablo 1.

Katılımcılara Ait Sosyo-Demografik Değişkenlere İlişkin Sıklık ve Yüzdelik Değerleri

Değişken	Sıklık (f)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	317	87.8
Erkek	43	11.9
Belirtmeyen	1	0.3
Medeni Hal		
Evli	151	41.8
Bekâr	210	58.2
Eğitim		
İlkokul	1	0.3
Ortaokul	3	0.8
Lise	56	15.5
Üniversite	217	60.1
Yüksek Lisans	71	19.7
Doktora	13	3.6
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	223	61.8
Çalışmıyor	138	38.2
Toplam	361	%100

Tablo 2.

Katılımcılara Ait Psikoterapi Değişkenlerine İlişkin Sıklık ve Yüzdelik Değerleri

Değişken	Sıklık (f)	Yüzde (%)
Terapiye Başvuru Şekli		
Kendi isteğiyle	309	85.6
Aile/arkadaş tavsiyesi ile	33	9.1
Doktor tavsiyesi ile	13	3.6
Yasal zorunluluk	0	0
Diğer	6	1.7
Terapide Kaçınıcı Seansta		
3-5	81	22.4
6-10	68	18.8
11 ve üstü	212	58.7
Terapi Yaklaşımı		
Bilmiyor	139	38.5
Bilişsel-Davranışçı	50	13.9
Şema	22	6.1
Gestalt	4	1.1
Psikodinamik	51	14.1

	Duygu Odaklı	18	5.0
	Bütüncül	46	12.7
	Diğer	31	8.6
Terapistin Cinsiyeti			
	Kadın	264	73.1
	Erkek	97	26.9
Terapistin Yetkinliğine İlişkin Düşünce			
	Yetkin değil.	7	1.9
	Biraz yetkin.	56	15.5
	Oldukça yetkin.	260	72.0
	Emin değil.	38	10.5
	Toplam	361	%100

2.2. Veri Toplama Araçları

Mevcut çalışmada kullanılan ölçüm araçları; araştırmacı tarafından hazırlanan Bilgilendirilmiş Onam Formu ve Kişisel Bilgi Formu, Patolojik Narsisizm Envanteri (PNE), Terapötik İttifak Ölçeği - Kısa Formu (TİÖ_KF), Kişilerarası Problemler Envanteri Döngüsel Ölçekleri - Kısa Formu (KPEDÖ_KF) ve Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği'nden (DİTMÖ) oluşmaktadır.

2.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bilgilendirilmiş Onam Formunda çalışma hakkında genel bilgiler verilmiş olup, katılımcının çalışmaya kendi isteğiyle katıldığı, katılımcıdan alınacak bilgilerin gizli tutulacağı ve dilerse araştırmacı ile iletişime geçebileceği e-posta adresinin bilgisi verilmiştir. Bilgilendirilmiş Onam Formu Ek 6'da görülebilir.

2.2.2. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından hazırlanmış ve cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, kaç seanstır psikoterapiye devam ettiği ve tanılanmış bir psikiyatrik bozukluğa sahip olup olunmadığı gibi sorulardan oluşmaktadır. Ek olarak, katılımcıların tedaviye başvuru şekilleri (kendi isteğiyle mi, aile veya arkadaş isteğiyle mi), terapistlerinin psikoterapi yönelimleri gibi sorular da formda yer almaktadır. Kişisel Bilgi Formu Ek 1'de görülebilir.

2.2.3. Patolojik Narsisizm Envanteri (PNE)

Patolojik Narsisizm Envanteri (Pathological Narcissism Inventory- PNI), Pincus ve arkadaşları (2009) tarafından geliştirilen, narsisizmi Büyüklenmecilik ve Kırılganlık olmak üzere 2 üst faktör ve Koşullu Benlik Saygısı, İstismarcı/Sömürücü, Kendini Feda/Yüceltme, Benliği Saklama, Büyüklenmecilik Fantezileri, Değersizleştirme ve Öfkeyi Hak Görme olmak üzere 7 alt faktör çerçevesinde değerlendiren, 52 maddelik 6'lı Likert tipinde (0: beni hiç tanımlamıyor, 5: beni tam olarak tanımlıyor) bir öz bildirim ölçeğidir. Kırılgan narsisizm, 7 alt boyuttan üçünde yer alan toplam 34 madde ile (Koşullu Benlik Saygısı, Benliği Saklama ve Değersizleştirme) hesaplanırken; büyüklenmeci narsisizm geriye kalan 4 alt boyutu içeren toplam 18 madde ile (İstismarcı/Sömürücü, Kendini Feda/Yüceltme, Büyüklenmecilik Fantezileri ve Öfkeyi Hak Görme)

değerlendirilmektedir. Yedi faktörlü çözümleme için açıklanan varyans %53,76'dır. Cronbach alfa değeri PNI alt boyutları için .78 ile .93 arasında değişirken; toplam puan için Cronbach alfa değerlerinin .95 olduğu bulunmuştur. PNI'nin normal ve klinik kullanım için uygun olduğu, toplam puanlardaki yükselmenin kırılma narsisizme işaret ettiği gösterilmiştir (Thomas ve ark. 2012, Pincus 2013).

Patolojik Narsisizm Envanteri, Şen ve Barışkın (2019) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Şen ve Barışkın, yaptıkları faktör analizi sonrasında faktörlerin madde yükünü düzenlemek ve Cronbach Alfa değerini yükseltmek için 3 maddeyi ölçekten çıkararak 49 maddeye indirmiş, orijinal ölçekteki 7 faktörlü yapı yerine 6 faktörlü bir yapı oluşturmuştur. Bununla birlikte, ölçeğin kültürlerarası geçerlik çalışmalarına uygunluğu için 52 maddenin tamamının kullanılıp alt boyutlar hesaplanırken 3 maddenin çıkarılarak hesaplanmasını önermiştir. Patolojik Narsisizm Envanteri'nin Türkçe formunda ortaya çıkan 6 alt boyut içerdikleri maddeler dikkate alınarak isimlendirilmiştir. Buna göre bu alt boyutlardan Fark Edilmeye Yönelik Beklentiler (FEYB), Kırılma Kendilik (KK), Kendini Onaylatma (KO) ve Kendini Feda (KF) alt boyutlarındaki toplam 37 madde kırılma narsisizm üst boyutunu değerlendirirken; Büyüklenmeci Kendilik (BK) ve Büyüklenmeci Hayaller (BH) alt boyutlarındaki toplam 12 madde büyüklenmeci narsisizm üst boyutunu değerlendirmektedir. Patolojik Narsisizm Envanteri'nin (Şen ve Barışkın, 2019) Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı alt boyutlar için .58 ile .92 arasında değişirken, toplam puan için .93 olduğu bulunmuştur. Ölçeğin toplam puanı için test-tekrar test güvenilirlik katsayısı $r = .92$ 'dir. Temel bileşenler analizi, varyansın %50,24'ünü açıklayan 6 faktörü ortaya çıkarmıştır. Yapısal eşitlik modeline göre uyum indeksleri geçerli ve güvenilir bir modeli göstermektedir. Mevcut çalışmada PNE'nin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı alt boyutlar için .86 ile .93 arasında değişirken, toplam puan için .93 olarak hesaplanmıştır. Patolojik Narsisizm Envanteri Ek 2'de görülebilir.

2.2.4. Terapötik İttifak Ölçeği - Kısa Formu- Hasta Formu (TİÖ-KF-HF)

Terapötik İttifak Ölçeği (Working Alliance Inventory- WAI)), Horvath ve Greenberg (1989) tarafından geliştirilen ve Bordin'in (1979) kuramlar üstü, üçlü terapötik ittifak kavramsallaştırmasına dayanan (duygulanımsal bağ, amaç ve görevler) 7'li Likert tipi (0: hiçbir zaman, 6: her zaman) bir öz bildirim ölçeğidir. TİÖ'nün özgün formu 36 maddeden oluşmaktadır ve ölçeğin üç alt boyutu da (duygulanımsal bağ, amaçlar konusunda anlaşma,

görevler konusunda anlaşma) 12'şer maddeden oluşur. WAI'den alınan puanlar yükseldikçe algılanan terapötik ittifak da artmaktadır. WAI'nin hasta formunda Cronbach alfa güvenirlik katsayısı alt boyutlar için .85 ile .88 arasında değişirken, toplam puan için .93 olarak hesaplanmıştır.

Terapötik İttifak Ölçeği- Kısa Formu (TİÖ-KF) 36 maddelik ve 3 faktörlü özgün TİÖ'yü temel alarak ve özgün TİÖ'de her bir faktöre en yüksek biçimde yüklenen 4'er maddenin seçilimi ile Tracey ve Kokotovic (1989) tarafından oluşturulmuştur. TİÖ-KF, 12 madde ve 3 faktörden (duygulanımsal bağ, amaç ve görevler) oluşur. Ölçek bu alt faktörlerden alınan puanlar özelinde değerlendirilebileceği gibi tüm maddelerin toplanmasıyla genel puan üzerinden de değerlendirilebilir. TİÖ-KF'den alınan puan arttıkça hasta tarafından algılanan terapötik ittifak artmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı alt boyutlar için .90 ile .92 arasında değişirken, toplam puan için .98 olarak hesaplanmıştır.

Terapötik İttifak Ölçeği Hasta Formu'nun 36 maddelik uzun versiyonunun Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Soygüt ve Işıklı (2008) tarafından yapılmıştır. Mevcut çalışmada kullanılan Terapötik İttifak Ölçeği- Kısa Formu (TİÖ-KF) ise Gülüm, Uluç ve Soygüt (2018) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Toplam 12 maddelik TİÖ-KF hasta formunun tamamında Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .86 olarak hesaplanmış, alt faktörlerde iç tutarlılık katsayısının .65 ile .71 arasında değiştiği hesaplanmıştır. Ölçeğin kabul edilebilir düzeylerde geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu bulunmuştur. Mevcut çalışmada TİÖ-KF'nin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı alt boyutlarda .79 ile .93 arasında değişirken, toplam puan için .93 olarak hesaplanmıştır. TİÖ-KF, Ek 3'te görülebilir.

2.2.5. Kişilerarası Problemler Envanteri Döngüsel Ölçekleri Kısa Formu (IIP-C)

Kişilerarası Problemler Envanteri, Alden, Wiggins ve Pincus (1990) tarafından geliştirilmiş 32 maddelik 5'li likert tipi (0: hiç değil, 5: fazlasıyla) bir ölçektir. Kişilerarası Döngüsel Modele dayanarak geliştirilmiş olan ölçekten alınan toplam puan genel kişilerarası güçlük ve stres düzeyini değerlendirirken, 8 alt ölçekten alınan puanlar kişilerarası problem alanlarını belirlemek için kullanılır. Bu kişilerarası problem alanları; Baskın-Kontrolcü (Domineering/Controlling), İntusif-Muhtaç (Intrusive/Needy), Aşırı Fedakâr (Self Sacrificing), Aşırı uyumlu (Overly Accomodating), Hakkını-Fikrini

Savunmayan (Nonassertive), Sosyal Çekinik (Socially Avoidant), Soğuk-Mesafeli (Cold/Distant) ve Kinci-Benmerkezci (Vindictive/ Self-centered) şeklinde adlandırılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı alt boyutlarda .68 ile .87 arasında değişirken, toplam puan için .93 olarak hesaplanmıştır.

Kişilerarası Problemler Envanterinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması, Akyunus ve Gençöz (2016) tarafından yapılmıştır. Envanter, orijinal ölçekteki gibi 8 alt faktörden oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı alt faktörlerde .66 ile .86 arasında değişirken, toplam puan için .86 olarak hesaplanmıştır. Aynı çalışmada tüm ölçeğin test-tekrar test güvenirliği .76 iken alt ölçeklerde .59 ve .83 arasında değiştiği hesaplanmıştır. Ölçeğin kabul edilebilir düzeylerde geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu bulunmuştur. Mevcut çalışmada ise ölçeğin tamamına ilişkin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .90 olarak hesaplanmış, alt fakörler için ise .70 ile .86 arasında değiştiği bulunmuştur. IIP-C Ek 4'te görülebilir.

2.2.6. Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği (DİTMÖ)

Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği Pelletier ve ark. (1997) tarafından danışanların terapi motivasyonlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin orijinal formu 24 madde ve üç alt boyuttan (içsel motivasyon, dışsal motivasyon ve motivasyonsuzluk) oluşur. Ölçeğin dışsal motivasyon alt boyutu ise kendi içinde dört boyut içermektedir. Bunlar dışsal düzenleme, özdeşleşme, bütünleşme ve içe yansıtma olarak isimlendirilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayılarının alt faktörler için .70 ile .92 arasında değiştiği bulunmuştur.

Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği Özer ve ark. (2017) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin Türkçe formu 20 maddeden oluşur ve 7'li Likert tipi bir ölçektir (0: kesinlikle katılmıyorum, 6: kesinlikle katılıyorum). Ölçek iki çeşit faktöriyel yapıda incelenebilmektedir: Birincisi üç faktörlü yapıdır. Üç faktörlü yapı Motivasyonsuzluk alt boyutu, İçsel Motivasyon alt boyutu, Dışsal Motivasyon alt boyutu şeklindedir. İkinci faktöriyel yapı ise beş boyutludur. Bunlar; Motivasyonsuzluk alt boyutu, Özdeşleşmiş Düzenleme alt boyutu, Bütünleşmiş Düzenleme alt boyutu, İçe Yansıtılmış Düzenleme alt boyutu ve İçsel Motivasyon alt boyutudur. Özer ve ark. (2017) ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının alt faktörlerde .67 ile .84 arasında değiştiğini, ölçeğin tamamında ise .79 olduğunu bulmuştur.

Mevcut çalışmada katılımcılara ölçeğin tamamı olan 20 maddelik form verilmiş, motivasyonlarını ölçmek için motivasyonsuzluk alt boyutuna ait 4 madde çıkarıldıktan sonra analizler yapılmıştır. Mevut çalışmada ölçeğin içsel motivasyon alt faktörünün Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .85, dışsal motivasyon alt faktörünün .92, maddelerin tamamına ilişkin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ise .94 olarak hesaplanmıştır. DİTMO Ek 5'te görülebilir.

2.3. İşlem

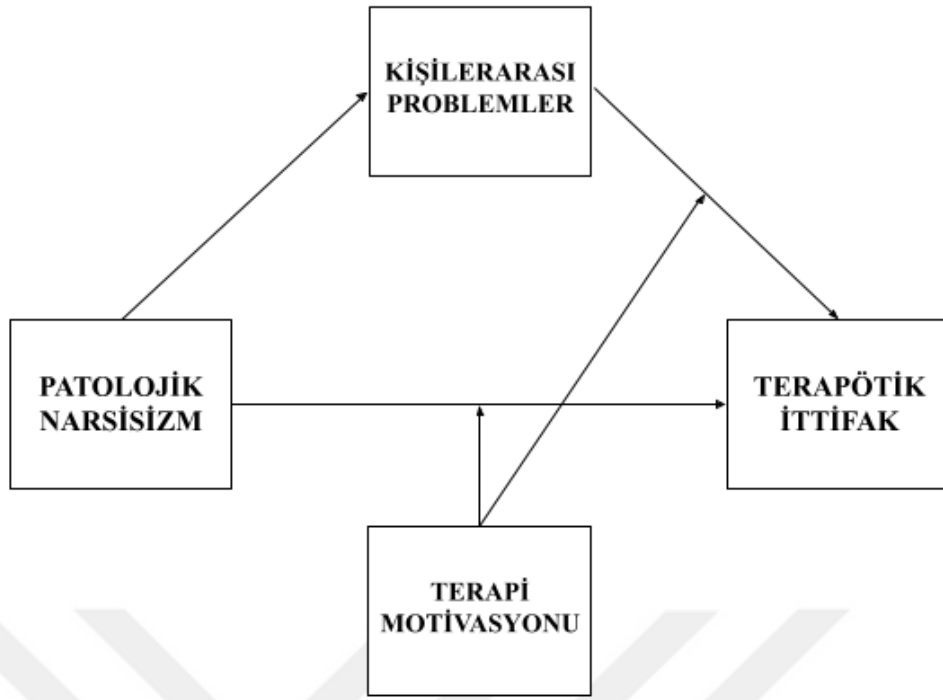
Başkent Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan onay alındıktan sonra ölçüm araçları katılımcılara Qualtrics çevrim içi anket platformu aracılığı ile sosyal medya platformlarından ulaştırılmıştır. Katılımcılara Bilgilendirilmiş Onam Formu, Kişisel Bilgi Formu, Patolojik Narsisizm Envanteri, Terapötik İttifak Ölçeği Kısa Formu-Hasta Formu, Kişilerarası Problemler Envanteri Döngüsel Ölçekleri Kısa Formu ve Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği verilmiştir.

2.4. Verilerin Analizi

Veriler IBM SPSS Statistics 26 yazılımı ve Hayes (2018) tarafından geliştirilen SPSS uyumlu PROCESS makrosunun 4. sürümü kullanılarak analiz edilmiştir. Hipotezleri test etmeden önce, verilerin analizlere uygunluğu Tabachnick ve Fidell (2013) tarafından önerilen sırayla test edilmiştir. Sırasıyla kayıp veri analizi, tek ve çok değişkenli uç değer analizleri ve normallik testi yapılmıştır. Kayıp veri analizinde çalışmadaki tüm maddeleri yanıtlamayan 160 kişi veri setinden çıkarılmıştır. Ardından tek boyutlu uç değer analizleri için ölçeklerden ve alt ölçeklerden alınan puanların z skorları hesaplanmıştır. Z skoru ± 3.29 'u geçen 6 katılımcı bu aşamada veri setinden çıkarılmıştır. Sonrasında Mahalanobis Uzaklığı (Mahalanobis Distance) yöntemi ile çok boyutlu uç değer analizi yapılmış, araştırmanın değişkenlerinde $p < .001$ anlamlılık düzeyinde uç değere sahip katılımcı olmadığı tespit edildiği için bu aşamada veri setinden katılımcı çıkarılmamıştır. Örneklemdeki 361 katılımcının verilerinin normal dağılıma uygun olup olmadığını belirlemek amacıyla çarpıklık ve basıklık değerleri hesaplanmış, değerlerin -1.0 ve +1.0 arasında olması normal dağılıma uygunluk olarak (Tabachnick ve Fidell, 2013) kabul edilmiştir.

Sonraki aşamada araştırmada kullanılan ölçeklerin ve alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları hesaplanmış ve ardından araştırmanın hipotezlerini test etmek için gerekli istatistiksel analizlere geçilmiştir. Araştırmanın ilk hipotezini test etmek için patolojik narsisizm ve terapötik ittifak arasındaki ilişki Pearson momentler çarpımı korelasyon analizi ile test edilmiştir. Araştırmanın ikinci, üçüncü ve dördüncü hipotezleri narsisizm tiplerinin (büyüklenmeci ve kırılğan) terapötik ittifak skorları, kişilerarası problemler toplam skorları ve kişilerarası problemler alt alanlarından alınan skorlar açısından karşılaştırılmasını içerdiği için, ANOVA için gerekli kategorik gruplar oluşturulmuştur. Katılımcılar büyüklenmeci ve kırılğan narsisizm gruplarına atanırken, örneklemin ilgili alt ölçeklerindeki medyan değerleri temel alınmıştır. Kırılğan narsisizm alt ölçeğinde medyan değer üzerinde puan alan katılımcılar kırılğan narsisizm grubuna, büyüklenmeci narsisizm alt ölçeğinde medyan değer üzerinde puan alan katılımcılar ise büyüklenmeci narsisizm grubuna atanmıştır. Her iki narsisizm tipinde de medyan değer üzerinde puan alan katılımcılar tek yönlü varyans analizlerine dahil edilmemiştir.

