



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**PSİKOTERAPİNİN YARIDA BIRAKILMASI (PYB) VE TERAPÖTİK
İTTİFAKIN NİTELİKSEL OLARAK İNCELENMESİ: SEANS İÇİ
HASTA-TERAPİST ETKİLEŞİMLERİ İLE PYB'Yİ ÖNGÖREBİLMEK
MÜMKÜN MÜ?**

İsmail Volkan GÜLÜM

Doktora Tezi

Ankara, 2015

PSİKOTERAPİNİN YARIDA BIRAKILMASI (PYB) VE TERAPÖTİK İTTİFAKIN
NİTELİKSEL OLARAK İNCELENMESİ: SEANS İÇİ HASTA-TERAPİST
ETKİLEŞİMLERİ İLE PYB'Yİ ÖNGÖREBİLMEK MÜMKÜN MÜ?

İsmail Volkan GÜLÜM

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Bilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2015

KABUL VE ONAY

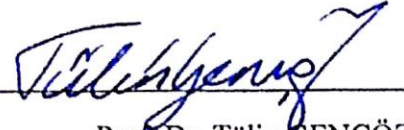
İsmail Volkan Gülüm tarafından hazırlanan “Psikoterapinin Yarıda Bırakılması (PYB) ve Terapötik İttifakın Niteliksel Olarak İncelenmesi: Seans İçi Hasta-Terapist Etkileşimleri İle PYB’yi Öngörebilmek Mümkün Mü?” başlıklı bu çalışma 14/01/2015 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.



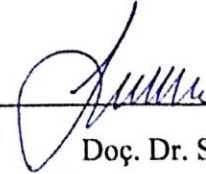
Prof. Dr. Elif BARIŞKIN (Başkan)



Prof. Dr. Gonca SOYGÜT PEKAK (Danışman)



Prof. Dr. Tülin GENÇÖZ



Doç. Dr. Sait ULUÇ



Yrd. Doç. Dr. Işıl BİLİCAN

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Yusuf ÇELİK

Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- ☐ Tezimin/Raporumun tamamı her yerde erişime açılabilir.
- ☐ Tezimin/Raporum sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- ☒ Tezimin/Raporumun 3 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

27.01.2015



İsmail Volkan GÜLÜM

TEŞEKKÜR

Bana okumayı öğretirken gördüğüm her şeyi okumamı salık veren ve tavsiyesine uymaktan bir an bile pişman olmadığım ilkokul öğretmenim Ali ALBAYRAK’a; bir “öğretmenin” varlığını üniversite yaşamımda da hissetmemi sağlayan, öğreten, dinleyen, yol gösteren ve bu tez çalışmasını birlikte yapmış olmaktan dolayı mutlu ve gururlu olduğum değerli tez danışmanın Prof. Dr. Gonca SOYGÜT PEKAK’a, varlıklarıyla hayatıma değer ve anlam kattıkları için yürekten teşekkür ederim. “Resmi eğitim” hayatımın başlangıcı ve bitişi böyle olduğu için çok şanslıyım.

Doktora tez izleme jürimde yer alan, bilgi, deneyim ve desteklerini benden esirgemeyen değeli jüri üyelerim Prof. Dr. Elif BARIŞKIN, Prof. Dr. Tülin GENÇÖZ, Doç. Dr. Sit ULUÇ ve Yrd. Doç. Dr. Işıl BİLİCAN’a; savunma sınavım sırasında jüriye katılarak bilgi ve deneyimlerini paylaşan Prof. Dr. İhsan DAĞ ve Doç. Dr. Müjgan İNÖZÜ’ne; laboratuvarında bulunma fırsatı bulduğum ve bu süreçte katkılarını benden esirgemeyen Prof. Dr. Jeremy D. SAFRAN’a teşekkürlerimi sunarım.

Lisansüstü eğitimim boyunca pek çok farklı grupta birlikte ders alma fırsatı buldum. Bu süreçte, öğrenciliğin zorluklarını birlikte aştığımız; öğrenciliğin ve birlikte olmanın keyfini yaşamama olanak sağlayan sevgili arkadaşlarım ve meslektaşlarım Uzm. Psk. Ece ATAMAN, Uzm. Psk. Gizem SARISOY, Uzm. Psk. Melis ÜNÜBOL, Uzm. Psk. Nalan PULAT, Uzm. Psk. Özcan ELÇİ; Uzm. Psk. Nil ADALI, Uzm. Psk. Başak KARAGÖZ, Uzm. Psk. Volkan KOÇ, Dr. Hejan EPÖZDEMİR; Uzm. Psk. Özge YILMAZ ve Uzm. Psk. Merve KILIÇ’a, acı tatlı bu yolculukta varlıklarını hissettirdikleri için teşekkür ederim.