Araştırmanın son hipotezi doğrultusunda, patolojik narsisizm (X) ve terapötik ittifak (Y) arasındaki doğrudan ilişki ve kişilerarası problemler (M) aracılığı üzerinden giden dolaylı ilişki incelenmiş; psikoterapi motivasyonunun (W) hem X ile Y arasındaki doğrudan ilişkide, hem de M aracılığı üzerinden giden dolaylı ilişkideki düzenleyicilik (ılımlayıcı) rolü test edilmiştir. Bu model Andrew F. Hayes (2018) tarafından geliştirilen ve bootstrapping yöntemini esas alan PROCESS v4.0 makrosundaki model 15 kullanılarak test edilmiş, katılımcıların psikoterapideki seans sayıları kovaryans olarak kontrol edilmiştir. Bootstrapping yönteminin Baron ve Kenny'nin (1986) geleneksel nedensel adım (causal steps) yaklaşımı ve Sobel testinden (Sobel, 1982) daha güvenilir sonuçlar verdiği öne sürülmektedir (Hayes, 2018, Zhao ve ark., 2010). Bu sebeple analiz bootstrapping yöntemiyle, orijinal veriden elde edilen 5000 yeni örnekleme dayalı %95 güven aralığı çıktılarının değerlendirilmesi yoluyla incelenmiştir.



Şekil 4. Araştırmanın Kavramsal Modeli

3. BULGULAR

Bu bölümde ilk olarak araştırmanın değişkenlerine ilişkin betimleyici istatistiklere yer verilmiştir. Sonrasında araştırmanın ilk hipotezi doğrultusunda patolojik narsisizm ve terapötik ittifak arasındaki Pearson korelasyon analizi bulguları sunulmuştur. Daha sonra çalışmanın ikinci hipotezi doğrultusunda narsisizm tiplerinin (büyüklenmeci ve kırılgan narsisizm) terapötik ittifak düzeyleri açısından farklılığının incelendiği tek yönlü varyans analizi (ANOVA) bulguları ve üçüncü hipotez doğrultusunda narsisizm tiplerinin kişilerarası problemler toplam puanları açısından karşılaştırılmasını içeren ANOVA bulgularına yer verilmiştir. Ardından araştırmanın dördüncü hipotezi doğrultusunda narsisizm tiplerinin kişilerarası problemler alt alanlarındaki skorlarının karşılaştırılmasını içeren bir dizi ANOVA bulgusu sunulmuştur. Son olarak patolojik narsisizmin terapötik ittifak üzerindeki direkt etkisinin; bu ilişkide kişilerarası problemlerin dolaylı etkisinin ve psikoterapi motivasyonunun hem patolojik narsisizm ve terapötik ittifak ilişkisinde hem de kişilerarası problemler ve terapötik ittifak ilişkisindeki düzenleyici (ılımlayıcı) etkisinin test edildiği düzenlenmiş aracılık analizinin (model 15) bulgularına yer verilmiştir.

3.1. Araştırmadaki Değişkenlere İlişkin Betimleyici İstatistikler

Ölçeklerden elde edilen ortalama puanlar, standart sapma değerleri, minimum ve maksimum puanlar, çarpıklık (skewness), basıklık (kurtosis) ve Cronbach alpha güvenirlik katsayısı değerleri Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3.

Ölçeklere İlişkin Betimleyici İstatistikler (N = 361)

	Ortalama	SS	Min	Max	Çarpıklık	Basıklık	C. Alfa
PN_Toplam	187.09	34.99	98	287	-.234	-.099	.93
PN_KN	134.61	27.379	62	207	-.247	-.223	.93
PN_BN	41.85	11.122	15	65	-.088	-.58	.86
Tİ	61.64	13.566	23	84	-.637	-.092	.93
Tİ_Görev	20.13	4.879	5	28	-.725	.273	.85
Tİ_Amaç	20.76	4.803	7	28	-.414	-.682	.79
Tİ_Bağ	20.74	5.082	5	28	-.669	-.035	.88
KP_Toplam	77.83	18.894	36	133	.247	-.331	.90
KP_Baskın	8.07	3.044	4	17	.423	-.705	.70
KP_Kinci	7.73	3.032	4	16	.563	-.614	.70
KP_Soğuk	8.85	3.261	4	20	.691	.280	.86
KP_SosÇek	10.08	3.949	4	20	.344	-.529	.84
KP_HakSav	10.93	3.512	4	20	.321	-.380	.72
KP_Uyum	10.76	3.615	4	20	.320	-.338	.72
KP_Fedakar	12.11	4.211	4	20	.195	-.909	.84
KP_İntrusif	9.29	4.093	4	20	.509	-.442	.83
MOT_Toplam	88.90	16.220	53	112	-.571	-.891	.94
MOT_İç	23.17	4.220	10	28	-.595	-.74	.85
MOT_Dış	65.73	12.621	38	84	-.589	-.803	.92

Not. PN_Toplam: Patolojik narsisizm toplam puanı; PN_KN: Kırılgan narsisizm; PN_BN: Büyüklenmeci narsisizm; Tİ: Terapötik ittifak; KP_Toplam: Kişilerarası problemler toplam puanı; KP_Baskın: Baskınlık/Kontrolcülük; KP_Kinci: Kincilik/Benmerkezcilik; KP_Soğuk: Soğukluk/Mesafelilik; KP_SosÇek: Sosyal çekiniklik; KP_HakSav: Hakkını/Fikrini Savunamama; KP_Uyum: Aşırı Uyumluluk; KP_Fedakar: Aşırı Fedakarlık; KP_İntrusif: İntusiflik/Muhtaçlık; MOT_Toplam: İçsel ve dışsal motivasyon puanlarının toplamı; MOT_İç: İçsel motivasyon; MOT_Dış: Dışsal motivasyon.

3.2. Değişkenler Arasındaki İlişkiyi İncelemek Üzere Yapılmış Korelasyon Analizi Bulguları

Patolojik narsisizm ve tipleri, kişilerarası problemler ve alt alanları, terapötik ittifak ve psikoterapi motivasyonuna ilişkin Pearson korelasyon analizi sonuçları Tablo 4'te gösterilmiştir.

Korelasyon analizi bulguları incelendiğinde (Bkz. Tablo 4) patolojik narsisizm ile terapötik ittifak arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = -.256, p < .01$) olduğu görülmüştür. Bu bulgu araştırmanın ilk hipotezini doğrulamaktadır.

Narsisizm tiplerinin terapötik ittifak korelasyonlarına bakıldığında, büyüklenmeci narsisizm ile terapötik ittifak arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = -.357, p < .01$) olduğu, kırılgan narsisizm ile terapötik ittifak arasında da negatif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = -.180, p < .01$) olduğu görülmektedir. Narsisizm tiplerinin terapötik ittifak puanları açısından karşılaştırılması bölüm 3.4'te tek yönlü varyans analizi ile yapılacaktır.

Patolojik narsisizm ile kişilerarası problemler toplam puanı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = .556, p < .01$), büyüklenmeci narsisizm ile kişilerarası problemler toplam puanı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = .312, p < .01$), kırılgan narsisizm ile kişilerarası problemler toplam puanı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = .561, p < .01$) bulunmuştur. Narsisizm tiplerinin kişilerarası problemler toplam puanları açısından karşılaştırılması bölüm 3.5'te tek yönlü varyans analizi ile yapılacaktır.

Tablo 4.

Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. PN_Toplam	—													
2. PN_KN	.948**	—												
3. PN_BN	.698**	.447**	—											
4. Tİ	-.256**	-.180**	-.357**	—										
5. KP_Toplam	.556**	.561**	.312**	-.309**	—									
6. KP_Baskın	.442**	.345**	.485**	-.419**	.558**	—								
7. KP_Kinci	.372**	.285**	.409**	-.434**	.532**	.521**	—							
8. KP_Soğuk	.362**	.402**	.112*	-.180**	.564**	.307**	.476**	—						
9. KP_SosÇek	.330**	.393**	.034	-.211**	.658**	.176**	.304**	.483**	—					
10. KP_HakSav	.406**	.433**	.174**	-.213**	.843**	.274**	.315**	.391**	.542**	—				
11. KP_Uyum	.360**	.400**	0.123*	-.194**	.797**	.244**	.225**	.238**	.448**	.804**	—			
12. KP_Fedakar	.352**	.370**	.170**	-.152**	.731**	.315**	.111*	.131*	.376**	.616**	.718**	—		
13. KP_İntrusif	.325**	.319**	.223**	.066	.544**	.257**	.074	.086	.080	.415**	.397**	.402**	—	
14. MOT_Toplam	-.012	-.002	-.041	.663**	-.113**	-.279**	-.289**	-.097	-.153**	-.046	-.094	-.081	.330**	—

Not 1. ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

Not 2. PN_Toplam: Patolojik narsisizm toplam puanı; PN_KN: Kırılgan narsisizm; PN_BN: Büyüklenmeci narsisizm; Tİ: Terapötik ittifak; KP_Toplam: Kişilerarası problemler toplam puanı; KP_Baskın: Baskınlık/Kontrolcülük; KP_Kinci: Kincilik/Benmerkezcilik; KP_Soğuk: Soğukluk/Mesafelilik; KP_SosÇek: Sosyal çekiniklik; KP_HakSav: Hakkını/Fikrini Savunamama; KP_Uyum: Aşırı Uyumluluk; KP_Fedakar: Aşırı Fedakarlık; KP_İntrusif: İntusiflik/Muhtaçlık MOT_Toplam: İçsel ve dışsal motivasyon puanlarının toplamı.

Kişilerarası problemler alt alanlarının patolojik narsisizm ve narsisizm tipleri ile korelasyonlarına bakıldığında; patolojik narsisizm ile baskınlık-kontrolcülük arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = .442, p < .01$) olduğu, büyüklenmeci narsisizm ile baskınlık-kontrolcülük arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = .485, p < .01$) olduğu, kırılgan narsisizm ile baskınlık-kontrolcülük arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = .345, p < .01$) bulunmuştur. Kincilik-benmerkezcilik problem alanına ilişkin korelasyon bulguları; patolojik narsisizm ile kincilik-benmerkezcilik arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = .372, p < .01$) olduğunu, büyüklenmeci narsisizm ile kincilik-benmerkezcilik arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = .409, p < .01$) olduğunu, kırılgan narsisizm ile kincilik-benmerkezcilik arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = .285, p < .01$) olduğunu göstermiştir. Soğukluk-mesafelilik problem alanına ilişkin korelasyon bulguları; patolojik narsisizm ile soğukluk-mesafelilik arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = .362, p < .01$) olduğunu, büyüklenmeci narsisizm ile soğukluk-mesafelilik arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = .112, p < .05$) olduğunu, kırılgan narsisizm ile soğukluk-mesafelilik arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = .402, p < .01$) olduğunu göstermiştir. Sosyal çekiniklik problem alanına ilişkin korelasyon bulgularına bakıldığında; patolojik narsisizm ile sosyal çekiniklik arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = .330, p < .01$) ve kırılgan narsisizm ile sosyal çekiniklik arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = .402, p < .01$) görülmüştür. Büyüklenmeci narsisizm ile sosyal çekiniklik arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r = .034, p > .05$). Hakkını-fikrini savunamama problem alanına ilişkin korelasyon bulguları; patolojik narsisizm ile hakkını-fikrini savunamama arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = .406, p < .01$) olduğunu, büyüklenmeci narsisizm ile hakkını-fikrini savunamama arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = .174, p < .01$) olduğunu, kırılgan narsisizm ile hakkını-fikrini savunamama arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = .433, p < .01$) olduğunu göstermiştir. Aşırı uyumluluk problem alanına ilişkin korelasyon bulguları; patolojik narsisizm ile aşırı uyumluluk arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = .360, p < .01$), büyüklenmeci narsisizm ile aşırı uyumluluk arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = .123, p < .05$), kırılgan narsisizm ile aşırı uyumluluk arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = .400, p < .01$) olduğunu göstermiştir. Aşırı fedakarlık problem alanına ilişkin korelasyon bulguları; patolojik narsisizm ile aşırı fedakârlık arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = .352, p < .01$), büyüklenmeci narsisizm ile aşırı fedakârlık arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = .170, p < .01$), kırılgan narsisizm ile kişilerarası

problemler alt alanı aşırı fedakâr arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = .370, p < .01$) olduğunu göstermiştir. İntusiflik-muhtaçlık problem alanına ilişkin korelasyon bulguları; patolojik narsisizm ile intrusiflik-muhtaçlık arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = .325, p < .01$), büyüklenmeci narsisizm ile intrusiflik-muhtaçlık arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = .223, p < .01$), kırılğan narsisizm ile intrusiflik-muhtaçlık arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = .319, p < .01$) olduğunu göstermiştir. Narsisizm tiplerinin kişilerarası problemler alt alanları açısından karşılaştırılması bölüm 3.5'te tek yönlü varyans analizi ile yapılacaktır.

Korelasyon analizi sonuçlarına bakıldığında, patolojik narsisizm ile psikoterapi motivasyonu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r = -.012, p > .05$), büyüklenmeci narsisizm ile psikoterapi motivasyonu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r = -.041, p > .05$), kırılğan narsisizm ile psikoterapi motivasyonu arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r = .002, p > .05$).

Terapötik ittifak ile kişilerarası problemler ve alt alanları arasındaki korelasyon bulguları incelendiğinde; terapötik ittifak ve kişilerarası problemler toplam puanı arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = -.309, p < .01$), terapötik ittifak ile baskınlık-kontrolcülük arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = -.419, p < .01$), terapötik ittifak ile kincilik-benmerkezcilik arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = -.434, p < .01$), terapötik ittifak ile soğukluk-mesafelilik arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = -.180, p < .01$), terapötik ittifak ile sosyal çekiniklik arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = -.211, p < .01$), terapötik ittifak ile hakkını-fikrini savunamama arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = -.213, p < .01$), terapötik ittifak ile aşırı uyumluluk arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = -.194, p < .01$), terapötik ittifak ile aşırı fedakârlık arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = -.152, p < .01$), terapötik ittifak ile intrusiflik-muhtaçlık arasında ise pozitif yönlü ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki ($r = .066, p > .05$), bulunmuştur.

Korelasyon analizi sonuçlarına bakıldığında terapötik ittifak ile psikoterapi motivasyonu arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki ($r = .663, p < .01$) olduğu görülmüştür.

Psikoterapi motivasyonu ile kişilerarası problemler toplam puanları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = -.113, p < .01$) olduğu, psikoterapi motivasyonu ile baskınlık-

kontrolcülük arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = -.279, p < .01$) olduğu, psikoterapi motivasyonu ile kincilik-benmerkezcilik arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = -.289, p < .01$) olduğu görülmüştür. Psikoterapi motivasyonu ile soğukluk-mesafelilik problem alanı arasında ise anlamlı bir sonuç bulunamamıştır ($r = -.097, p > .05$). Psikoterapi motivasyonu ile sosyal çekiniklik arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = -.153, p < .01$) olduğu görülürken, psikoterapi motivasyonu ile hakkını-fikrini savunamama arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r = -.046, p > .05$). Psikoterapi motivasyonu ile aşırı uyumluluk arasında ($r = -.094, p > .05$) ve psikoterapi motivasyonu ile aşırı fedakârlık arasında ($r = -.081, p > .05$) ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Psikoterapi motivasyonu ile intrusiflik-muhtaçlık arasındaki ilişkiye bakıldığında ise pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ($r = .330, p < .01$) görülmüştür.

3.3. Terapötik İttifak ile Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkilere Dair Bulgular

Katılımcıların terapötik ittifak puanlarını etkileyebilecek faktörleri incelemek amacıyla; katılımcıların cinsiyeti, medeni durumu, çalışma durumu, daha önce psikoterapi hizmeti alıp almama durumu, psikoterapide kaçınıcı seansta olduğu, terapistlerinin cinsiyeti ve terapistleri ile hemcins veya karşı cins olma durumları açısından terapötik ittifak puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin analiz bulguları bu bölümde incelenmiştir. Psikoterapistin unvanı ve uyguladığı psikoterapi yaklaşımı gibi faktörlerin terapötik ittifakta değişim gösterip göstermediği ile ilgili analizlere, hücreler arasındaki eşit olmayan dağılımlar nedeniyle yer verilmemiştir.

Cinsiyet: Terapötik ittifak puanlarının katılımcıların cinsiyetleri açısından farklılaşıp farklılaşmadığını değerlendirmek amacıyla bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Levene's testi varyansların homojen olduğunu ($p = .162$) göstermiştir. Sonuçlar cinsiyet ile terapötik ittifak arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ($t(358) = -.104, p > .05$) ortaya koymuştur. Analiz sonuçları Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5.

Terapötik İttifakın Cinsiyetler Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Örneklemeler T-Test Sonuçları

	Cinsiyet	N	Ortalama	SS	df	t	η^2	p
Terapötik İttifak	Kadın	317	61.58	13.576	358	-.104	.000	.917
	Erkek	43	61.81	13.710				

Medeni Durum: Terapötik ittifak puanlarının katılımcıların medeni durumları açısından farklılaşıp farklılaşmadığını değerlendirmek amacıyla bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Levene's testi varyansların homojenlik varsayımının ihlal edildiğini ($p = .023$) gösterdiğinden sonuçlar varyansların homojenlik varsayımının ihlal edildiği durumdaki düzeltilmiş serbestlik dereceleri (df) dikkate alınarak yorumlanmıştır. Sonuçlar katılımcıların terapötik ittifak puanlarının medeni hallerine göre anlamlı düzeyde farklılaştığını göstermiştir ($t(290,487) = 2.162, p = .031$). Bekar katılımcıların ($X_{ort} = 62.98, SS = 12.535$) evli katılımcılara ($X_{ort} = 59.78, SS = 14.723$) göre daha yüksek terapötik ittifak puanları aldıkları görülmüştür. Analiz sonuçları Tablo 6'da sunulmuştur

Tablo 6.

Terapötik İttifakın Medeni Duruma Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Örneklemeler T-Test Sonuçları

	Medeni Durum	N	Ortalama	SS	df	t	η^2	p
Terapötik İttifak	Bekâr	210	62.98	12.535	290.487	2.162	.014	.031*
	Evli	151	59.78	14.723				

* $p < .05$

Çalışma Durumu: Terapötik ittifak puanlarının katılımcıların çalışma durumları açısından farklılaşıp farklılaşmadığını değerlendirmek amacıyla bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. Levene's testi varyansların homojen olduğunu göstermiştir ($p = .438$). Sonuçlar katılımcıların terapötik ittifak puanlarının çalışma durumlarına göre farklılaşmadığını ($t(359) = -1,751, p = .081$) göstermiştir. Analiz sonuçları, Tablo 7'de sunulmuştur.

Tablo 7.

Terapötik İttifakın Çalışma Durumu Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T-Test Sonuçları

	Çalışma Durumu	N	Ortalama	SS	df	t	η^2	p
Terapötik	Çalışıyor	223	60.66	13.288	359	-1.751	.008	.081
İttifak	Çalışmıyor	138	63.22	13.906				

Daha Önce Psikoterapi Hizmeti Alma Durumu: Terapötik ittifak puanlarının katılımcıların daha önce psikoterapi hizmeti alma durumları açısından farklılaşıp farklılaşmadığını değerlendirmek amacıyla bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır. Levene's testi varyansların homojenlik varsayımının ihlal edildiğini ($p = .001$) gösterdiğinden sonuçlar varyansların homojenlik varsayımının ihlal edildiği durumdaki düzeltilmiş serbestlik dereceleri (df) dikkate alınarak yorumlanmıştır. Sonuçlar katılımcıların terapötik ittifak düzeylerinin daha önce psikoterapi hizmeti alma durumları açısından farklılaştığını göstermiştir ($t(331.963) = 5.511, p = .000$). Daha önce psikoterapi hizmeti alan katılımcıların ($X_{ort} = 65.33, SS = 11.510$) daha önce psikoterapi almayan katılımcılara ($X_{ort} = 57.71, SS = 14.485$) göre daha yüksek terapötik ittifak puanları aldıkları görülmüştür. Analiz sonuçları, Tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 8.