Tezin her aşamasında bana gerek duygusal gerekse akademik şekilde destek olan çok sayıda insan oldu. O kadar şanslıyım ki bu kadar güzel ve özel insanın etrafında olabildim. İyi ki varsınız: değerli Hocam Doç. Dr. Sait ULUÇ; sevgili klinik psikolog arkadaşlarım Arş. Gör. Özge ŞAHİN, Arş. Gör. Burcu KORKMAZ; beni fahri bir Gelişim Psikolojisi öğrencisi gibi gören ve kendilerinden ayırmayan Arş. Gör. Yusuf BAYAR, Arş. Gör. Deniz KURT, Arş. Gör. Helin YABAN; sıcak gülüşlerini ve desteklerini esirgemeyen Dr. Zeynep TÜZÜN ve Dr. Zehra ÇAKIR; hoca, meslektaş ve

arkadaş olarak lisans eğitimime başladığımdan beri güzel varlığını hissettiren Yrd. Doç. Dr. Yasemin ABAYHAN (hoca). Hepinize ne kadar teşekkür etsem azdır.

Tez çalışmam sırasında, gözlemci olarak bana destek olan ve bunu en yoğun oldukları dönemde yapan, Arş. Gör. Özge ŞAHİN, Arş. Gör. Burcu KORKMAZ, Arş. Gör. Gamze ŞEN ve Arş. Gör. Yasemin ORUÇLULAR'a; son okumaları sabırla yapan Ece ATAMAN ve Özge YILMAZ'a; Hacettepe Üniversitesi Psikoterapi Araştırmaları Laboratuvarı'na katkıda bulunmuş herkese emekleriyle böyle bir araştırmayı mümkün kıldıkları için; TÜBİTAK ve H.Ü. ÖYP Koordinatörlüğü'ne de burs ve araştırma destekleri için teşekkür ederim.

Varlığıyla lisans eğitimimin başlangıcından bu yana hayatıma renk katan, fikirleriyle “zihnimi açan” arkadaşım, komşum ve meslektaşım Tuğçe KARAHAN'a; ihtiyacım olduğunda yardımını ve sıcaklığını hiçbir zaman esirgemeyen, güzel organizasyonları ile sıkıntılı zamanlarımıza ilaç olan Ece ATAMAN'a, bir insanın sahip olmak isteyeceği en iyi arkadaşlardan biri olan Gizem SARISOY'a, lisansüstü eğitimimin birincil tanığı ve büyük destekçisi, kendisini insan sanan kedi Rıza'ya varlıkları için teşekkür ederim.

Yukarıdaki her paragrafa adını hiç çekinmeden ekleyebileceğim, tüm bunlar ve daha öte seviyedeki arkadaşlığın, kardeşliğin ve yoldaşlığın için, hiçbir teşekkür yeterli bir şükran ifadesi olmayacak sana, teşekkür ederim Arcan TIĞRAK!

Son olarak tezin asıl sahipleri, Annem, Babam ve Abim... Siz olmadan hiçbir şey mümkün olmazdı. Sözlerle anlatılamayacak bir şükran duyuyorum sizlere. Bir insanın var olmak isteyebileceği en güzel yuvayı bana sağladığınız için teşekkür ederim.

ÖZET

GÜLÜM, İsmail Volkan. *Psikoterapinin Yarıda Bırakılması (PYB) Ve Terapötik İttifakın Niteliksel Olarak İncelenmesi: Seans İçi Hasta-Terapist Etkileşimleri İle PYB'yi Öngörebilmek Mümkün Mü? Doktora Tezi*, Ankara, 2015.

Terapinin görev ve amaçlarında uzlaşım ve bu süreç sırasında hasta ve terapist arasındaki duygulanımsal bağ gibi önemli özellikleri içerisinde barındıran terapötik ittifak olgusunun, terapi sonucuna dair en doğru öngörüğü sağlayan değişken olduğu pek çok araştırmada ulaşılmış ortak bir bulgudur (Horvath, Del Re, Flückiger ve Symonds, 2011). Terapötik ittifakta kırılma ise işbirliğine dayanan hasta terapist ilişkisinde yaşanan bozulmaları ifade etmek üzere kullanılan bir kavramdır. Bu olgu, içerisinde bulunduğumuz, terapötik ittifak çalışmalarında ikinci nesil denilen dönemde çalışılmaya başlanmıştır (Safran, Muran, Samstag ve Stevens, 2002).

Hastaların kararlaştırılan terapi randevularına gelmemesi olarak tanımlanabilecek psikoterapiyi yarıda bırakma (PYB) olgusunun ardındaki mekanizmalar tam olarak anlaşılamamıştır. Fakat bu, hasta, terapist, tedavinin sağlandığı kurum ve toplum için ciddi zararları olan bir durumdur. Terapötik ittifak, terapötik ittifakta kırılma ve PYB arasındaki ilişkiler pek çok çalışma sonucunda ortaya konmuştur. Ancak bu çalışmalar daha çok ittifak düzeyi ile terapi sonucu ilişkisine odaklandıkları için söz konusu ilişkinin ardındaki sürece dair çok az şey söyleyebilmişlerdir.

Hacettepe Üniversitesi Psikoterapi Araştırmaları Laboratuvarı'nda gerçekleştirilen bu araştırma kapsamında yürütülen iki farklı çalışmada öncelikle terapötik ittifakta kırılma olan terapi seansları ile PYB olan süreçlerin son iki seanslarının içerikleri, bu seanslarda meydana gelen terapötik ittifakta kırılmaların türleri ve seanslardaki terapist davranışları niteliksel olarak karşılaştırılmıştır. İlgili seans gruplarının benzerlikleri ve farklılıklarının ortaya konması amaçlanmıştır. Bunu yaparken, alan yazında belirtilen kırılma türlerine ek olarak üç farklı yeni kırılma altı tipi olduğu görülmüştür. Karşılaştırma amacıyla yapılan analiz sonuçları, PYB öncesi seanslarda, kırılma seanslarına göre, içerikte seyrekleşme, olumlu ya da olumsuz terapist davranışlarında ve terapötik ittifakta kırılma sıklıklarında dahi bir azalma olduğunu göstermiştir.

Çalışmanın devamında, ilk çalışmamızdan elde edilen bilgiler ile alan yazındaki bilgi birikimi kullanılarak bir gözlemci formu oluşturulmuştur. Oluşturulan form ile PYB olan ve tamamlanan terapi süreçlerinin üçüncü seansları değerlendirilmiş ve formun PYB'yi öngörüp öngöremeyeceği sınanmıştır. Yapılan t-test analizinin sonucu istatistiksel olarak anlamlı çıkmasa da elde edilen bulguların PYB'yi öngörme çabaları açısından olumlu olarak değerlendirilmesi mümkündür.

Anahtar Sözcükler

Terapötik ittifak, terapötik ittifakta kırılma, psikoterapiyi yarıda bırakma, süreç araştırması, nitel araştırma, öngörme

ABSTRACT

GÜLÜM, İsmail Volkan. *Qualitative Investigation of Dropouts and Therapeutic Alliance: Is It Possible to Predict Dropouts Through the Patient-Therapist Interactions In Session?* Ph.D. Dissertation, Ankara, 2015.

Therapeutic alliance has three different but interactive elements. Patient and therapist negotiate these in a collaborative manner: agreement on goals, collaboration and consensus on tasks, and establishment of the bond. One of the most researched and consisted finding in the psychotherapy research literature is that therapeutic alliance is a robust predictor of outcome (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011). After decades of researching therapeutic alliance and therapy outcome relationship, now, “the second generation” of therapeutic alliance research has begun (Safran, Muran, Samstag, & Stevens, 2002). In this research era, studies focus on how to establish and improve alliance, processes those underlie alliance ruptures, and repairing the alliance ruptures.

Dropout is a clinical phenomenon that has long been discussed and can be operationalized based on missed appointments. It is a negative process for the different accounts like patients, health care providers and society. Dropout can negatively affect the therapy outcome; cause loss of income and time; and demoralize the professionals. Although there are numerous studies which investigate the relationship between therapeutic alliance and dropout, most of these studies focused only on the relationship between alliance quality and psychotherapy outcome.