Terapötik İttifakın Daha Önceki Psikoterapi Alma Durumu Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T-Test Sonuçları

Daha Önce Psikoterapi Hizmeti Alma Durumu	N	Ortalama	SS	df	t	η^2	p
Terapötik	Evet	186	65.33	11.510	331.963	5.511	.079
İttifak	Hayır	175	57.71	14.485			.000*

* $p < .05$

Psikoterapideki Seans Sayısı: Katılımcıların almakta oldukları psikoterapi hizmetinde kaçınıcı seansta oldukları ile terapötik ittifak arasındaki ilişkiyi incelemekten önce varyansların homojenliği için Levene's testi yapılmıştır. Levene's testi sonucuna göre varyansların homojen olmadığı ($p = .000$) görülmüş ve bu nedenle Welch testi kullanılmıştır. Varyansların homojen olmadığı durumlarda etki büyüklüğü için eta squared

(η^2) yerine omega squared (ω^2) hesaplanması gerektiği bilgisi (Hays, 1963) göz önüne alınarak etki büyüklüğü omega squared (ω^2) ile hesaplanmıştır. Sonuçlar katılımcıların psikoterapideki seans sayılarının terapötik ittifak puanlarında anlamlı derecede farklılaştığını göstermiştir ($F_{Welch}(2, 126.555) = 50.428, p < .05, \eta^2 = .215$).

Post-hoc analizi için Games-Howell testi uygulandığında şu anki psikoterapi hizmeti aldıkları kişi ile 11. ve üstü seansında olduğunu belirten katılımcıların terapötik ittifak puanlarının ($X_{ort}=66.90, SS=9.931$), 6.-10. seansında olduğunu belirten katılımcıların terapötik ittifak puanlarından ($X_{ort}=58.57, SS=13.690$) ve 3.-5. seansında olduğunu belirten katılımcıların ortalama terapötik ittifak puanlarından ($X_{ort}=50.46, SS=14.254$) anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca, şu anki psikoterapi hizmeti aldıkları kişi ile 6.-10. seansında olduğunu belirten katılımcıların terapötik ittifak puanlarının ($X_{ort}=58.57, SS=13.690$), 3.-5. seansında olduğunu belirten katılımcıların terapötik ittifak puanlarından ($X_{ort}=50.46, SS=14.254$) anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. İlgili analiz sonuçları, Tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9.

Terapötik İttifakın Psikoterapideki Seans Sayıları Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Welch Sonuçları

Psikoterapide Seans Sayısı	N	Ortalama	SS	df	F^a	η^2	p	Post Hoc Analizi
Terapötik 3-5	81	50.46	14.254	126.555	50.428	.215	.000*	2>1
İttifak 6-10	68	58.57	13.690					3>1
11 ve üstü	212	66.90	9.931					3>2
Toplam	361	61.64	13,566					

** p < .01, ^a Asimptotik dağılım F fonksiyonu.

Terapistin Cinsiyeti: Terapötik ittifak puanlarının terapistin cinsiyetine göre farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek amacıyla bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır. Levene’s testi sonucuna göre varyansların eşit olduğu ($p = .110$) görülmüştür. Sonuçlar terapist cinsiyetinin terapötik ittifak puanları açısından anlamlı derecede farklılaştığını göstermiştir ($t(358) = -2.194, p = .029$). Kadın terapistle terapiye devam eden katılımcıların terapötik ittifak puanlarının ($X_{ort} = 60.68, SS=14.018$), erkek terapistle terapiye devam eden katılımcıların terapötik ittifak puanlarından ($X_{ort} = 64.21, SS=12.024$)

anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur. Analiz sonuçları Tablo 10’da sunulmuştur.

Tablo 10.

Terapötik İttifakın Terapistin Cinsiyeti Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bağımsız Örneklem T-Test Sonuçları

Terapistin Cinsiyeti		<i>N</i>	Ortalama	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>t</i>	η^2	<i>p</i>
Terapötik İttifak	Kadın	263	60.68	14.018	358	-2.194	.013	.029*
	Erkek	97	64.21	12.024				

* p< .05

Terapist ile Danışanın Hemcins veya Karşı Cins Olma Durumu: Terapötik ittifak puanlarının terapist ve danışanın hemcins veya farklı cins olma durumları açısından farklılık gösterip göstermediğini incelemek için bağımsız örneklem için t-testi kullanılmıştır. Levene’s testi varyansların homojenlik varsayımının ihlal edildiğini ($p = .024$) gösterdiğinden sonuçlar varyansların homojenlik varsayımının ihlal edildiği durumdaki düzeltilmiş serbestlik dereceleri dikkate alınarak yorumlanmıştır. Sonuçlar terapötik ittifak puanlarının terapist ve danışanın hemcins veya karşı cins olması durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur ($t(268.282) = -2.480$, $p = .014$). Terapist ile danışanın cinsiyetleri aynı olduğundaki terapötik ittifak puanları ($X_{ort} = 60.48$, $SS = 14.198$), terapist ile danışanın cinsiyetleri farklı olduğundaki terapötik ittifak puanlarından ($X_{ort} = 64.00$, $SS = 11.947$) anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Analiz sonuçları Tablo 11’de görülebilir.

Tablo 11.

Terapötik İttifakın Terapist ve Danışanın Hemcins veya Karşı Cins Olma Durumları Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin T-Test Sonuçları

Terapist-Danışan Cinsiyet Durumu		<i>N</i>	Ortalama	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>t</i>	η^2	<i>p</i>
Terapötik İttifak	Aynı	242	60.45	14.198	268.282	-2.480	.017	.014*
	Farklı	117	64.00	11.947				

* p< .05

3.4. Narsisizm Tiplerinin Terapötik İttifak Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Mevcut çalışmada büyüklenmeci narsisizm alt ölçeğinin medyan değeri 42, kırılğan narsisizm alt ölçeğinin medyan değeri ise 138 olarak bulunmuştur. Tek yönlü varyans analizini gerçekleştirmek amacıyla kırılğan ve büyüklenmeci narsisizm grupları aşağıdaki doğrultuda belirlenmiştir:

- Kırılğan narsisizm grubu; kırılğan narsisizmden yüksek puan alıp (>138) büyüklenmeci narsisizmden düşük puan alan (≤ 42) kişilerden ($n=72$),
- Büyüklenmeci narsisizm grubu; büyüklenmeci narsisizmden yüksek puan alıp (>42) kırılğan narsisizmden düşük puan alan (≤ 138) kişilerden ($n=72$) oluşmaktadır. Her iki narsisizm türünden yüksek puan alan katılımcılar tek yönlü varyans analizine dahil edilmemiştir.

Narsisizm tiplerinin terapötik ittifak üzerindeki etkisini karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Yapılan Levene testi varyansların homojenlik sayıltısını karşıladığını göstermiştir ($p = .051$). ANOVA sonuçları narsisizm tiplerinin terapötik ittifak puanları üzerindeki etkilerinin anlamlı derecede farklılaştığını göstermiştir ($F(2, 142) = 6.289, p < .05, \eta^2 = .042$). Buna göre, kırılğan narsisizm grubundaki katılımcıların terapötik ittifak puan ortalamaları ($X_{ort}=65.653, SS=10.885$), büyüklenmeci narsisizm grubundaki katılımcıların terapötik ittifak puan ortalamalarından ($X_{ort}=60.431, SS=13.918$) anlamlı derecede yüksektir. İlgili analiz sonuçları, Tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 12.

Büyüklenmeci ve Kırılğan Narsisizmin Terapötik İttifak Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin ANOVA Sonuçları

Terapötik İttifak	N	Ortalama	SS	df	F	η^2	p
Toplam Puan							
Kırılğan narsisizm	72	65.653	10.885	142	6.289	.042	.013*
Büyüklenmeci narsisizm	72	60.431	13.918				

* $p < .05$

3.5. Narsisizm Tiplerinin Kişilerarası Problemler Toplam Puanları ve Alt Alanları Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Narsisizm tiplerinin (kırılgan ve büyüklenmeci) kişilerarası problemler toplam puanları üzerindeki etkilerini karşılaştırmak için tek yönlü ANOVA yapılmıştır. Yapılan Levene testi varyansların homojenlik sayıltısını karşıladığını göstermiştir ($p = .555$). Uygulanan ANOVA sonuçlarına göre narsisizm tiplerinin kişilerarası problemler toplam puanları üzerindeki etkilerinin anlamlı derecede farklılaştığı bulunmuştur ($F(2, 142)=14.578$, $p< .05$, $\eta^2=.093$). Buna göre, kırılgan narsisizm grubundaki katılımcıların kişilerarası problemler puan ortalamaları ($X_{ort}=81.42$, $SS=17.034$), büyüklenmeci narsisizm grubundaki katılımcıların kişilerarası problemler puan ortalamalarından ($X_{ort}=71.15$, $SS=15.171$) anlamlı derecede yüksektir. İlgili analiz sonuçları, Tablo 13'te sunulmuştur.

Tablo 13.

Büyüklenmeci ve Kırılgan Narsisizmin Kişilerarası Problemler Toplam Puanları Açısından Karşılaştırılması

Kişilerarası Problemler Toplam Puanları	N	Ortalama	SS	df	F	η^2	p
Kırılgan narsisizm	72	81.42	17.034	142	14.578	.093	.000*
Büyüklenmeci narsisizm	72	71.15	15.171				

* $p< .05$

Kırılgan ve büyüklenmeci narsisizm tiplerinin baskınlık/kontrolcülük kişilerarası problem alt alanı üzerindeki etkilerini karşılaştırmak amacıyla ANOVA uygulanmıştır. Yapılan Levene testi varyansların homojenlik sayıltısını karşıladığını göstermiştir ($p = .617$). Uygulanan ANOVA sonuçları narsisizm tiplerinin baskınlık/kontrolcülük puanları üzerindeki etkilerinin anlamlı derecede farklılaştığını göstermiştir ($F(2, 142)= 7.774$, $p<.05$, $\eta^2=.052$). Buna göre, büyüklenmeci narsisizm grubundaki katılımcıların baskınlık/kontrolcülük puan ortalamaları ($X_{ort}=8.58$, $SS=2.827$) kırılgan narsisizm grubundaki katılımcıların baskınlık/kontrolcülük puan ortalamalarından ($X_{ort}=7.25$, $SS=2.911$) anlamlı derecede yüksektir. İlgili analiz sonuçları, Tablo 14'te sunulmuştur.

Tablo 14.

Büyüklenmeci ve Kırılğan Narsisizmin Baskınlık/Kontrolcülük Puanları Açısından Karşılaştırılması

Baskın/Kontrolcülük Puanları	N	Ortalama	SS	df	F	η^2	p
Kırılğan narsisizm	72	7.25	2.911	142	7.774	.052	.006*
Büyüklenmeci narsisizm	72	8.58	2.827				

* p< .05

Kırılğan ve büyüklenmeci narsisizm tiplerinin kinci/benmerkezci kişilerarası problem alt alanı üzerindeki etkilerini karşılaştırmak amacıyla ANOVA uygulanmıştır. Yapılan Levene testi varyansların homojenlik sayılıştısını karşıladığını göstermiştir ($p = .136$). Uygulanan ANOVA sonuçları narsisizm tiplerinin kinci/benmerkezci puanları üzerindeki etkilerinin anlamlı derecede farklılaştığını göstermiştir ($F(2, 142)=6,074$, $p<.05$, $\eta^2=.041$). Buna göre, büyüklenmeci narsisizm grunundaki katılımcıların kinci/ benmerkezci puan ortalamaları ($X_{ort}=7.92$, $SS=2.886$) kırılğan narsisizm grubundaki katılımcıların kinci/benmerkezci puan ortalamalarından ($X_{ort}=6.76$, $SS=2.724$) anlamlı derecede yüksektir. İlgili analiz sonuçları, Tablo 15’de sunulmuştur.

Tablo 15.

Büyüklenmeci ve Kırılğan Narsisizmin Kincilik/Benmerkezcilik Puanları Açısından Karşılaştırılması

Kinci/Benmerkezcilik Puanları	N	Ortalama	SS	df	F	η^2	p
Kırılğan narsisizm	72	6.76	2.724	142	6.074	.041	.015*
Büyüklenmeci narsisizm	72	7.92	2.886				

* p< .05,

Kırılğan ve büyüklenmeci narsisizm tiplerinin soğukluk/mesafelilik kişilerarası problem alt alanı üzerindeki etkilerini karşılaştırmak amacıyla ANOVA uygulanmıştır. Yapılan Levene testi varyansların homojenlik sayılıştısını karşıladığını göstermiştir ($p = .204$). Uygulanan ANOVA sonuçları narsisizm tiplerinin soğukluk/mesafelilik puanları

üzerindeki etkilerinin anlamlı derecede farklılaştığını göstermiştir ($F(2, 142)=25.560$, $p<.05$, $\eta^2=.153$). Buna göre, kırılğan narsisizm grubundaki katılımcıların soğukluk/mesafelilik puan ortalamaları ($X_{ort}=10,07$, $SS=3,239$) büyüklenmeci narsisizm grubundaki katılımcıların soğukluk/mesafelilik puan ortalamalarından ($X_{ort}=7,58$, $SS=2,631$) anlamlı derecede yüksektir. İlgili analiz sonuçları, Tablo 16’da sunulmuştur.

Tablo 16.

Büyüklenmeci ve Kırılğan Narsisizmin Soğukluk/Mesafelilik Puanları Açısından Karşılaştırılması

Soğuk/Mesafelilik Puanları	N	Ortalama	SS	df	F	η^2	p
Kırılğan narsisizm	72	10.07	3.239	142	25.560	.153	.000*
Büyüklenmeci narsisizm	72	7.58	2.631				

* $p<.05$

Kırılğan ve büyüklenmeci narsisizm tiplerinin sosyal çekiniklik kişilerarası problem alt alanı üzerindeki etkilerini karşılaştırmak amacıyla ANOVA uygulanmıştır. Yapılan Levene testi varyansların homojenlik sayıltısını karşıladığını göstermiştir ($p = .377$). Uygulanan ANOVA sonuçları narsisizm tiplerinin sosyal çekiniklik puanları üzerindeki etkilerinin anlamlı derecede farklılaştığını göstermiştir ($F(2, 142)= 28.132$, $p< .05$, $\eta^2 =.165$). Buna göre, kırılğan narsisizm grubundaki katılımcıların sosyal çekiniklik puan ortalamaları ($X_{ort}=12.14$, $SS=4.214$) büyüklenmeci narsisizm grubundaki katılımcıların sosyal çekiniklik puan ortalamalarından ($X_{ort}=8.69$, $SS=3.551$) anlamlı derecede yüksektir. İlgili analiz sonuçları, Tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 17.

Büyüklenmeci ve Kırılğan Narsisizmin Sosyal Çekiniklik Puanları Açısından Karşılaştırılması

Sosyal Çekiniklik Puanları	N	Ortalama	SS	df	F	η^2	p
Kırılğan narsisizm	72	12.14	4.214	142	28.132	.165	.000*
Büyüklenmeci narsisizm	72	8.69	3.551				

* $p<.05$

Kırılğan ve büyüklenmeci narsisizm tiplerinin hakkını/fikrini savunamama (kendine güvenmeme/girişken olmama) kişilerarası problem alt alanı üzerindeki etkilerini karşılaştırmak amacıyla ANOVA uygulanmıştır. Yapılan Levene testi varyansların homojenlik sayıltısını karşıladığını göstermiştir ($p = .182$). Uygulanan ANOVA sonuçları narsisizm tiplerinin hakkını/fikrini savunamama puanları üzerindeki etkilerinin anlamlı derecede farklılaştığını göstermiştir ($F(2, 142) = 9.822, p < .05, \eta^2 = .065$). Buna göre, kırılğan narsisizm grubundaki katılımcıların hakkını/fikrini savunamama puan ortalamaları ($X_{ort} = 11.29, SS = 3.652$), büyüklenmeci narsisizm grubundaki katılımcıların hakkını/fikrini savunamama puan ortalamalarından ($X_{ort} = 9.51, SS = 3.135$) anlamlı derecede yüksektir. İlgili analiz sonuçları, Tablo 18’de sunulmuştur.

Tablo 18.

Büyüklenmeci ve Kırılğan Narsisizmin Hakkını/Fikrini Savunamama Puanları Açısından Karşılaştırılması

Hakkını/Fikrini Savunamama Puanları	N	Ortalama	SS	df	F	η^2	p
Kırılğan narsisizm	72	11.29	3.652	142	9.822	.065	.002*
Büyüklenmeci narsisizm	72	9.51	3.135				

* $p < .05$

Kırılğan ve büyüklenmeci narsisizm tiplerinin aşırı uyumluluk kişilerarası problem alt alanı üzerindeki etkilerini karşılaştırmak amacıyla ANOVA uygulanmıştır. Yapılan Levene testi varyansların homojenlik sayıltısını karşıladığını göstermiştir ($p = .142$). Uygulanan ANOVA sonuçları narsisizm tiplerinin aşırı uyumluluk puanları üzerindeki etkilerinin anlamlı derecede farklılaştığını göstermiştir ($F(2, 142) = 17.163, p < .05, \eta^2 = .108$). Buna göre, kırılğan narsisizm grubundaki katılımcıların aşırı uyumluluk puan ortalamaları ($X_{ort} = 11.40, SS = 3.499$) büyüklenmeci narsisizm grubundaki katılımcıların aşırı uyumluluk puan ortalamalarından ($X_{ort} = 9.17, SS = 2.955$) anlamlı derecede yüksektir. İlgili analiz sonuçları, Tablo 19’da sunulmuştur.

Tablo 19.

Büyüklenmeci ve Kırılğan Narsisizmin Aşırı Uyumluluk Puanları Açısından Karşılaştırılması

Aşırı Uyumluluk Puanları	N	Ortalama	SS	df	F	η^2	p
Kırılğan narsisizm	72	11.40	3.499	142	17.163	.108	.000*
Büyüklenmeci narsisizm	72	9.17	2.955				

* p< .05

Kırılğan ve büyüklenmeci narsisizm tiplerinin aşırı fedakârlık kişilerarası problem alt alanı üzerindeki etkilerini karşılaştırmak amacıyla ANOVA uygulanmıştır. Yapılan Levene testi varyansların homojenlik sayıltısını karşıladığını göstermiştir ($p = .167$). Uygulanan ANOVA sonuçları narsisizm tiplerinin aşırı fedakârlık puanları üzerindeki etkilerinin anlamlı derecede farklılaştığını göstermiştir ($F(2, 142) = 7,816$, $p < .05$, $\eta^2 = .052$). Buna göre, kırılğan narsisizm grubundaki katılımcıların aşırı fedakârlık puan ortalamaları ($X_{ort} = 12.97$, $SS = 4.243$), büyüklenmeci narsisizm grubundaki katılımcıların aşırı fedakârlık puan ortalamalarından ($X_{ort} = 11.08$, $SS = 3.856$) anlamlı derecede yüksektir. İlgili analiz sonuçları, Tablo 20’de sunulmuştur.

Tablo 20.

Büyüklenmeci ve Kırılğan Narsisizmin Aşırı Fedakârlık Puanları Açısından Karşılaştırılması

Aşırı Fedârlık Puanları	N	Ortalama	SS	df	F	η^2	p
Kırılğan narsisizm	72	12.97	4.243	142	7.816	.052	.006*
Büyüklenmeci narsisizm	72	11.08	3.856				

* p< .05

Kırılğan ve büyüklenmeci narsisizm tiplerinin intrusiflik/muhtaçlık kişilerarası problem alt alanı üzerindeki etkilerini karşılaştırmak amacıyla ANOVA uygulanmıştır. Yapılan Levene testi varyansların homojenlik sayıltısını karşıladığını göstermiştir ($p =$

.692). Uygulanan ANOVA sonuçları narsisizm tiplerinin intrusif/muhtaç puanları üzerindeki etkilerinin anlamlı düzeyde farklılaşmadığını göstermiştir ($F(2, 142)=1.785$, $p>.05$). Kırılğan narsisizm grubundaki katılımcıların intrusiflik/muhtaçlık puan ortalamaları ($X_{ort}=9,53$, $SS=4,138$) ile büyüklenmeci narsisizm grubundaki katılımcıların intrusiflik/muhtaçlık puan ortalamaları ($X_{ort}=8,61$, $SS=4,096$) arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. İlgili analiz sonuçları, Tablo 21’de sunulmuştur.

Tablo 21.

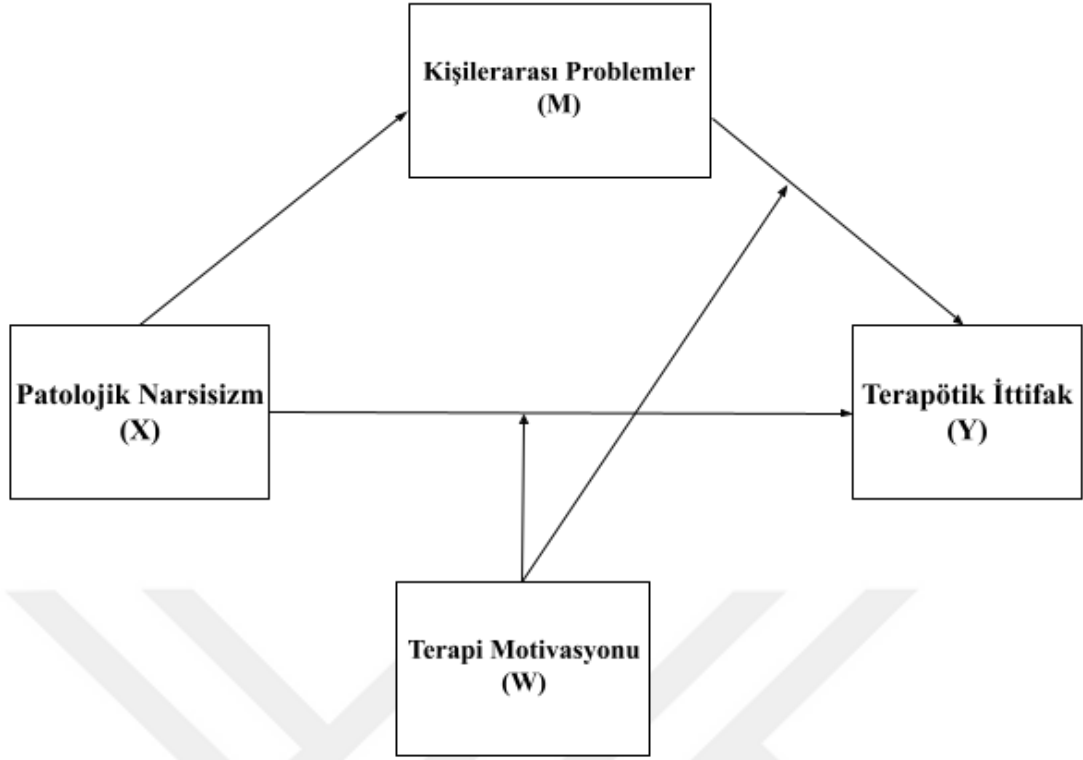
Büyüklenmeci ve Kırılğan Narsisizmin İntrusif/Muhtaç Puanları Açısından Karşılaştırılması

İntrusif/Muhtaç Puanları	N	Ortalama	SS	df	F	η^2	p
Kırılğan narsisizm	72	9.53	4.138	142	1.785	.012	.184
Büyüklenmeci narsisizm	72	8.61	4.096				

* $p < .05$

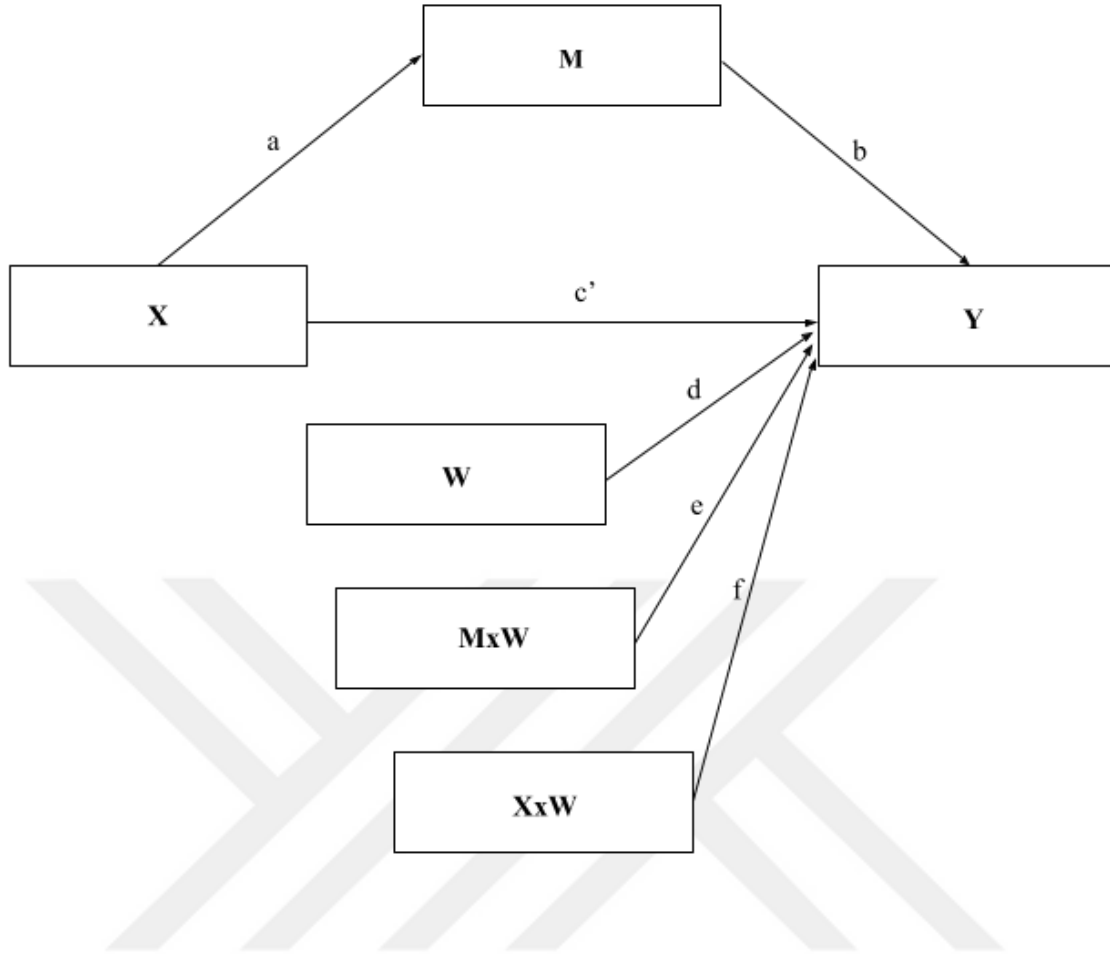
3.6. Düzenlenmiş Aracılık Modeline İlişkin Bulgular

Araştırmanın son hipotezini test etmek amacıyla, patolojik narsisizm (X) ve terapötik ittifak (Y) ilişkisinde kişilerarası problemlerin (M) dolaylı etkisi; psikoterapi motivasyonun (W) ise hem X ile Y arasındaki doğrudan ilişkisindeki hem de M aracılığı ile dolaylı ilişkisindeki düzenleyici (ılımlayıcı) etkisi, katılımcıların psikoterapideki seans sayıları kovaryans olarak kontrol edilerek PROCESS model 15 ile test edilmiştir. Analiz bootstrapping yöntemiyle, orijinal veriden elde edilen 5000 yeni örnekleme dayalı %95 güven aralığı çıktılarının değerlendirilmesi yoluyla incelenmiştir. Şekil 5’te araştırmanın son hipotezine dayalı kuramsal model, Şekil 6’da ise istatistiksel model sunulmuştur.



Şekil 5. Patolojik Narsisizm ve Terapötik İttifak İlişkisinde Kişilerarası Problemlerin Aracı Rolü, Terapi Motivasyonunun Patolojik Narsisizmin Terapötik İttifak ile Doğrudan İlişkisinde ve Kişilerarası Problemler Aracılığı ile Dolaylı İlişkisinde Düzenleyici Rolüne İlişkin Kavramsal Model

Not: X= bağımsız değişken, Y= bağımlı değişken, M= aracı değişken, W= düzenleyici değişken.



Şekil 6. Patolojik Narsisizm ve Terapötik İttifak İlişkisinde Kişilerarası Problemlerin Aracı Rolü, Terapi Motivasyonunun Patolojik Narsisizmin Terapötik İttifak ile Doğrudan İlişkisinde ve Kişilerarası Problemler Aracılığı ile Dolaylı İlişkisinde Düzenleyici Rolüne İlişkin İstatistiksel Model

Not: X= bağımsız değişken, Y= bağımlı değişken, M= aracı değişken, W= düzenleyici değişken; a=X'in M üzerindeki etkisi, b= W sıfır kabul edildiğinde M'nin Y üzerindeki etkisi, c'= X'in Y üzerindeki doğrudan etkisi, d= M sıfır kabul edildiğinde W'nin Y üzerindeki etkisi, e= M ve W'nin Y üzerindeki etkileşim etkisi, f= X ve W'nin Y üzerindeki etkileşim etkisi.

Analiz sonuçlarına göre patolojik narsisizmin kişilerarası problemler üzerindeki doğrudan etkisi (a yolu) anlamlıdır ($B = .287, p < .05$). Buna göre kişilerarası problemlerdeki değişimin %32,22'sinin patolojik narsisizm tarafından yordandığı ($R^2 = 0,3222$) görülmektedir. Psikoterapi motivasyonunun etkisi sıfır kabul edildiğinde, patolojik narsisizmin terapötik ittifak üzerindeki doğrudan etkisi (c' yolu) anlamlıdır ($B = -.0675, p < .05$). Psikoterapi motivasyonunun etkisi sıfır kabul edildiğinde, kişilerarası problemlerin terapötik ittifak üzerindeki etkisi (b yolu) anlamlıdır ($B = -.0790, p < .05$). Kişilerarası problemler ve patolojik narsisizmin etkisi sıfır kabul edildiğinde, psikoterapi motivasyonunun terapötik ittifak üzerindeki etkisi (d yolu) anlamlıdır ($B = .4715, p < .05$).

Kişilerarası problemler ve psikoterapi motivasyonunun (M x W) terapötik ittifak üzerindeki etkisinin (e yolu) anlamlı olduğu görülmektedir ($B = .0054, p < .05$). Buna göre toplam değişimin %1,04'ünün M x W etkileşim değişkeni tarafından yordandığı ($R^2 = 0,0104$) görülmektedir. Patolojik narsisizm ve psikoterapi motivasyonunun (X x W) terapötik ittifak üzerindeki etkisinin (f yolu) anlamlı olduğu görülmektedir ($B = .0028, p < .05$). Buna göre toplam değişimin %0,85'inin X x W etkileşim değişkeni tarafından yordandığı ($R^2 = 0,0104$) görülmektedir. Sonuç olarak, tüm modelin anlamlı ($R^2 = .5863, F(6,354) = 83.6061, p < .05$) olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 22).

Tablo 22.

Kişilerarası Problemlerin Patolojik Narsisizm ve Terapötik İttifak İlişkisinde Aracılık Rölüne İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

Model 1		Bağımlı Değişken: Kişilerarası problemler			
Yordayıcı	B	BootMean	BootSE	BootLLCI	BootULCI
Sabit (constant)	6.4008	6.4858	2.5045	1.5252	11.4927
X	0.287	0.2870	0.0235	0.2406	0.3319
Seans sayısı	-2.7089	-2.7447	.9932	-4.7597	-0.7864
$R^2=0,3222$, $F(2,358)=85,08$, $p< 0,05$					

Model 2		Bağımlı Değişken: Terapötik ittifak			
Yordayıcı	B	BootMean	BootSE	BootLLCI	BootULCI
Sabit (constant)	58.2074	58.2262	1.5380	55.1711	61.1864
X	-0.0675	-0.0673	0.0173	-0.1006	-0.0336
M	-0.0790	-0.0800	0.0320	-0.1424	-0.0190
W	0.4715	0.4726	0.0330	0.4073	0.5384
X x W	0.0028	0.0028	0.0012	0.0005	0.0052
M x W	0.0054	0.0055	0.0019	0.0017	0.0093
Seans sayısı	1.5404	1.5272	0.6342	0.3049	2.8164
$R^2=0,5863$, $F(6,354)=83,6061$, $p< 0,05$					

X x W	$R^2=0,0085$, $F(1,354)=7,2754$, $p< 0,05$
M x W	$R^2=0,0104$, $F(1,354)=8,8899$, $p< 0,05$

Not. X: Patolojik narsisizm; M: Kişilerarası problemler; W: Psikoterapi motivasyonu; B: Standardize edilmemiş regresyon katsayısı; LLCI: Güven aralığı alt sınırı; ULCI: Güven aralığı üst sınırı

Yapılan eğitim analizi neticesinde psikoterapi motivasyonunun aracılık etkisi grafiksel olarak Şekil 7 ve Şekil 8’de gösterilmiştir. Buna göre psikoterapi motivasyonu düşük (-16.2202) düzeyde ($B = -.0480$, %95CI [-.0754, -.0226]) ve orta (0.0000) düzeyde ($B = -.0227$, %95CI [-.0421, -.0048]) olduğunda patolojik narsisizmin kişilerarası problemler aracılığıyla terapötik ittifak üzerindeki dolaylı etkisi anlamlıdır. Ancak, psikoterapi motivasyonu yüksek (16.2202) düzeyde olduğunda patolojik narsisizmin kişilerarası problemler aracılığıyla terapötik ittifak üzerindeki dolaylı etkisi anlamlı değildir ($B = .0026$, %95CI [-.0232, .0259]). Ayrıca, modele kovaryans olarak eklenen seans sayısının, tüm model üzerinde pozitif etkisi ($B=1,5404$, $p<.05$) bulunmaktadır. Güven aralığında sıfır

olmaması anlamlılığı göstermektedir. İlgili analiz sonuçları, Tablo 23 ve Tablo 24’te sunulmuştur.

Tablo 23.

Düzenlenmiş Aracılık Modeline İlişkin Regresyon Analizi Bulguları

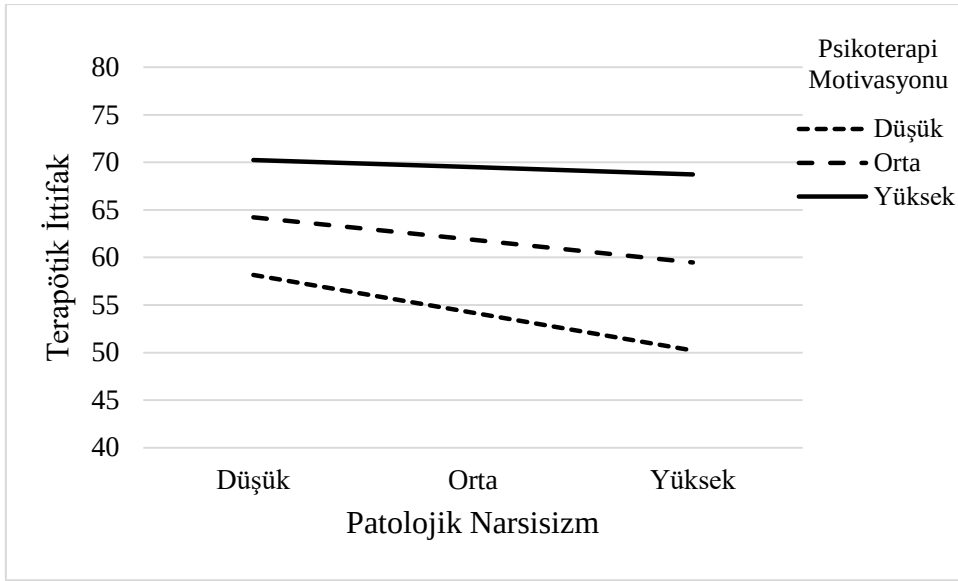
Değişken: Patolojik narsisizm					
Motivasyon	B	Std. Hata	p	LLCI	ULCI
Düşük	-0.1134	0.0262	0.0000	-0.1650	-0.0619
Orta	-0.0675	0.0165	0.0001	-0.1000	-0.0350
Yüksek	-0.0216	0.0209	0.3024	-0.0628	0.0196

Değişken: Kişilerarası problemler					
Motivasyon	B	Std. Hata	p	LLCI	ULCI
Düşük	-0.1672	0.0431	0.0001	-0.2520	-0.0823
Orta	-0.0790	0.0300	0.0089	-0.1381	-0.0200
Yüksek	0.0091	0.0411	0.8252	-0.0718	0.0899

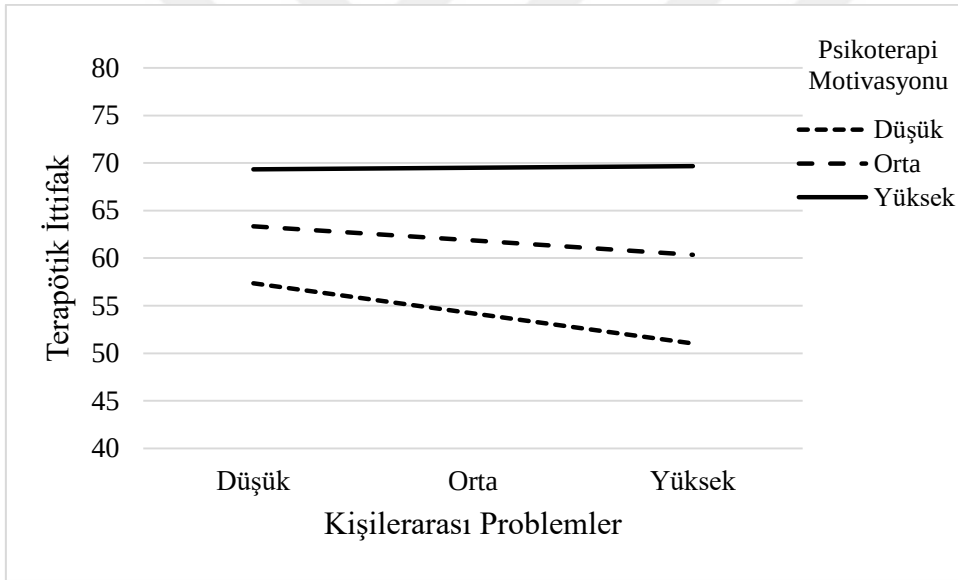
Tablo 24.