The present research has two different studies and Hacettepe University Psychotherapy Research Laboratory data set was used for them. Study I includes qualitative analysis and comparison of the therapeutic alliance rupture sessions and the last two pre-dropout sessions in terms of rupture types, psychotherapists’ behaviors, attitudes and session contents. Analysis indicated three new rupture subtypes. Results revealed that there were apparent differences and similarities between the rupture sessions and pre-dropout sessions in terms of positive and negative psychotherapist behaviors, content intensity and the types and amount of ruptures. Frequencies of positive and negative psychotherapist behaviors, ruptures and even sessions’ contents has been decreased in the pre-dropout sessions according to rupture sessions.

Subsequent to Study I, an observer form was created by combining the results from the Study I and prior literature knowledge. The third sessions of dropout processes and completed processes were scored via this form in order to test predictive power of it. The result of the statistical analysis was insignificant but promising.

Keywords

Therapeutic alliance, therapeutic alliance rupture, dropout, process research, qualitative research, prediction

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	i
BİLDİRİM.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	xiii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiv
BÖLÜM 1	1
GİRİŞ.....	1
1.1. PSİKOTERAPİ ARAŞTIRMALARI	3
1.2. TERAPÖTİK İTTİFAK	6
1.3. TERAPÖTİK İTTİFAKIN DEĞERLENDİRİLMESİ	11
1.3.1. Terapötik İttifakı Değerlendirmek Amacıyla Kullanılan Ölçekler	11
1.3.2. Değerlendirici Farklılıkları ve Değerlendirme Zamanı.....	13
1.4. TERAPÖTİK İTTİFAKTA KIRILMA.....	14
1.5. PSİKOTERAPİNİN YARIDA BIRAKILMASI (PYB).....	20
1.5.1. PYB'nin Yaygınlığı	22
1.5.2. PYB'nin Önlenmesi	23
1.5.3. PYB Deneyimi	28
1.5.4. PYB İle İlişkili Değişkenler	29
1.5.5. PYB ve Terapötik İttifak.....	33
1.6. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ (BDT)	35
1.6.1. BDT ve Terapötik İttifak.....	37

1.7.	ŞEMA TERAPİ (ŞT)	38
1.7.1.	Şema Terapi ve Terapötik İttifak	40
1.8.	TERAPÖTİK İTTİFAK VE TERAPİ YÖNERGESİNE BAĞLILIK	41
1.9.	AMAÇ	43
BÖLÜM 2		44
ÇALIŞMA I: PYB ÖNCESİ SEANSLAR İLE TERAPÖTİK İTTİFAKTA KIRILMA SEANSLARININ İNCELENMESİ		44
2.1	YÖNTEM	44
2.1.1.	Niceliksel Ölçüm Araçları	45
2.1.2.	Katılımcılar ve Seanslar	47
2.1.3.	Terapötik İttifakta Kırılma Seanslarına İlişkin Betimsel Veriler	47
2.1.4.	PYB Öncesi Seanslara İlişkin Betimsel Veriler	51
2.1.5.	Araştırmacının Rolü	54
2.1.6.	Yanlılıklarla Başa Çıkma	54
2.1.7.	Veri Analizi	55
2.2	BULGULAR	57
2.2.1.	Kırılmalar Ana Teması	57
2.2.2.	Terapist Davranışları Ana Teması	63
2.2.3.	Seans İçeriği Ana Teması	67
2.2.4.	PYB Öncesi Seansların Karşılaştırılması	71
2.2.5.	Kırılma Seansları ve PYB Öncesi Seansların İçeriklerinin Karşılaştırılması	82
2.2.6.	Kırılma Seansları ve PYB Öncesi Seansların İçerik Etkileşimlerinin Değerlendirilmesi	93
2.2.7.	Kırılma Seansları ve PYB Öncesi Seansların İçerik Etkileşimlerinin Karşılaştırılması	104
2.3	TARTIŞMA	126
2.3.1.	Terapötik İttifakta Kırılma Türlerinin Değerlendirilmesi	128