Düzenlenmiş Aracılık Modeline İlişkin Regresyon Analizi Bulguları, Bootstrap Edilmiş Dolaylı Etkiler

Patolojik Narsisizm	->	Kişilerarası Problemler	->	Terapötik İttifak
Motivasyon	Effect	BootSE	BootLLCI	BootULCI
Düşük	-0.0480	0.0136	-0.0754	-0.0226
Orta	-0.0227	0.0094	-0.0421	-0.0048
Yüksek	0.0026	0.0126	-0.0232	0.0259



Şekil 7. Psikoterapi Motivasyonunun Düzenleyicilik Etkisi (c' yolu)



Şekil 8. Psikoterapi Motivasyonunun Düzenleyicilik Etkisi (b yolu)

Kişilerarası problemler ile psikoterapi motivasyonu ve patolojik narsisizm ile psikoterapi motivasyonunun etkileşim etkisinin anlamlılığına ilişkin durumsal aracılık indeksi incelendiğinde güven aralığında 0 değerinin bulunmadığı görülmüştür. Dolayısıyla psikoterapi motivasyonunun etkileşim etkisinin anlamlı olduğu görülmüştür ($B=.0016$, %95CI [.0005, .0027]). Durumsal aracılık indeksinin anlamlı olması, psikoterapi motivasyonunun patolojik narsisizmin kişilerarası problemler aracılığıyla terapötik ittifak üzerindeki dolaylı etkisinde ve patolojik narsisizmin terapötik ittifaka olan dolaylı etkisinde düzenleyicilik etkisinin olduğunu göstermektedir. Analiz sonuçları, durumsal

aracılık indeksi anlamlı olduğundan dolayı araştırmanın son hipotezini desteklemiştir. İlgili analiz sonuçları, Tablo 25’te sunulmuştur.

Tablo 25.

Kişilerarası Problemler ile Psikoterapi Motivasyonu ve Patolojik Narsisizm ile Psikoterapi Motivasyonunun Etkileşim Etkisinin Anlamlılığına İlişkin Durumsal Aracılık İndeksi

	Index	BootSE	BootLLCI	BootULCI
Motivasyon	0.0016	0.0006	0.0005	0.0027

Not. W: Psikoterapi Motivasyonu, BootSE: Bootstrap edilmiş standart hata, BootLLCI: Bootstrap edilmiş güven aralığı alt sınırı, BootULCI: Bootstrap edilmiş güven aralığı üst sınırı.

4. TARTIŞMA

Çalışmada patolojik narsisizmin terapötik ittifak ile doğrudan ilişkisi ve kişilerarası problemler aracılığıyla dolaylı ilişkisi incelenmiştir. Bununla birlikte, psikoterapi motivasyonunun hem patolojik narsisizmin terapötik ittifak ile doğrudan ilişkisindeki, hem de kişilerarası problemler aracılığıyla dolaylı ilişkisindeki düzenleyicilik rolü incelenmiştir. Çalışmada ayrıca narsisizm tiplerinin (kırılgan ve büyüklenmeci narsisizm) hem terapötik ittifak düzeyleri açısından hem de kişilerarası problem alt alanları açısından (Baskın/Kontrolcü, Kinci/Benmerkezci, Soğuk/Mesafeli, Sosyal Çekinik, Hakkını/Fikrini Savunamayan, Aşırı Uyumlu, Aşırı Fedakar, İntusif/Muhtaç) farklılaşıp farklılaşmadığı sorularına yanıt aranmıştır. Bu bölümde araştırmanın hipotezlerine ilişkin istatistiksel bulgular, ilgili alt başlıklarda tartışılmıştır.

4.1. Terapötik İttifak ile Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkilere Dair Bulguların Değerlendirilmesi

Mevcut çalışmada terapötik ittifak puanlarını etkileyebilecek faktörleri incelemek amacıyla; katılımcıların cinsiyeti, medeni durumu, çalışma durumu, daha önce psikoterapi hizmeti alıp almama durumu, psikoterapide kaçınıcı seansta olduğu, terapistin cinsiyeti, terapistle hemcins veya karşı cins olma durumu, terapötik ittifak puanlarında fark oluşturup oluşturmadığı incelenmiştir.

Literatür incelendiğinde, demografik değişkenlerin terapötik ittifak üzerindeki etkilerini araştıran çalışmaların sayısının oldukça az olduğu görülmektedir. Symonds ve Horvath (2004), çift terapilerinde terapist cinsiyetinin terapötik ittifak üzerindeki etkilerinde anlamlı bir fark bulamamıştır. Mevcut çalışmada ise katılımcılar erkek terapistlerle kadın terapistlere göre daha yüksek terapötik ittifak puanları bildirmiştir. İki çalışma arasındaki en belirgin farkın Symonds ve Horvath'ın çalışmasında danışanların heteroseksüel çiftlerden oluşması ve eşlerden birinin terapistle aynı cinsiyette olmasıdır. Mevcut çalışmada katılımcıların terapistleriyle hemcins veya karşı cins olma durumlarının terapötik ittifak puanları üzerindeki etkilerine ilişkin farklar incelendiğinde; terapist ve danışanın karşı cins olduğu durumda daha yüksek terapötik ittifak puanları aldıkları gözlenmiştir. Bu bulgunun literatürle uyumsuz olduğu görülmektedir. Atkinson ve arkadaşları (1989), terapist karakteristiklerine ilişkin danışan tercihlerini incelemiş,

danışanların hemcins terapistleri tercih ettiklerini bildirmiştir. Bu bilgi danışanların terapistin demografiklerine ilişkin tercihlerinin terapötik ittifak üzerinde yordayıcı bir role sahip olduğu (Beutler ve Bergan, 1991) bilgisi ile birleştirildiğinde anlam kazanmaktadır. Benzer şekilde terapist ile danışanın aynı cinsten olmasının terapötik ittifakı güçlendirdiğine ilişkin bulgular mevcuttur (Luborsky ve ark., 1983).

Mamodhoussen ve arkadaşları (2005), çift terapisi alan danışanlarla yürüttükleri çalışmada kadın katılımcılarının eğitim düzeyi arttıkça terapötik ittifak puanlarının düştüğünü; ancak erkek katılımcılarının eğitim düzeyleri ve terapötik ittifak puanları arasında bir ilişki olmadığını bulmuştur. Mevcut çalışmada cinsiyetlerinden bağımsız olarak tüm katılımcıların terapötik ittifak puanlarının eğitim düzeyleri arasında farklılık göstermediği bulunmuştur.

Farklı psikoterapi yaklaşımlarının terapötik ittifak üzerindeki etkilerinin karşılaştırıldığı bulgular incelendiğinde, mevcut çalışmada en yüksek terapötik ittifak puanlarının Duygu Odaklı Terapi (EFT) alan katılımcılar tarafından bildirildiği, en düşük terapötik ittifak puanlarının ise terapistinin uyguladığı psikoterapi yaklaşımını bilmeyen katılımcılar tarafından bildirildiği görülmüştür. Analiz bulguları incelendiğinde Duygu Odaklı Terapi alan katılımcıların terapötik ittifak puanlarının yalnızca psikodinamik terapi alan ve terapistinin uyguladığı yaklaşımı bilmeyen katılımcıların terapötik ittifak puanlarından anlamlı düzeyde yüksek çıktığı görülmüştür. Diğer psikoterapi yaklaşımlarının terapötik ittifak puanları açısından anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Bu bulgu, Lingardi'nin (2005), terapötik ittifak düzeylerinin farklı psikoterapi yaklaşımlarında benzer olduğuna ilişkin görüşüyle tutarlıdır.

Psikoterapideki güncel seans sayısı ve terapötik ittifak arasındaki ilişkiye dair bulgular incelendiğinde, literatürdeki bazı çalışmaların bulguları ile paralellik, bazıları ile ise çelişkili sonuçlar görülmüştür. Mevcut çalışma terapötik ittifakın, seans sayısı ile doğrusal bir artış gösterdiğini bulmuştur. Bu sonuçlar bazı çalışmaları doğrular niteliktedir (Fitzpatrick, Iwakabe ve Stalikas, 2005; Patton, Kivlighan ve Multon, 1997). Horvath ve Luborsky (1993), terapötik ittifakın ilk 5 seansta kurulduğunu, özellikle de 3. seansta en yüksek noktaya ulaştığını bildirmiştir ve ilk 5 seanstaki terapötik ittifak seviyesinin terapi sonuna kadar stabil kalma eğilimi olduğunu bulmuştur. Bu çalışmalarda aynı katılımcıların farklı zamanlarda ölçümlerinin alındığı değerlendirildiğinde, yöntemsel olarak daha

güvenilir oldukları düşünülmektedir. Mevcut çalışmada ise her katılımcının güncel seans sayıları baz alınarak katılımcılar arasındaki farka bakılmıştır.

4.2. Patolojik Narsisizm ve Terapötik İttifak İlişkisinin Değerlendirilmesi

Mevcut çalışmada yapılan korelasyon analizi sonuçları, patolojik narsisizm ve terapötik ittifak arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Çalışmanın ana hipotezini test etmek için oluşturulan kavramsal modelin istatistiksel analizleri de patolojik narsisizm puanlarının terapötik ittifak üzerindeki doğrudan etkisini anlamlı bulmuştur. Bu bulgular çalışmanın ilk hipotezini doğrulamaktadır. Çalışmada patolojik narsisizm, kırılgan ve büyüklenmeci narsisizmi kapsayan bir kişilik özelliği olarak ele alınmıştır ve klinik bir tanı belirtmemektedir.

Alanyazın incelendiğinde, narsisistik danışanların algıladıkları terapötik ittifak düzeylerini ele alan araştırma bulgularına rastlanılmamakla birlikte, narsisizm üzerine çalışan kuramcı ve teorisyenlerin narsisistik danışanlarla terapötik ittifak kurmanın zorluklarına sıkça değindiği görülmektedir (Gabbard ve Crisp, 2018; Kernberg, 2007; Ronningstam, 2012, 2016; Stone, 2003). Danışanların günlük yaşantılarında karşılaştıkları kişilerarası problemlerin terapi odasında aktarım yoluyla kendini gösterdiği bilinmektedir. Narsisistik danışanların kişilerarası ilişkilerinde belirgin zorluklar yaşadığı göz önüne alındığında (Dickinson ve Pincus, 2003), sorunlu ilişkisel örüntülerini terapistleri ile tekrarlama eğilimde olmaları beklenen bir durum olmaktadır.

Psikoterapist ve danışanının terapideki görevleri konusunda anlaşmaya varmalarının, terapötik ittifakın önemli bileşenlerinden biri olduğu bilinmektedir. Alanda “narsisistik direnç” olarak adlandırılan olgunun, narsisistik danışanlarla görevler konusunda anlaşmaya varmayı zorlaştırdığı gözlenmektedir. Narsisistik direncin hastanın bir başkasına bağımlı olmaya tahammül edememesinden kaynaklandığı (Kernberg ve ark., 1989) ve herşeye gücünün yettiğine inanan, omnipotent kontrolü elinde tutmak isteyen narsisistik danışanların terapiyi de kontrol etmeye çalışarak terapistlerine direndiği bildirilmektedir (Gabbard ve Crisp, 2018). Gücü ve kontrolü elinde tutmak isteyen narsisistik danışanlarla terapideki görev dağılımı konusunda anlaşmaya varmanın zor olduğu düşünülmektedir.

Terapötik ittifakın bileşenlerinden bir diğeri olan terapist ve danışanı arasındaki duygulanımsal bağ, karşılıklı güven ve kabulü içeren olumlu bir ilişkiye işaret eder.

Narsisistik danışanların güvensiz bağlanma stilleri ve terapistlerinde uyandırdıkları güçlü olumsuz karşı aktarım duyguları göz önüne alındığında, terapist ve danışanı arasında duygulanımsal bir bağın kurulmasında önemli zorluklar yaşandığı düşünülmektedir. Terapistlerin narsisistik danışanlarına karşı olumsuz karşı aktarım duyguları raporladıkları bilinmekte (Tanzilli ve Gualco, 2020); bu olumsuz karşı aktarım duygularını eyleme vermelerinin narsisizm tedavilerinin başarısızlıkla sonuçlanmasında en sık rastlanan neden olduğu (Weinberg ve Ronningstam, 2020) düşünülmektedir. Bu noktada terapötik ittifak kurulamamasında narsisistik danışanlardan kaynaklanan etkilerle birlikte, terapistlerin tutumlarının da önemli bir payı olduğu öne sürülebilir. Narsisistik danışanı tarafından aşağılanmış, küçümsenmiş ve suçlanmış hisseden terapistlerin uzun süreler boyunca empatik yaklaşımlarını koruyamadıkları ve zamanla yüzleştirme gibi müdahaleleri misilleme olarak kullanmaya başladıkları olgu çalışmalarında görülmektedir (Gabbard ve Crisp, 2018).

Terapötik ittifakın bileşenlerinden bir diğeri, terapist ve danışanın terapi hedefleri konusunda anlaşmaya varmasını içerir. Narsisistik danışanların gerçekçi terapi hedefleri yerine büyülenmeci ve mükemmeliyetçi hedefler belirleme eğilimlerini gözlemleyen klinisyenler mevcuttur (Weinberg ve Ronningstam, 2020). Yine de terapi hedefleri konusunda anlaşmaya varmanın; terapideki görevler konusunda anlaşmaya varmadan ve terapist ile danışanının duygulanımsal bağ kurmaya çalışmasından daha kolay olduğu gözlenmektedir. Terapistlerin psikoterapinin hangi hedeflere ulaşma konusunda danışana yardımcı olabileceğiyle ilgili psikoeğitim vermesinin ve danışanı gerçekçi terapi hedeflerine yöneltmesinin, narsisistik danışanlar tarafından genellikle olumlu karşılandığı gözlenmiştir (Weinberg ve Ronningstam, 2020). Mevcut araştırmada narsisizm ile terapötik ittifak arasında bulunan negatif yönlü ilişkinin, literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

4.3. Büyülenmeci ve Kırılgan Narsisizmin Terapötik İttifak Düzeyleri Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Mevcut çalışmada katılımcıların büyülenmeci ve kırılgan narsisizm puanlarının terapötik ittifak puanları üzerindeki etkisini incelemek amacıyla Tek Yönlü ANOVA uygulanmıştır. Sonuçlar terapötik ittifak puanlarının katılımcıların narsisizm tipine göre (kırılgan ve büyülenmeci) anlamlı derecede farklılaştığını göstermiştir. Kırılgan narsisizm

grubundaki katılımcıların terapötik ittifak puanlarının, büyüklenmeci narsisizm grubundaki katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek çıktığı görülmüştür. Bu bulgu mevcut araştırmanın ikinci hipotezini doğrulamaktadır. Alanyazın incelendiğinde büyüklenmeci ve kırılğan narsisistik danışanların algıladıkları terapötik ittifak düzeyine ilişkin araştırma bulgusuna rastlanmamakla birlikte, psikoterapistlerin büyüklenmeci narsisistik danışanları ile kırılğan narsisistik danışanlarına göre daha az terapötik ittifak raporladıkları görülmektedir (Tanzilli ve Gualco, 2020). Bu bulgu Kernberg ve arkadaşlarının (2008), büyüklenmeci narsisistik danışanların terapistlerinde yetersizlik ve küçümsenmişlik gibi karşı aktarım duyguları uyandırdıkları görüşü ile tutarlılık göstermektedir. Büyüklenmeci narsisistik danışanların terapistlerinde öfkeli/eleştirilmiş, ilgisiz/umutsuz duygularını uyandırmalarının (Tanzilli ve Gualco, 2020) ve “kötü nesne” temsillerini sıklıkla terapistlerine yansıtmalarının (Gabbard ve Crisp, 2018), terapötik ittifaktaki düşüşün önemli bir kısmını açıklayabileceği düşünülebilir.

Tanzilli ve Gualco’nun (2020) çalışması, terapistlerin kırılğan narsisistik danışanlarına karşı “aşırı ilgili ve endişeli” gibi karşı aktarım duyguları hissettiklerini göstermiş; ancak çalışmada kırılğan narsisizm ve terapistin algıladığı terapötik ittifak puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Mevcut araştırmanın bulgularına bakıldığında, Tanzilli ve Gualco’nun (2020) bulguları ile kısmi bir paralellik gösterdiği görülmektedir. Mevcut çalışmada narsisizm tipleri terapötik ittifak puanları açısından karşılaştırıldığında kırılğan narsisizm grubundaki katılımcıların, büyüklenmeci narsisizm grubundaki katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek terapötik ittifak puanları aldıkları görülmüş; ancak korelasyon bulguları her iki narsisizm tipinin de terapötik ittifak puanlarının negatif yönlü olduğunu göstermiştir. Bu bulgu, danışanların algıladıkları terapötik ittifak ve terapistlerin algıladıkları terapötik ittifak arasında fark olduğu bilgisi çerçevesinde anlam kazanmaktadır (Bachelor, 1991).

4.4. Büyüklenmeci ve Kırılğan Narsisizmin Kişilerarası Problemler Alt Alanları Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Mevcut çalışmada büyüklenmeci ve kırılğan narsisizm, hem kişilerarası problemler envanterinden alınan toplam puanlar açısından, hem de kişilerarası problem alanları açısından karşılaştırılmıştır. Kişilerarası problemler envanterinden alınan toplam puan genel kişilerarası güçlük ve stres düzeyini değerlendirirken, 8 alt ölçekten alınan puanlar

kişilerarası problem alanlarını belirlemek için kullanılmaktadır. Bu problem alanları; baskın/kontrolcü, intrusif/muhtaç, aşırı fedakar, aşırı uyumlu, hakkını/fikrini savunamayan, sosyal çekinik, soğuk/mesafeli ve kinici/benmerkezci olarak isimlendirilmiştir.

Çalışmadaki bulgular kırılğan narsisizm grubundaki katılımcıların büyüklenmeci narsisizm grubundaki katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek kişilerarası güçlük ve stres düzeyi raporladıklarını göstermiştir. Bu bulgu, araştırmanın üçüncü hipotezini doğrulamaktadır ve literatürle uyumludur. Dickinson ve Pincus (2003), narsisizm tiplerini kişilerarası problemler çerçevesinde inceledikleri çalışmalarında, kırılğan narsisistik katılımcıların yüksek kişilerarası stres düzeyleri bildirdiğini, büyüklenmeci narsisistik katılımcıların ise düşük kişilerarası stres düzeyleri bildirdiğini ortaya koymuştur. Bu bilginin, büyüklenmeci narsisistik kişilerin kişilerarası ilişkilerinde daha başarılı olduğu anlamına gelmediğine dikkat edilmelidir. Büyüklenmeci narsisistik kişilerin diğerleri tarafından dominant ve uyumsuz olarak tanımlandığı (Campbell ve Foster, 2007) ve büyük oranda seilmeyen kişiler oldukları (Czarna, Dufner ve Clifton, 2014) bilinmektedir. Bununla birlikte, büyüklenmeci narsisistik kişilerin benlik saygılarını düzenlemek için kendini iyi gösterme ve zayıf yönlerini inkar etme stratejilerini kullandıkları; ilişkilerinde diğerleri tarafından nasıl algılandıkları hakkında gerçekçi olmayan fikirlere sahip oldukları gözlenmektedir (Gabbard, 1989). Dolayısıyla büyüklenmeci narsisistik kişilerin inkar mekanizmalarının onları kişilerarası güçlükler ve stresten önemli ölçüde koruduğu düşünülmektedir.

Öte yandan kırılğan narsisistik kişilerin benlik saygılarını düzenlemek için kendini iyi gösterme ve zayıf yönlerini inkar etme stratejilerini kullanmadıkları, diğer kişilerden aldıkları geri bildirimlerle benlik saygılarını düzenlemeye çalıştıkları bilinmektedir (Dickinson ve Pincus, 2003). Dışarıdan bakıldığında utangaç, ketlenmiş ve hatta alçakgönüllü (Gabbard, 1989) olarak görünen kırılğan narsisistik kişilerin, temelde büyüklenmeci hayallerinin ve beklentilerinin olduğu; bu hayal ve beklentileri gerçekleşmediğinde ise öfke patlamaları yaşadıkları bilinmektedir (Dickinson ve Pincus, 2003). Kırılğan narsisistik kişilerin öfke patlamalarını takiben utanç duydukları, utancın depresyonu getirdiği ve depresyonun da sosyal geri çekilme ile sonuçlandığı klinik gözlemler arasındadır (Gabbard, 1989). Kırılğan narsisistik kişilerin büyüklenmeci narsisistik kişilere göre zayıf benlik saygıları ile önemli ölçüde daha çok temas halinde

oldukları, inkar mekanizmalarını kullanmadıkları, bunun da kişilerarası ilişkilerinde daha çok stres ve kaygı ile sonuçlandığı düşünülmektedir.

Mevcut çalışmadaki narsisizm tiplerinin kişilerarası problemler alt alanlarındaki farklılıklarına ilişkin bulgular incelendiğinde, araştırmanın hipotezlerinin büyük oranda doğrulandığı görülmektedir. Çalışmanın dördüncü hipotezinin ilk alt hipotezi; büyülenmeci narsisizm puanı yüksek katılımcıların, dominant/kontrolcü kişilerarası problemler alanında kırılgan narsisizm puanı yüksek kişilere göre daha yüksek puan alacağı yönündeydi. Bu hipotez doğrulanmış ve Dickinson ve Pincus'ın (2003) çalışmasına benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışmanın dördüncü hipotezinin ikinci alt hipotezi; kırılgan narsisizm puanı yüksek katılımcıların, soğukluk/mesafelilik, sosyal çekiniklik, hakkını/fikrini savunamama, aşırı uyumluluk ve kendini feda etme alanlarında büyülenmeci narsisizm puanı yüksek kişilere göre daha yüksek puan alacağı yönündeydi. Bu hipotez doğrulanmış ve Dickinson ve Pincus'ın (2003) çalışmasına benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışmanın dördüncü hipotezinin üçüncü alt hipotezi; büyülenmeci ve kırılgan narsisizm puanı yüksek kişilerin kincilik/benmerkezcilik ve intrusiflik/muhtaçlık kişilerarası problemler alanlarında anlamlı bir fark göstermeyeceği yönündeydi. Mevcut çalışmada intrusiflik/muhtaçlık alanında narsisizm tipleri arasında fark bulunmamakla birlikte, büyülenmeci narsisizm puanı yüksek katılımcılar, kırılgan narsisizm puanı yüksek katılımcılardan anlamlı olarak daha yüksek kincilik/benmerkezcilik puanları almıştır. Bu bulgu Dickinson ve Pincus'ın (2003) çalışması ile uyumsuzdur. Dickinson ve Pincus (2003), mevcut çalışmadan farklı olarak narsisizm tiplerinin yanısıra narsisist olmayan bir kontrol grubu da kullanmış; hem büyülenmeci hem de kırılgan narsisistik katılımcılarının kontrol grubuna göre daha yüksek kincilik/benmerkezcilik puanları aldıklarını raporlamıştır. Bununla birlikte çalışmalarında kincilik/benmerkezcilik alanında narsisizm tipleri arasında fark bulamamışlardır. İki çalışma arasındaki farkın örneklemeler arasındaki farka atfedilebileceği düşünülmektedir. Dickinson ve Pincus (2003), klinik olmayan geniş bir örneklemde Narsisistik Kişilik Envanteri'nden (NPI) uç değer alan katılımcıları narsisizm gruplarına atamışlardır. Mevcut çalışmada ise Patolojik Narsisizm Envanteri'nden uç değer alan katılımcılar örneklemeye dahil edilmemiştir.

4.5. Düzenlenmiş Aracılık Modeline İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Mevcut çalışmada önerilen kavramsal model; patolojik narsisizm ile terapötik ittifak arasındaki doğrudan ilişkinin negatif yönlü olacağı, kişilerarası problemlerin bu negatif yönlü ilişkiye aracılık edeceği, psikoterapi motivasyonunun ise hem patolojik narsisizm ile terapötik ittifak arasındaki doğrudan ilişkide, hem de kişilerarası problemler aracılığı üzerinden giden dolaylı ilişkide pozitif yönlü düzenleyici/ılımlayıcı bir etksinin olacağı şeklindedir. Bu kavramsal modeli test etmek için kullanılan regresyon analizi (PROCESS Model 15) bulgularında, psikoterapi motivasyonun koşullu düzenleyici etkisi üç aşamada değerlendirilmiştir. Bunlardan ilk ikisinde psikoterapi motivasyonunun düşük ve orta düzeyde olduğu durumlar incelenmiş; bu iki durum için de önerilen kavramsal modelin doğrulandığı görülmüştür. Üçüncü aşamada psikoterapi motivasyonunun yüksek olduğu durum incelenmiş; bu durumda patolojik narsisizm ve terapötik ittifak arasındaki doğrudan ve dolaylı ilişkilerin (kişilerarası problemler aracılığı ile) psikoterapi motivasyonu tarafından düzenlenmediği gözlenmiştir. Bu bulgular, narsisistik özelliklerin terapötik ittifak üzerindeki olumsuz etkilerinin psikoterapi motivasyonu yüksek olduğu zaman önemli ölçüde azaldığı şeklinde yorumlanabilir.

Aşağıda mevcut çalışmanın kavramsal modelindeki her yol tek tek değerlendirilecektir. Patolojik narsisizmin terapötik ittifak üzerindeki doğrudan etkisinin incelendiği c' yoluna bakıldığında; narsisizmin terapötik ittifakın önemli bir kısmını yordadığı görülmektedir. Bu bulgu, başlık 4.2.'de de tartışıldığı üzere literatürle uyumluluk göstermektedir ve patolojik narsisistik özelliklerin terapötik ittifak üzerinde olumsuz etkileri olduğu ile ilgili kuramsal görüşleri doğrulamaktadır.

Patolojik narsisizmin kişilerarası problemler üzerindeki etkisinin incelendiği a yolu; başlık 4.4'te tartışıldığı üzere literatürle uyumludur. Patolojik narsisistik özelliklerin kişilerarası problemlerin önemli bir kısmını açıkladığı görülmektedir. Bununla birlikte, Khodabakhsh ve Besharat'ın (2011) çalışması narsisizmin kişilerarası problemlerdeki varyansın %54'ünü açıkladığını bulmuş; mevcut çalışma ise %32'lik bir etki bulmuştur. Khodabakhsh ve Besharat'ın çalışması 609 katılımcıdan elde edilen verilere dayanırken mevcut çalışmanın örneklemini 361 katılımcıdan oluşmaktadır. İki çalışma arasındaki farkın bir kısmının örneklem sayısındaki önemli farktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kişilerarası problemlerin terapötik ittifak üzerindeki etkisinin incelendiği b yoluna ilişkin bulgulara bakıldığında; kişilerarası problemlerin terapötik ittifakı yordadığı görülmektedir. Bu bulgunun literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Howard ve arkadaşları (2006), multiple skleroz hastaları üzerinde yaptıkları çalışmalarında, kişilerarası problemlerin terapötik ittifaktaki değişimin önemli bir kısmını açıkladığını bulmuşlardır. Benzer şekilde Renner ve arkadaşları (2012), depresyon için terapi alan danışanların kişilerarası problemler puanlarının terapötik ittifak puanlarıyla negatif yönde korele olduğunu bildirmiştir.

Psikoterapi motivasyonunun terapötik ittifak üzerindeki etkisinin incelendiği d yoluna bakıldığında, motivasyonun terapötik ittifakı önemli ölçüde yordadığı görülmüştür. Literatürde bu konudaki araştırmalar oldukça sınırlı olmakla birlikte, alkol kullanım bozukluğu tanısı almış hastalarla yapılan bir çalışmada, hastaların motivasyon düzeylerinin terapistin algıladığı terapötik ittifak üzerinde pozitif bir etkisi olduğunu göstermiştir (İlgen ve ark., 2006).

Mevcut çalışmanın e yolu kişilerarası problemler ve psikoterapi motivasyonunun terapötik ittifak üzerindeki etkileşim etkisini, f yolu ise patolojik narsisizm ve psikoterapi motivasyonunun terapötik ittifak üzerindeki etkileşim etkisini ifade etmektedir. Bu değişkenlerin bir arada çalışıldığı araştırma bulgusuna rastlanılamamıştır. Bununla birlikte araştırmadaki tüm değişkenlere ilişkin kuramsal literatür göz önüne alındığında, e ve f yollarındaki sonuçların literatürle uyumlu olduğu söylenilebilir.

4.6. Klinik Çıkarımlar

Narsisizmin tedavi edilmesi en zor klinik problemlerden biri olduğu; narsisistik danışanların terapiyi erken sonlandırdığı ve kişilik bozuklukları kategorisindeki diğer danışanların çoğuna göre terapiden daha az fayda sağladığı bilinmektedir (Hilsenroth ve ark., 1998). Narsisizmin tedavisi ile ilgili kuramsal literature bakıldığında, narsisistik danışanlarla terapötik ittifak kurmanın zorluklarına sıkça değinildiği görülebilir. Bu amaçla mevcut çalışmada narsisizm ve terapötik ittifak arasındaki ilişkide belirleyici olabileceği düşünülen faktörler incelenmiştir. Bulguların klinik açıdan yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

İlk olarak danışanların kişilerarası ilişkilerindeki problemlerin terapötik ittifak kurulmasındaki zorlukta önemli bir paya sahip olduğu bulunmuştur. Bu bulgudan yola çıkarak, klinisyenlerin narsisistik özellikleri olan danışanlarıyla kurdukları ilişkide danışanlarının sorunlu kişilerarası örüntülerine dikkat etmesi gerektiği düşünülmektedir. Narsisistik özellikleri olan danışanların, kendilerine ve diğerlerine ilişkin olumsuz algılarını terapistlerine yansıttıkları göz önüne alınarak güvenli bir terapötik ilişkinin kurulmasına öncelik verilmesi gerektiği düşünülmektedir. Klinisyenlerin olgu çalışmalarına bakıldığında narsisistik danışanlarla terapide en çok zorlanılan konunun terapistin olumsuz karşı aktarım duygularını eyleme vurmaktan kaçınması olduğu görülmektedir. En deneyimli terapistlerin bile zamanla narsisistik danışanlarına karşı hissettikleri olumsuz duyguları, yüzleştirme gibi müdahaleleri misilleme amacıyla kullanmaya başlayarak eyleme vurdukları görülmektedir. Terapistin narsisistik danışanına güvenli bir ilişki sunarak düzeltici duygusal deneyim yaşatmasının, danışanın kişilerarası problemlerinde ve sonuç olarak narsisizminde iyileşmeye yol açacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın diğer bir önemli bulgusunun terapi motivasyonu ile ilgili olduğu görülmektedir. Terapi motivasyonu yüksek olan kişilerin, narsisizm puanları ve kişilerarası problemler puanları yüksek olduğunda bile yüksek terapötik ittifak puanları aldıkları görülmüştür. Araştırmada farklı psikoterapi yaklaşımlarının terapötik ittifak puanları açısından benzer olduğu bulunduğundan, terapistlerin psikoterapi yaklaşımlarından bağımsız olarak danışanlarının motivasyonlarını yüksek tutma konusunda destekleyici olmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Özellikle narsisizm tedavilerinin uzun sürdüğü göz önüne alındığında, bu uzun süreçte danışanı terapide tutmak için motivasyonlarının yüksek tutulması gerektiği düşünülmektedir. Motivasyonun dinamik olduğu ve hem danışan hem de terapistten kaynaklanan etkilerle değişebildiği bilindiğinden bu bilginin klinik açıdan pratik ve kullanılabilir olduğu düşünülmektedir. Narsisizmin psikoterapötik tedavisinde danışan motivasyonunun kritik bir rolü olduğuna ilişkin bilginin alana hem teorik hem de klinik anlamda katkı sunduğu düşünülmektedir.

4.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler

Mevcut araştırma bilindiği kadarıyla narsisizm ve terapötik ittifak arasındaki ilişkiyi danışanın algıladığı terapötik ittifak bağlamında ele alan ilk nicel çalışmadır. Araştırmanın sınırlılıklarından ilki, örneklemin klinik olmayan bir gruptan oluşmasıdır. Klinisyenler

tarafından değerlendirilerek narsisizm tanısı almış bir örneklem ile daha sağlıklı verilere ulaşılabileceği düşünülmektedir. Araştırmanın sınırlılıklarından bir diğeri katılımcılardan yalnızca bir kez terapötik ittifak ölçümü alınmış olmasıdır. Katılımcıların psikoterapideki seans sayıları mevcut araştırmada kovaryans olarak kontrol edilmiş olsa da; ittifakın zamanla doğrusal bir artış göstermeyebileceği göz önüne alınarak çoklu ölçümler alınması, ittifaktaki olası kırılma ve onarımların dikkate alınarak her oturum sonunda ölçüm alınması daha geçerli bulgular sağlayacaktır. Mevut çalışmada danışanların algıladığı terapötik ittifak ölçülmüştür. Sonraki çalışmalarda danışan terapist çiftlerinden ve gözlemcilerden ölçüm alınmasının alan yazına önemli katkıları sağlayacağı düşünülmektedir.

Mevcut çalışmanın örnekleminin büyük bir çoğunluğu kadın katılımcılardan oluşmaktadır. Narsisizmin erkeklerde daha yaygın olduğu bilgisi göz önüne alındığında (Grijalva ve ark., 2015) sonraki çalışmalarda katılımcıların erkek ağırlıklı olmasının veya cinsiyetler açısından daha dengeli dağılmasının geçerliği artıracağı düşünülmektedir.

Bununla birlikte, sonraki çalışmalarda katılımcıların semptom şiddetinin terapötik ittifak üzerindeki olası etkilerinin göz önüne alınması ve kontrol edilmesi gerektiği düşünülmektedir. Kültürel yapının da terapötik ittifak üzerinde etkisi olabileceği düşünüldüğünden bu çalışmanın farklı kültürlerde tekrarlanmasının ve daha geniş örneklem kullanılmasının sonraki çalışmaların güvenilirliğini artıracığı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1990). Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of personality assessment*, 55(3-4), 521-536.
- Akyunus, M., & Gençöz, T. (2016). Psychometric properties of the inventory of interpersonal problems-Circumplex scales short form: A reliability and validity study. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 29(1), 36-48.
- Akyunus, M., & Gençöz, T. (2016). Kişilik Bozukluğu İnanışlarının Kişilerarası Döngüsel Model Üzerindeki Temsili. *Türk Psikoloji Dergisi*, 31(77).
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3rd ed.). Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Text Rev. (5th ed.). Washington DC: Author.
- Anchor, K. N., & Sandler, H. M. (1973). Psychotherapy sabotage and avoidance of self-disclosure. In Proceedings of the Annual Convention of the American Psychological Association. *American Psychological Association*.
- Arnkoff, D. B., Glass, C. R., & Shapiro, S. J. (2002). *Expectations and preferences*. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (sayfa 335–356). Oxford University Press
- Atkinson, D. R., Poston, W. C., Furlong, M. J., & Mercado, P. (1989). Ethnic group preferences for counselor characteristics. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 68-72.
- Bachelor, A. (1991). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28(4), 534.

- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173.
- Bateman, A. W. (1998). Thick-and thin-skinned organisations and enactment in borderline and narcissistic disorders. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, sayfa 13-25.
- Bennett, C. S. (2006). Attachment theory and research applied to the conceptualization and treatment of pathological narcissism. *Clinical Social Work Journal*, 34(1), 45-60.
- Besser, A., & Priel, B. (2010). Grandiose narcissism versus vulnerable narcissism in threatening situations: Emotional reactions to achievement failure and interpersonal rejection. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(8), sayfa 874-902.
- Beutler, L. E. & Bergan, J. (1991). Value change in counseling and psychotherapy: A search for scientific credibility. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 16-24.
- Black, D. W., Noyes, R., Pfohl, B., Goldstein, R. B., & Blum, N. (1993). *Personality disorder in obsessive-compulsive volunteers, well comparison subjects, and their first-degree relatives*. The American journal of psychiatry.
- Bordin, E. S. (1979). *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), sayfa 252-260.
- Bordin, E. S. (1994). *Theory and research on therapeutic working alliance: New directions*. A. O. Horvath ve L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (sayfa 13-37). New York: John Wiley & Sons.
- Buss, D. M., & Chiodo, L. M. (1991). Narcissistic acts in everyday life. *Journal of personality*, 59(2), sayfa 179-215.
- Carpy, D. V. (1989). Tolerating the countertransference: A mutative process. *The International Journal of Psychoanalysis*, 70(2), 287–294.
- Cain, N. M., Pincus, A. L., & Ansell, E. B. (2008). Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory,

- social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical psychology review*, 28(4), sayfa 638-656.
- Caligor, E., & Kernberg, O. F. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. *Major Theories of Personality Disorders*.(2), 114-145.
- Campbell, W. K., & Foster, J. D. (2007). *The narcissistic self: Background, an extended agency model, and ongoing controversies*. Sayfa 115-138.
- Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2004). *The influence of client variables on psychotherapy. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5, sayfa 194-226.
- Clarkin, J., Yeomans, F., & Kernberg, O. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Cohen, B. Z., Guttman, D., & Lazar, A. (1998). The willingness to seek help: A cross-national comparison. *Cross-cultural research*, 32(4), sayfa 342-357.
- Cooper, A. M., & Ronningstam, E. (1992). Narcissistic personality disorder. *American psychiatric press review of psychiatry*.
- Czarna, A. Z., Dufner, M., & Clifton, A. D. (2014). The effects of vulnerable and grandiose narcissism on liking-based and disliking-based centrality in social networks. *Journal of Research in Personality*, 50, sayfa 42-45.
- De Clercq B, De Fruyt F, Widiger TA. 2009. Integrating a developmental perspective in dimensional models of personality disorders. *Clin. Psychol. Rev.* 29: sayfa 154–62
- Deane, F. P., & Todd, D. M. (1996). Attitudes and intentions to seek professional psychological help for personal problems or suicidal thinking. *Journal of college student psychotherapy*, 10(4), sayfa 45-59.
- Deci, E. L. (1975). The intrinsic motivation of behavior. In *Intrinsic motivation* (pp. 93-125). Springer, Boston, MA.

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). The general causality orientations scale: Self-determination in personality. *Journal of research in personality*, 19(2), 109-134.
- Derlega, V. J., & Chaikin, A. L. (1977). Privacy and self-disclosure in social relationships. *Journal of social issues*, 33(3), sayfa 102-115.
- Dhawan, N., Kunik, M. E., Oldham, J., & Coverdale, J. (2010). Prevalence and treatment of narcissistic personality disorder in the community: a systematic review. *Comprehensive psychiatry*, 51(4), sayfa 333-339.
- Diamond, D., & Yeomans, F. (2008). Narcissism, its disorders and the role of TFP. *Santé mentale au Québec*, 33(1), 115-139.
- Dickinson, K. A., & Pincus, A. L. (2003). *Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism*. *Journal of personality disorders*, 17(3), sayfa 188-207.
- Doidge, N., Simon, B., Brauer, L., Grant, D., First, M., Brunshaw, J., et al. (2002). Psychoanalytic patients in the U.S., Canada, and Australia: I. DSM-III-R disorders, indications, previous treatment, medications, and length of treatment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50, sayfa 575–614.
- Eaton, T. T., Abeles, N., & Gutfreund, M. J. (1988). *Therapeutic alliance and outcome: Impact of treatment length and pretreatment symptomatology*. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 25(4), 536.
- Eldoĝan, D. (2016). Hangi narsizm? Büyüklenmeci ve kırılgan narsizmin karşılaştırılmasına ilişkin bir gözden ge irme. *Türk Psikoloji Yazıları*, 19(37), sayfa 1-10.
- Ellis, H. (1898). *Auto-erotism: A psychological study*. *Alienist and Neurologist*, 19, 260–299.
- Ellison, W. D., Levy, K. N., Cain, N. M., Ansell, E. B., & Pincus, A. L. (2013). The impact of pathological narcissism on psychotherapy utilization, initial symptom severity, and early-treatment symptom change: A naturalistic investigation. *Journal of personality assessment*, 95(3), sayfa 291-300.

- Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 508.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Fitzpatrick, M. R., Iwakabe, S., & Stalikas, A. (2005). Perspective divergence in the working alliance. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 69-80.
- Foster, J. D., & Trimm IV, R. F. (2008). On being eager and uninhibited: Narcissism and approach–avoidance motivation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(7), sayfa 1004-1017.
- Freeman, A., & Fox, S. (2013). *Cognitive behavioral perspectives on the theory and treatment of the narcissistic character*. In J. S. Ogradniczuk (Ed.), *Understanding and treating pathological narcissism* (s. 301–320). Washington, DC: American Psychological Association.
- Freud S. The dynamics of the transference (1912). In: Riviere J, trans. *Collected papers*, Volume. 2. London: Hogarth; 1946: sayfa 312–22.
- Freud, S. (1957). Three essays on the theory of sexuality. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 7, s. 125–243). London: Hogarth Press. (Original work published 1905)
- Freud, S. (1957). On narcissism. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, s. 66–102). London: Hogarth Press. (Original work published 1914)
- Freud, S. (1957). Instincts and their vicissitudes. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, s. 109–140). London: Hogarth Press. (Original work published 1915)
- Fritz, M. S., & MacKinnon, D. P. (2007). Required sample size to detect the mediated effect. *Psychological science*, 18(3), 233-239.

- Gabbard, G. O. (1989). *Two subtypes of narcissistic personality disorder*. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53(6), sayfa 527.
- Gabbard, G. O. (1998). Transference and countertransference in the treatment of narcissistic patients. Ronningstam, E. (Ed.), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications* (sayfa 125-145). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gabbard, G. O., & Crisp, H. (2018). *Narcissism and its discontents: Diagnostic dilemmas and treatment strategies with narcissistic patients*. American Psychiatric Pub.
- Garfield, S.L. (1986). Research on client variables on psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3. Baskı, sayfa 213–256). New York: Wiley.
- Gibbons, M. C., Crits-Christoph, P., de la Cruz, C., Barber, J. P., Siqueland, L., & Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, 13(1), sayfa 59-76.
- Golden, B., & Robbins S. (1990). *The working alliance within time-limited therapy: A case analysis*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21 (6), 476-481.
- Grenyer, B. F. (2013). *Historical overview of pathological narcissism*.
- Grijalva, E., Newman, D. A., Tay, L., Donnellan, M. B., Harms, P. D., Robins, R. W., & Yan, T. (2015). Gender differences in narcissism: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 141(2), 261.
- Gunderson, J. G., Ronningstam, E., & Smith, L. E. (1991). Narcissistic personality disorder: A review of data on DSM-III-R descriptions. *Journal of Personality Disorders*, 5(2), sayfa 167-177.
- Gülüm, İ. V., Uluç, S., & Soygüt, G. (2018). *Terapötik İttifak Ölçeği-Kısa formun psikometrik özelliklerinin incelenmesi*.

- Gülüm, İ. V. (2015). *Psikoterapinin Yarıda Bırakılması (PYB) Ve Terapötik İttifakın Niteliksel Olarak İncelenmesi: Seans İçi Hasta-Terapist Etkileşimleri İle PYB'yi Öngörebilmek Mümkün Mü?*
- Hayes, A. F. (2018). Partial, conditional, and moderated moderated mediation: Quantification, inference, and interpretation. *Communication monographs*, 85(1), 4-40.
- Hays, W. L. (1963). *Statistics for psychologists*.
- Hendin, H. M., & Cheek, J. M. (1997). Assessing hypersensitive narcissism: A reexamination of Murray's Narcism Scale. *Journal of research in personality*, 31(4), sayfa 588-599.
- Hilsenroth, M. J., Holdwick Jr, D. J., Castlebury, F. D., & Blais, M. A. (1998). The effects of DSM-IV cluster B personality disorder symptoms on the termination and continuation of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(2), sayfa 163.
- Hinson, J. A., & Swanson, J. L. (1993). Willingness to seek help as a function of self-disclosure and problem severity. *Journal of Counseling & Development*, 71(4), sayfa 465-470.
- Horney, K. (1939). *New ways in psychoanalysis*. New York: Norton.
- Horowitz, L. M. (1979). On the cognitive structure of interpersonal problems treated in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(1), 5.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G., & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 885.
- Horowitz, L. M., & Vitkus, J. (1986). The interpersonal basis of psychiatric symptoms. *Clinical Psychology Review*, 6(5), 443-469.
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 38(4), 365.

- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of counseling psychology*, 36(2), sayfa 223.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(4), 561.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of counseling psychology*, 38(2), 139.
- Howard, I., Turner, R., Olkin, R., & Mohr, D. C. (2006). Therapeutic alliance mediates the relationship between interpersonal problems and depression outcome in a cohort of multiple sclerosis patients. *Journal of clinical psychology*, 62(9), 1197-1204.
- Ilgen, M. A., McKellar, J., Moos, R., & Finney, J. W. (2006). Therapeutic alliance and the relationship between motivation and treatment outcomes in patients with alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(2), 157-162.
- Jenkins, S. J., Fuqua, D. R., & Blum, C. R. (1986). Factors related to duration of counseling in a university counseling center. *Psychological Reports*, 58(2), sayfa 467-472.
- Joyce, A. S., Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & McCallum, M. (2003). The alliance as mediator of expectancy effects in short-term individual therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(4), sayfa 672.
- Kealy, D., & Rasmussen, B. (2012). Veiled and vulnerable: The other side of grandiose narcissism. *Clinical Social Work Journal*, 40(3), sayfa 356-365.
- Kealy, D., Goodman, G., Rasmussen, B., Weideman, R., & Ogrodniczuk, J. S. (2017). *Therapists' perspectives on optimal treatment for pathological narcissism. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(1), 35.
- Keithly, L. J., Samples, S. J., & Strupp, H. H. (1980). *Patient motivation as a predictor of process and outcome in psychotherapy. Psychotherapy and psychosomatics*, 33(1-2), 87-97.
- Kenny, D. A. (2017, February). MedPower: An interactive tool for the estimation of power in tests of mediation [Computer software]. <http://davidakenny.net/cm/mediate.htm>

- Kernberg, O. F., Burstein, E. D., Coyne, L., Appelbaum, A., Horwitz, L., & Voth, H. (1972). Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 36(1), 1-277.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. (1986). Narcissistic personality disorder. In A. A. Cooper, A. J. Frances, & M. H. Sachs (Eds.), *The personality disorders and neuroses* (Vol. 1, sayfa 219-231). New York: Basic Books.
- Kernberg, O. F. (1998). *Pathological narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical background and diagnostic classification*. In E. Ronningstam (Ed.), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications* (sayfa 29 –51). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Kernberg, O. F. (2007). The almost untreatable narcissistic patient. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(2), sayfa 503-539.
- Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89(3), 601-620.
- Khodabakhsh, M. R., & Besharat, M. A. (2011). Mediation effect of narcissism on the relationship between empathy and the quality of interpersonal relationships. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 902-906.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H., & Wolf, E. S. (1978). The disorders of the self and their treatment: An outline. *International Journal of Psycho-Analysis*, 59, 413-425.
- Krueger RF, Skodol AE, Livesley WJ, Shrout PE, Huang Y. (2008). *Synthesizing dimensional and categorical approaches to personality disorders: refining the research agenda for DSM-V Axis II*. In *Dimensional Approaches to Diagnostic*

- Classification: A Critical Appraisal*, ed. JE Helzer, HC Kraemer, H Chmura, RF Krueger, H Wittchen, sayfa 85–99. Washington, DC: Am. Psychiatr. Assoc.
- Lachmann, F. (1994). From narcissism to self pathology. *International Forum of Psychoanalysis*, 3, 157–163.
- Larson, D. G., Chastain, R. L., Hoyt, W. T., & Ayzenberg, R. (2015). Self-concealment: Integrative review and working model. *Journal of Social and Clinical psychology*, 34(8), sayfa 705-774.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality; a functional theory and methodology for personality evaluation*. Ronald Press.
- Levy, K. N., Chauhan, P., Clarkin, J. F., Wasserman, R. H., & Reynoso, J. S. (2009). Narcissistic pathology: Empirical approaches. *Psychiatric Annals*, 39(4).
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford press.
- Lingiardi, V., Filippucci, L., & Baiocco, R. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), sayfa 45-53.
- Livesley, W. J. (2007). A framework for integrating dimensional and categorical classifications of personality disorder. *Journal of personality disorders*, 21(2), sayfa 199-224.
- Luborsky, L. (1976). *Helping alliances of psychotherapy*. J. P. Claghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (sayfa 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L., Crits-Cristoph, P., Alexander, L., Margolis, M., & Cohen, M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 480-491.
- Lukowitsky, M. R., Roberts, N. R., Lehner, A. N., Pincus, A. L., & Conroy, D. E. (2007). Differentiating forms of narcissism by achievement-related motives and interpersonal problems. *In annual meeting of the Society for Interpersonal Theory and Research*, Madison, WI.

- Maier, W., Minges, J., Lichtermann, D., & Heun, R. (1995). Personality disorders and personality variations in relatives of patients with bipolar affective disorders. *Journal of affective disorders*, 35(4), sayfa 173-181.
- Malan, D. H. (2013). *A study of brief psychotherapy*. Routledge.
- Mamodhoussen, S., Wright, J., Trembley, N., & Poitras-Wright, H. (2005). Impact of marital and psychological distress on therapeutic alliance in couples undergoing couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31, 159-169.
- Maniar, S. D., Curry, L. A., Sommers-Flanagan, J., & Walsh, J. A. (2001). Student-athlete preferences in seeking help when confronted with sport performance problems. *The Sport Psychologist*, 15(2), sayfa 205-223.
- Mattia JI, Zimmerman M. 2001. *Epidemiology. Handbook of Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, ed. WJ Livesley, (sayfa 107–23). New York: Guilford
- Meissner, W. W. (1996). *The therapeutic alliance*. Yale University Press.
- Melville, A. D. (Trans.). (1986). *Ovid's Metamorphoses*. Oxford: Oxford University Press.
- Mueller, M., & Pekarik, G. (2000). Treatment duration prediction: Client accuracy and its relationship to dropout, outcome, and satisfaction. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 37(2), sayfa 117.
- Muran, J. C., & Barber, J. P. (Eds.). (2011). *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*. Guilford Press.
- Näcke, P. (1899). Die sexuellen perversitäten in der irrenanstalt. *Psychiatrie en Neurologische Bladen*, 3.
- Noble, L. M., Douglas, B. C., & Newman, S. P. (2001). What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies. *Social science & medicine*, 52(7), sayfa 985-998.
- Norberg, M., Wetterneck, C. R., & Sass, D. (2013). *Milwaukee Psychotherapy Expectations Questionnaire (MPEQ) 2011*.

- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., & McCallum, M. (2000). Different perspectives of the therapeutic alliance and the therapist techniques in two forms of dynamically oriented psychotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 452-458.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., Steinberg, P. I., & Duggal, S. (2009). Interpersonal problems associated with narcissism among psychiatric outpatients. *Journal of Psychiatric Research*, 43(9), 837-842.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). *Process and outcome in psychotherapy: noch einmal*.
- Otway, L. J., & Vignoles, V. L. (2006). Narcissism and childhood recollections: A quantitative test of psychoanalytic predictions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(1), sayfa 104-116.
- Özer, Ö., Altınok, A., Yöntem, M. K., & Bayoğlu, F. (2017). Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği'nin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(1), 13-30.
- Paris, J. (2007). The nature of borderline personality disorder: multiple dimensions, multiple symptoms, but one category. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), sayfa 457-473.
- Patton, M. J., Kivlighan Jr, D. M., & Multon, K. D. (1997). The Missouri Psychoanalytic Counseling Research Project: Relation of changes in counseling process to client outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 44(2), 189.
- Pelletier, L. G., Tuson, K. M., & Haddad, N. K. (1997). Client motivation for therapy scale: A measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy. *Journal of personality assessment*, 68(2), 414-435.
- Pincus, A. L. (2013). The Pathological Narcissism Inventory. J. S. Ogrodniczuk (Ed.), *Understanding and treating pathological narcissism* (s. 93–110). American Psychological Association.

- Pincus, A. L., & Wiggins, J. S. (1990). Interpersonal problems and conceptions of personality disorders. *Journal of personality disorders*, 4(4), 342-352.
- Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G., & Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological assessment*, 21(3), sayfa 365.
- Pincus, A. L., Cain, N. M., & Wright, A. G. (2014). Narcissistic grandiosity and narcissistic vulnerability in psychotherapy. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(4), sayfa 439.
- Pincus, A. L., & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual review of clinical psychology*, 6, sayfa 421-446.
- Piper, W. E., Azim, H. F., Joyce, A. S., McCALLUM, M. A. R. Y., Nixon, G. W., & Segal, P. S. (1991). Quality of object relations versus interpersonal functioning as predictors of therapeutic alliance and psychotherapy outcome. *Journal of nervous and mental disease*.
- Reich, A. (1960). Pathological forms of self-esteem regulation. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 215–232.
- Reich, J., Yates, W., & Nduaguba, M. (1989). Prevalence of DSM-III personality disorders in the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24(1), sayfa 12-16.
- Renner, F., Jarrett, R. B., Vittengl, J. R., Barrett, M. S., Clark, L. A., & Thase, M. E. (2012). Interpersonal problems as predictors of therapeutic alliance and symptom improvement in cognitive therapy for depression. *Journal of affective disorders*, 138(3), 458-467.
- Rickwood, D. J., & Braithwaite, V. A. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social science & medicine*, 39(4), sayfa 563-572.
- Roche, M. J., Pincus, A. L., Lukowitsky, M. R., Ménard, K. S., & Conroy, D. E. (2013). An integrative approach to the assessment of narcissism. *Journal of Personality Assessment*, 95(3), sayfa 237-248.

- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*, 21(2), sayfa 95.
- Ronningstam, E. (2005a). *Identifying and understanding the narcissistic personality*. Oxford University Press.
- Ronningstam, E. (2005b). *Narcissistic personality disorder: A review*. *Personality disorders*, 8, sayfa 277-348.
- Ronningstam, E. (2011). Narcissistic personality disorder: A clinical perspective. *Journal of Psychiatric Practice*, 17(2), sayfa 89-99.
- Ronningstam, E. (2012). Alliance building and narcissistic personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 68(8), sayfa 943-953.
- Ronningstam, E. (2016). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder: Recent research and clinical implications. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 3(1), sayfa 34-42.
- Russ, E., Shedler, J., Bradley, R., & Westen, D. (2008). Refining the construct of narcissistic personality disorder: Diagnostic criteria and subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 165(11), sayfa 1473-1481.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of clinical psychology*, 56(2), 233-243.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. *Sociological methodology*, 13, 290-312.
- Soygüt, G., & Işıklı, S. (2008). Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi: Terapötik İttifak Ölçeği'nin Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(4).
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *Classics in psychoanalytic technique*, 15-117.

- Stevens, C. L., Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., & Winston, A. (2007). Levels and patterns of the therapeutic alliance in brief psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, 61(2), 109-129.
- Stiles, W. B., & Goldsmith, J. Z. (2010). *The alliance over time. The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*, 44-62.
- Stone, M. H. (2003). Borderline patients at the border of treatability: At the intersection of borderline, narcissistic, and antisocial personalities. *Journal of Psychiatric Practice*, 9(4), sayfa 279-290.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychlatry*. New York: Norton.
- Symonds, D., & Horvath, A. O. (2004). Optimizing the alliance in couple therapy. *Family process*, 43(4), 443-455.
- Şen, G., & Barışkın, E. (2019). *The Standardization of the Pathological Narcissism Inventory in the Turkish Language and Testing Its Validity and Reliability*.
- Tabachnick, B.G., & Fidell L.S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.) Boston.
- Tanzilli, A., & Gualco, I. (2020). Clinician emotional responses and therapeutic alliance when treating adolescent patients with narcissistic personality disorder subtypes: A clinically meaningful empirical investigation. *Journal of Personality Disorders*, 34(Supplement), 42-62.
- Tinsley, H. E., Brown, M. T., de St Aubin, T. M., & Lucek, J. (1984). Relationship between expectancies for a helping relationship and tendency to seek help from a campus help provider. *Journal of Counseling Psychology*, 31(2), 149.
- Tinsley, H. E., Bowman, S. L., & Ray, S. B. (1988). Manipulation of expectancies about counseling and psychotherapy: Review and analysis of expectancy manipulation strategies and results. *Journal of Counseling Psychology*, 35(1), sayfa 99.
- Tracey, T.J., & Kokotovic, A.M. , (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment*, 1989 (1), 207-210.

- Vogel, D. L., & Wester, S. R. (2003). To seek help or not to seek help: The risks of self-disclosure. *Journal of counseling psychology*, 50(3), sayfa 351.
- Volkan, V. D. (1973). Transitional Fantasies in the Analysis of a Narcissistic Personality. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 21(2), sayfa 351-376.
- Volkan, V. D. (1979). *The glass bubble of a narcissistic patient*. In *Advances in Psychotherapy of the Borderline Patient*, ed. by Joseph LeBoit and Attilio Capponi, pp. 405-431. New York: Jason Aronson.
- Wallace, H. M., Ready, C. B., & Weitenhagen, E. (2009). *Narcissism and task persistence*. *Self and Identity*, 8(1), sayfa 78-93.
- Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (1995). *Alliance ruptures and repairs in experiential therapy*. In *Session: Psychotherapy in Practice*.
- Weinberg, I., & Ronningstam, E. (2020). Dos and don'ts in treatments of patients with narcissistic personality disorder. *Journal of personality disorders*, 34(Supplement), 122-142.
- Westen, D. (1997). Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders: Implications for research and the evolution of Axis II. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), sayfa 895-903.
- Westra, H. A., Dozois, D. J., & Marcus, M. (2007). Expectancy, homework compliance, and initial change in cognitive-behavioral therapy for anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(3), sayfa 363.
- Wilson, C. J., Deane, F. P., Ciarrochi, J. V., & Rickwood, D. (2005). *Measuring help seeking intentions: properties of the general help seeking questionnaire*.
- Winge, L. (1967). *The Narcissus theme in western European literature up to the early 19th century*. Stockholm: Glerups.
- Wink, P. (1991). Two faces of narcissism. *Journal of personality and social psychology*, 61(4), sayfa 590.

- Wright, A. G., Lukowitsky, M. R., Pincus, A. L., & Conroy, D. E. (2010). *The higher order factor structure and gender invariance of the Pathological Narcissism Inventory*. *Assessment*, 17(4), sayfa 467-483.
- Young, J., & Flanagan, C. (1998). *Schema focused therapy for narcissistic patients*. In E. F. Ronningstam (Ed.), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications* (s. 239 –262). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Yukawa, S., Tokuda, H., & Sato, J. (2007). *Attachment style, self-concealment, and interpersonal distance among Japanese undergraduates*. *Perceptual and motor skills*, 104(3_suppl), sayfa 1255-1261.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, sayfa 369/376.
- Zhao, X., Lynch Jr, J. G., & Chen, Q. (2010). Reconsidering Baron and Kenny: Myths and truths about mediation analysis. *Journal of consumer research*, 37(2), 197-206.
- Zimmerman, M., & Coryell, W. (1989). DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample: Demographic correlates and comorbidity. *Archives of general psychiatry*, 46(8), sayfa 682-689.