2.3.2.	Terapist Davranışları Ana Temasının Değerlendirilmesi	129
2.3.3.	PYB Öncesi Seansların Karşılaştırılması.....	129
2.3.4.	Kırılma Seansları ve PYB Öncesi Seansların Karşılaştırılması.....	130
2.3.5.	Kodlama Sıklıklarının Seans Grupları Açısından Değerlendirilmesi	131
2.3.6.	Öne Çıkan Benzerlik ve Farklılıklar	132
BÖLÜM 3.....	138	
ÇALIŞMA II: PYB'Yİ ÖNGÖRME VE ÖNLEMESİNE YÖNELİK 'GÖZLEMÇİ FORMU' OLUŞTURMA	138	
3.1.	YÖNTEM.....	138
3.1.1.	Ölçüm Araçları ve Yönergeler	139
3.1.2.	Gözlemciler	143
3.1.3.	Değerlendirilen Seanslar	144
3.1.4.	İşlem.....	145
3.2.	BULGULAR.....	147
3.2.1.	Yargıcılar Arası Güvenirlik	147
3.2.2.	PYB Olan ve Olmayan Süreçlerin Terapi Öncesi ve İncelenen Seanslarına İlişkin Değişkenler Açısından Karşılaştırılması.....	147
3.2.3.	PYB Olan ve Olmayan Süreçlerin HTED-F Açısından Karşılaştırılması	150
3.3.	TARTIŞMA	151
3.3.1.	Çalışma II'nin Desenine İlişkin Tartışma	151
3.3.2.	Ön Analizlere İlişkin Tartışma.....	154
3.3.3.	3. Seansların Terapötik İttifak Açısından Değerlendirilmesi.....	155
3.3.4.	PYB Olan ve Olmayan Grupların HTED-F Açısından Değerlendirilmesi.....	155
SONUÇ.....	159	
KAYNAKÇA	162	
EKLER.....	182	

Ek 1: Demografik Bilgi Formu (Hasta)	182
Ek 2: Demografik Bilgi Formu (Terapist)	185
Ek 3: Onam Formu (Hasta) – Bilişsel Davranışçı Terapi	188
Ek 4 Onam Formu (Hasta) – Şema Terapi.....	191
Ek 5: Onam Formu (Hasta) – Psikanalitik Yönelimli Psikoterapi.....	195
Ek 6: Onam Formu (Terapist)	199
Ek 7: Terapötik İttifak Ölçeği – Hasta Formu (TİÖ-H).....	202
Ek 8: Belirti Tarama Listesi (SCL-90).....	205
Ek 9: Gözlemci Bilgi Formu	208
Ek 10: Onam Formu (Gözlemci)	210
Ek 11: Terapötik İttifak Ölçeği – Terapist Formu (TİÖ-T)	212
Ek 12: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (YİYE-II).....	216
Ek 13: Hasta - Terapist Etkileşimleri Değerlendirme Formu (HTED-F)	218
Ek 14: Hasta - Terapist Etkileşimleri Değerlendirme Yönergesi (HTED-Y).....	221
Ek 15: Etik Kurul Onay Yazısı	248
Ek 16: Orijinallik Raporu.....	249

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1 Kırılma Sınıflandırmaları	17
Tablo 2 Terapötik İttifakta Kırılma Seanslarına ve Bu Seanslardaki Hasta ve Terapistlere İlişkin Betimsel Veriler	49
Tablo 3 PYB Öncesi Seanslara ve Bu Seanslardaki Hasta ve Terapistlere İlişkin Betimsel Veriler	52
Tablo 4 PYB-Son ve PYB-1 Seanslarının İçeriklerinin Sıklığı	73
Tablo 5 PYB-Son ve PYB-1 Seanslarındaki Terapötik İttifaktaki Kırılma Türlerinin Sıklığı	76
Tablo 6 PYB-Son ve PYB-1 Seanslarındaki Terapist Davranışlarının Sıklığı	80
Tablo 7 Kırılma Seansları ve PYB Öncesi Seansların Karşılaştırılması: Seans İçeriklerinin Sıklığı	83
Tablo 8 Kırılma Seansları ve PYB Öncesi Seansların Karşılaştırılması: Terapötik İttifakta Kırılma Türlerinin Sıklığı	87
Tablo 9 Kırılma Seansları ve PYB Öncesi Seansların Karşılaştırılması: Terapist Davranışlarının Sıklığı	91
Tablo 10 Seans İçeriği ve Kırılma Türleri Etkileşim Sıklığı	105
Tablo 11 Kırılma Türleri ve Terapist Davranışları Etkileşim Sıklıkları	119
Tablo 12 HTED-F Madde Kaynakları	141
Tablo 13 HTED-F İle Değerlendirilen Süreçlere İlişkin Betimsel Veriler	145
Tablo 14 ICC Değerleri	147
Tablo 15 PYB Olan ve Olmayan Gruplardaki Terapist ve Hastaların Yaşlarının, SCL-90 ve HTED-F Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar İçin T-Test Sonuçları	148
Tablo 16 YİYE-II Puanlarına İlişkin Betimsel Veriler	149
Tablo 17 Grupların 3. Görüşmedeki TİÖ-H ve TİÖ-H Puanlarına İlişkin Betimsel Veriler	150