EK 1

Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:
 - ☐ Kadın
 - ☐ Erkek
 - ☐ Belirtmek istemiyorum
3. Medeni Haliniz
 - ☐ Bekar
 - ☐ Evli
4. Eğitiminiz
 - ☐ Okur-yazar
 - ☐ İlkokul
 - ☐ Ortaokul
 - ☐ Lise
 - ☐ Üniversite
 - ☐ Yüksek Lisans
 - ☐ Doktora
5. Çalışma Durumunuz
 - ☐ Çalışıyor
 - ☐ Çalışmıyor
6. Şu an aldığınız psikoterapi hizmetinden önce bir psikolog, psikiyatrist veya psikolojik danışmandan hizmet aldınız mı?
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır
7. Cevabınız evet ise, uygulanan tedavinin şekli aşağıdakilerden hangisiydi?
 - ☐ Psikoterapi
 - ☐ İlaç tedavisi
 - ☐ Hem psikoterapi hem ilaç
 - ☐ Sadece danışma amaçlı
8. Herhangi bir psikiyatrik tanı kondu mu?
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır
9. Cevabınız evet ise aşağıya tanınızı belirtiniz (Örneğin: Depresyon, anksiyete, bipolar bozukluk gibi) :
10. Şu anda psikoterapi hizmeti aldığınız kişinin unvanı nedir?
 - ☐ Psikolog
 - ☐ Klinik psikolog
 - ☐ Psikiyatrist
 - ☐ Psikolojik danışman
 - ☐ Uzman psikolojik danışman
 - ☐ Diğer

- ☐ Emin değilim
- 11. şu anki psikoterapistinize başvuru şekliniz:**
 - ☐ Kendi isteğimle
 - ☐ Aile/Arkadaş tavsiyesi ile
 - ☐ Doktor tavsiyesi ile
 - ☐ Yasal zorunluluk
 - ☐ Diğer
- 12. şu anda psikoterapi hizmeti aldığınız kişi ile kaçınıcı seansınızdasınız?**
 - ☐ 3-5
 - ☐ 6-10
 - ☐ 11 ve üstü
- 13. Terapistinizin uyguladığı psikoterapi yaklaşımı nedir?**
 - ☐ Bilmiyorum
 - ☐ Bilişsel Davranışçı Psikoterapi
 - ☐ şema Terapi
 - ☐ Gestalt Terapi
 - ☐ Psikodinamik Terapi
 - ☐ Duygu Odaklı Terapi
 - ☐ Bütüncül Terapi
 - ☐ Diğer
- 14. Terapistinizin cinsiyeti nedir?**
 - Kadın
 - Erkek
 - Belirtmek İstemiyorum
- 15. Terapiye başlarken ne kadar istekliydiniz?**
 - ☐ Hiç değildim
 - ☐ Biraz istekliydim
 - ☐ Çok istekliydim
 - ☐ Emin değildim
- 16. Terapistimin yetkin olduğunu düşünüyorum.**
 - ☐ Yetkin değil.
 - ☐ Biraz yetkin.
 - ☐ Oldukça yetkin
 - ☐ Emin değildim

EK 2

Patolojik Narsisizm Envanteri (PNE)

Yönerge: Aşağıda 52 betimleyici ifade bulacaksınız. Lütfen her bir ifadeyi değerlendirmeye alınız ve sizi ne kadar iyi tarif ettiğini belirtiniz. Doğru veya yanlış yanıt söz konusu değildir. İfadenin yanındaki çizgiye tek bir yanıt işaretleyeceksiniz. Her bir ifadenin, 6 derecelik ölçek üzerinden, sizi ne kadar iyi tarif ettiğini belirtiniz:

		Bana hiç benzemiyor	Bana biraz benzemiyor	Bana çok az benzemiyor	Bana çok az benziyor	Bana biraz benziyor	Bana çok benziyor
1	Kendimi sık sık hayran olunan ve saygı duyulan biri olarak hayal ederim.						
2	Kendime olan güvenimde sık sık dalgalanmalar olur.						
3	İnsanlar beni hayal kırıklığına uğrattığında onlardan beklentim olduğu için kendimden utanırım.						
4	Genellikle konuşarak her işin içinden çıkabilirim.						
5	Yalnızken kendimi iyi hissetmek benim için zordur.						
6	Başkalarıyla ilgilenerek kendimi iyi hissetmemi sağlayabilirim.						
7	Yardım istemekten nefret ederim.						
8	İnsanlar beni farketmediğinde kendimi kötü hissetmeye başlarım.						
9	Başkalarının beni muhtaç ve bağımlı biri gibi görmesinden korktuğum için çoğunlukla ihtiyaçlarımı gizlerim.						
10	Herkesi istediğim herşeye inandırabilirim.						
11	İnsanlar onlar için yaptıklarımı farketmediğinde, sinirden deliye dönerim.						
12	Yaptıklarım ya da söylediklerimle ilgilenmeyen insanlar sinirime dokunur.						
13	Hayranlık duymadığım birine, özel düşüncelerimi ve duygularımı açmam.						

14	Sık sık çevrem üzerinde çok büyük bir etkim olduğunun hayalini kurarım.						
15	İnsanları kolaylıkla kendi isteklerime göre yönlendirebilirim.						
16	Başkaları beni farketmediğinde kendimi değersiz hissetmeye başlarım.						
17	Beni hayalkırıklığına uğratacakları endişesiyle bazen insanlardan kaçırım.						
18	Genelde, insanlardan istediğimi alamayınca çok öfkelenirim.						
19	Kendimi değerli hissetmem için, bazen önemsedğim insanların beni bu konuda rahatlatmalarına ihtiyaç duyarım.						
20	Başkaları için birşeyler yaptığımda onların da benim için birşeyler yapmalarını beklerim.						
21	İnsanlar beklentilerimi karşılamadıklarında, istemiş olduklarım için sıklıkla utanç duyarım.						
22	Başkaları bana güven duyduklarında kendimi önemli hissederim						
23	İnsanların içini bir kitap gibi okuyabilirim.						
24	Başkaları beni hayal kırıklığına uğrattığında, çoğu kez kendime kızarım.						
25	Başkaları için fedakârlık yapmak beni daha iyi bir insan yapar.						
26	Çoğu kez olanaklarımın ötesinde olan şeyleri başardığımı hayalini kurarım.						
27	Onlardan istediklerimi yapmayacaklarından korktuğum için bazen insanlardan kaçınırım.						
28	İçimde hissettiğim zayıflığı başkalarına göstermek benim için zordur.						
29	Eleştirildiğim zaman öfkelenirim.						
30	Diğer insanların beni beğendiğini bilmediğim sürece kendimi iyi hissetmem zordur.						
31	Sık sık çabalarım için ödüllendirildiğimin hayalini kurarım.						
32	Çoğu insanın benimle ilgilenmediğine yönelik düşünce ve endişelerle zihnimi meşgul ederim.						
33	Bana güvenen arkadaşlarım olmasından hoşlanırım çünkü bu bana kendimi önemli hissettirir.						
34	Onlar için yaptıklarım konusunda hakkımı teslim etmeyecekleri endişesiyle bazen insanlardan kaçınırım.						
35	Herkes benim anlattıklarımı dinlemekten hoşlanır.						

36	İnsanların beni sevdiğini bilmezsem, kendimi iyi hissetmekte zorlanırım.						
37	İnsanlar benim ne kadar iyi birisi olduğumu fark etmediklerinde rahatsız olurum						
38	Hak ettiğim herşeyi elde edene dek asla tatmin olmam.						
39	Yaptığım fedakârlıklarla ne kadar iyi bir insan olduğumu göstermeye çalışırım.						
40	İnsanlar beni farketmediğinde hayal kırıklığına uğrarım						
41	Kendimi sık sık, başkalarının başarılarını kıskanırken buluyorum.						
42	Sık sık kahramanca davranışlarda bulunduğumun hayalini kurarım.						
43	İyi bir insan olduğumu kanıtlamak için insanlara yardım ederim.						
44	Kendi içimde şüphelerim olsada, insanlara tek başıma yapabileceğimi göstermek benim için önemlidir.						
45	Sıklıkla başarılarıyla tanınmış biri olduğumun hayalini kurarım.						
46	Kendimi zayıf hissetmeme neden olduğu için başlakalarına bel bağlamaya tahammül edemem.						
47	İnsanlar bana onlardan istediğim tepkiyi göstermediğinde kendimi iyi hissetmekte zorlanırım.						
48	Diğer insanların beni onaylamasına ihtiyaç duyarım.						
49	Dünyanın gözünde bir değerimin olmasını isterim.						
50	Diğer insanlar ihtiyaçlarımı bir an için bile farketdiğinde, kaygılanır ve utanırım.						
51	Bazen, insanlardan her istediğimi elde edemediğimi görmektense, yalnız kalmak daha kolay gelir.						
52	Başkaları benimle aynı fikirde olmadığında çok öfkelenebiliyorum.						

EK 3

Terapötik İttifak Ölçeği-Kısa Formu (TİÖ-KF)

		Hiçbir zaman	Çok seyrek	Seyrek	Bazen	Sık sık	Çok sık	Her zaman
1	Terapistim ve ben sorunlarımın düzelmesi için terapide neler yapmam gerektiği konusunda aynı şekilde düşünüyoruz.							
2	Terapide yaptıklarım, bana sorunumla ilgili yeni bir bakış açısı kazandırıyor.							
3	Terapistimin bana yakın hissettiğine inanıyorum.							
4	Terapistim terapide neye ulaşmak istediğimi anlamıyor.							
5	Terapistimin bana yardım edebileceğine inanıyorum.							
6	Terapistim ve ben, ortak hedeflerimize doğru ilerliyoruz.							
7	Terapistimin beni takdir ettiğini hissediyorum.							
8	Ne tür değişikliklerin benim yararına olacağı konusunda anlaşmaya vardık.							
9	Terapistim ve ben birbirimize güveniyoruz.							
10	Terapistim ve ben sorunlarımın neler olduğu konusunda farklı düşünüyoruz.							
11	Benim için neyin üzerinde durmamızın daha önemli olacağı konusunda hemfikiriz.							
12	Sorunumu ele alma yollarımızın doğru olduğuna inanıyorum.							

EK 4

Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32) Turkish Form

İnsanlar başkalarıyla ilişkilerinde aşağıda belirtilen problemleri yaşadıklarını ifade etmektedirler. Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyun ve her maddeyi hayatınızdaki HERHANGİ BİR ÖNEMLİ KİŞİYLE (aile bireyleri, dostlar, iş arkadaşları gibi) İLİŞKİNİZDE sizin için problem olup olmadığına göre değerlendirin. Problemin SİZİN İÇİN NE KADAR RAHATSIZ EDİCİ OLDUĞUNU numaralandırılmış daireleri yuvarlak içine alarak belirtiniz.

Aşağıdaki ifadeler başkalarıyla ilişkilerinizde yapmakta ZORLANDIĞINIZ şeylerdir.	Hiç değil	Biraz	Orta derecede	Oldukça	Fazlasıyla
Benim için,					
1. Başkalarına “hayır” demek zordur.	1	2	3	4	5
2. Gruplara katılmak zordur.	1	2	3	4	5
3. Birşeyleri kendime saklamak zordur.	1	2	3	4	5
4. Birine beni rahatsız etmemesini söylemek zordur.	1	2	3	4	5
5. Kendimi yeni insanlara tanıtmak zordur.	1	2	3	4	5
6. İnsanları ortaya çıkan problemlerle yüzleştirmek zordur.	1	2	3	4	5
7. Başkalarına kendimi rahatlıkla ifade etmek zordur.	1	2	3	4	5
8. Başkalarına kızgınlığımı belli etmek zordur.	1	2	3	4	5
9. Başkalarıyla sosyalleşmek zordur.	1	2	3	4	5
10. İnsanlara sıcaklık/ şevkat göstermek zordur.	1	2	3	4	5
11. İnsanlarla anlaşmak/ geçinmek zordur.	1	2	3	4	5
12. Başkalarıyla ilişkimde, gerektiğinde kararlı durabilmek zordur.	1	2	3	4	5
13. Başka birisi için sevgi/ aşk hissetmek zordur.	1	2	3	4	5
14. Başka birinin hayatındaki amaçları için destekleyici olmak zordur.	1	2	3	4	5
15. Başkalarına yakın hissetmek zordur.	1	2	3	4	5
16. Başkalarının problemlerini gerçekten umursamak zordur.	1	2	3	4	5
17. Başkalarının ihtiyaçlarını kendi ihtiyaçlarımdan öne koymak zordur.	1	2	3	4	5
18. Başka birinin mutluluğundan memnun olmak zordur.	1	2	3	4	5
19. Başkalarından benimle sosyal amaçla bir araya gelmesini istemek zordur.	1	2	3	4	5
20. Başkalarının duygularını incitmekten endişe etmeksizin kendimi rahatlıkla ifade etmek zordur.	1	2	3	4	5

Aşağıdaki ifadeler ÇOK FAZLA yaptığınız şeylerdir.	Hiç değil	Biraz	Orta derecede	Oldukça	Fazlasıyla
21. İnsanlara fazlasıyla açılırım/ içimi dökerim.	1	2	3	4	5
22. Başkalarına karşı fazlasıyla agresifim/ saldırganım.	1	2	3	4	5
23. Başkalarını memnun etmek için fazlasıyla uğraşırım.	1	2	3	4	5
24. Fark edilmeyi fazlasıyla isterim.	1	2	3	4	5
25. Başkalarını kontrol etmek için fazlasıyla uğraşırım.	1	2	3	4	5
26. Sıklıkla (fazlasıyla) başkalarının ihtiyaçlarını kendi ihtiyaçlarımın önüne koyarım.	1	2	3	4	5
27. Başkalarına karşı fazlasıyla çömertim	1	2	3	4	5
28. Kendi istediğimi elde edebilmek için başkalarını fazlasıyla yönlendiririm.	1	2	3	4	5
29. Başkalarına kişisel bilgilerimi fazla anlatırım.	1	2	3	4	5
30. Başkalarıyla fazlasıyla tartışırım.	1	2	3	4	5
31. Sıklıkla (fazlasıyla) başkalarının benden faydalanmasına izin veririm.	1	2	3	4	5
32. Başkalarının ızdırapından/ mağduriyetinden fazlasıyla etkilenirim.	1	2	3	4	5

EK 5

Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği

		Kesinlikle Katılmıyorum-				Kesinlikle Katılıyorum		
		1	2	3	4	5	6	7
1	Açıkçası psikolojik danışma/terapi sürecinden ne alabileceğimi anlamıyorum.							
2	Psikolojik danışma/terapi sürecine kendimi verdiğimde bu süreçten zevk alıyorum.							
3	Psikolojik danışma/terapi ile kişisel hedeflerime ulaşmak beni memnun ediyor.							
4	Problemimin çözümüne yönelik herhangi bir şey yapmazsam kendimi suçlu hissedirim.							
5	Şu anki durumumda değişiklik yapmak istiyorum.							
6	Psikolojik danışma/terapi sürecinin eninde sonunda kendimi daha iyi hissettireceğini düşünüyorum.							
7	Başlangıçta psikolojik danışmaya/terapiye gitmek için bir sebebim vardı ancak şu an bıraksam mı diye düşünüyorum.							
8	Psikolojik danışmaya/terapiye devam etmezsem kendimi kötü hissedirim.							
9	Kendimi daha iyi anlamaya ihtiyacım var.							
10	Hakkımda daha önce bilmediğim şeyleri öğrenmek hoşuma gidiyor.							
11	Psikolojik danışma/ terapi sürecini sıkıcı buluyorum, ne işim var diye merak ediyorum.							
12	Daha önce hiç düşünmemiştim.							
13	Psikolojik danışma/terapi sürecinin problemlerimle daha iyi başa çıkmamı sağlayacağını düşünüyorum							
14	Kendimi daha iyi anlamayı umuyorum.							
15	Psikolojik danışma/terapi sayesinde hayatımın farklı yönlerini keşfetmeye devam edebileceğimi gördüm							

16	Psikolojik danışma/terapi sayesinde hayatımda değişiklik yapma sorumluluğunu alabileceğimi düşünüyorum							
17	Danışanların süreç tamamlanana kadar devam etmesi gerekir.							
18	Psikolojik danışma/terapi sürecinin problemime çözüm bulmak için iyi bir şey olduğunu düşünüyorum.							
19	Psikolojik danışma/terapi süreci ile yaşadığım değişikliklerin bir parçam haline geldiğini hissediyorum.							
20	Psikolojik danışma /terapi sürecinin hayatımda değişiklik yapmamı sağlama şeklini önemli buluyorum.							



EK 6

Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Ülker Dikmen tarafından, Dr. Özlem Kahraman Erkuş danışmanlığında yürütülmektedir. Araştırmanın amacı psikoterapi hizmeti almakta olan kişilerin bazı kişilik özelliklerinin, terapistleri ile olan ilişkileri üzerindeki etkilerini değerlendirmektir. Bu araştırmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır.

Çalışmaya katılım şartı **en az üç seanstır** psikoterapiye devam ediyor olmaktır. Çalışmanın amacına ulaşması için tüm soruların eksiksiz yanıtlanması, cevaplarınızın içten ve dürüst olması oldukça önemlidir. Sizden alınan bilgiler gizli tutulacak ve sadece bilimsel araştırma amacıyla araştırmacı tarafından kullanılacaktır. Anketlerin tamamlanması yaklaşık 15 dakikanızı alacaktır. Araştırma ile ilgili daha fazla bilgi almak ya da görüş bildirmek isterseniz belirtilen e-posta adresini kullanarak iletişime geçebilirsiniz.

Katılımınız için teşekkür ederiz.



EK 7

Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 22.01.2022-96895



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Akademik Değerlendirme Koordinatörlüğü

Sayı : E-62310886-605.99-96895
Konu : Ülker Dikmen'in Etik Onay Başvurusu
Hk.

22.01.2022

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 07.01.2022 tarih ve 92243 sayılı yazınız.

Enstitünüz Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ülker Dikmen'in, Dr. Öğretim Üyesi Özlem Kahraman Erkuş danışmanlığında yürüteceği "Patolojik Narsisizm ve Terapötik İttifak: Kişilerarası Problemlerin Aracı Rolü ve Terapi Motivasyonun Düzenleyici Rolünün Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması değerlendirilmiş ve bilgilerinize ekte sunulmuştur.

Prof. Dr. M. Abdülkadir VAROĞLU
Kurul Başkanı

Ek: Değerlendirme Formu

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BS542E46YP

Belge Doğrulama Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/baskent-universitesi-ebys>

Başkent Üniversitesi Bağlıca Kampüsü Fatih Sultan Mahallesi Eskişehir Yolu 18. Km 06790

Bilgi için: Gamze SONBAY

Etimesgut/ANKARA

Koordinatör

Telefon No:0 312 246 67 40 Faks No:0 312 246 66 05

Telefon No: 246 66 66 / 2078

e-Posta:adk@baskent.edu.tr İnternet Adresi:www.baskent.edu.tr

Kcp Adresi:baskentuniversitesi@hs02.kcp.tr



Sayı : 17162298.600-12
Konu : Tez Çalışması

12 OCAK 2022

İlgili Makama

Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ülker Dikmen'in, Dr. Öğretim Üyesi Özlem Kahraman Erkuş danışmanlığında yürüteceği "Patolojik Narsisizm ve Terapötik İttifak: Kişilerarası Problemlerin Aracı Rolü ve Terapi Motivasyonun Düzenleyici Rolünün Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışması değerlendirilmiş ve yapılmasında bir sakınca olmadığı tespit edilmiştir. Bilgilerinize saygılarımızla sunarız.

Başkent Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler ve Sanat Araştırma Kurulu

Ad, Soyad	Değerlendirme	İmza
Prof. Dr. M. Abdülkadir Varoğlu	Olumlu/ ~~Olumsuz~~	
Prof. Dr. Kudret Güven	Olumlu/Olumsuz	
Prof. Ali Sevgi	Olumlu/Olumsuz	
Prof. Dr. Işıl Bulut	Olumlu/Olumsuz	
Prof. Dr. Sadegül Akbaba Altun	Olumlu/ ~~Olumsuz~~	
Prof. Dr. Can Mehmet Hersek	Olumlu/ ~~Olumsuz~~	
Prof. Dr. Özcan Yağcı	Olumlu/ ~~Olumsuz~~	