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1 Kırılmalar Ana Teması, Alt Temaları ve Kodları.....	58
Şekil 2 Terapötik İttifakta Kırılmaların Boyutsal Olarak Değerlendirilmesi	61
Şekil 3 Terapist Davranışları Ana Teması, Alt Temaları ve Kodları	64
Şekil 4 Seans İçeriği Ana Teması, Alt Temaları ve Kodları.....	68
Şekil 5 PYB-Son ve PYB-1 Seanslarının İçeriklerinin Karşılaştırılması	72
Şekil 6 PYB-Son ve PYB-1 Seanslarındaki Terapötik İttifaktaki Kırılma Türlerinin Karşılaştırılması	75
Şekil 7 PYB-Son ve PYB-1 Seanslarındaki Terapist Davranışlarının Karşılaştırılması	79
Şekil 8 Kırılma Seansları ve PYB Öncesi Seansların Karşılaştırılması: Seans İçerikleri	82
Şekil 9 Seans İçeriği Ana Temasına Ait Kodlama Sayısının Seans Grupları Açısından Değişimi	85
Şekil 10 Kırılma Seansları ve PYB Öncesi Seansların Karşılaştırılması: Terapötik İttifakta Kırılma Türleri.....	86
Şekil 11 Kırılmalar Ana Temasına Ait Kodlama Sayısının Seans Grupları Açısından Değişimi	89
Şekil 12 Kırılma Seansları ve PYB Öncesi Seansların Karşılaştırılması: Terapist Davranışları	90
Şekil 13 Terapist Davranışları Ana Temasına Ait Kodlama Sayısının Seans Grupları Açısından Değişimi.....	93
Şekil 14 PYB Öncesi Seanslar: Kırılma Türleri ve Terapist Davranışları Etkileşimi (Tam Komutu İle)	94
Şekil 15 Kırılma Seansları: Seans İçeriği ve Kırılma Türleri Etkileşimi.....	95
Şekil 16 Kırılma Seansları: Kırılma Türleri ve Terapist Davranışları Etkileşimi	98
Şekil 17 PYB Öncesi Seanslar: Seans İçeriği ve Kırılma Türleri Etkileşimi	100
Şekil 18 PYB Öncesi Seanslar: Kırılma Türleri ve Terapist Davranışları Etkileşimi ..	103

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Psikoterapistlerin en sık karşılaştıkları sorulardan biri, psikoterapinin etkili olup olmadığı ve eğer etkiliyse, bu etkinin nereden kaynaklandığı sorusudur. Uygulama alanından gelen bu sorular, çok sayıda psikoterapi araştırmacısını ilgili sorulara yanıt aramaya yönlendirmiştir. Özellikle Eysenck'in (1952) 24 psikoterapi araştırmasını taradığı ve 'psikoterapinin etkili olmadığı' sonucuna vardığı çalışması sonrasında bu konudaki tartışmaların hız kazandığı dikkat çekmektedir. *Psikoterapi*¹ dergisinin ilk sayısında Strupp'un (1963), Eysenck'in çalışmasına getirdiği eleştiriler ve sonrasında da Eysenck (1964) ve Strupp'un (1964) karşılıklı olarak devam ettirdiği bu tartışma psikoterapi araştırmaları alanındaki yöntem soru ve sorunlarına olan ilgiyi daha da arttırmış görünmektedir. Bu tartışmalar sırasında ve hemen sonrasında psikoterapi araştırmalarının daha çok etkinlik² konusuna odaklandığı belirtilmektedir (Safran, Muran ve Proskurov, 2009). Etkinlik konusunun gündeme gelmesi ve bu konudaki tartışmalara ışık tutmak için psikoterapi araştırmacıları çalışmalarının yönetsel olarak

¹ Amerikan Psikologlar Birliği yayını olan *Psychotherapy* dergisi.

² Alan yazından sıklıkla birbirine karıştırılan iki kavramdan biri olan etkinlik, 'efficacy' kelimesinin karşılığı olarak kullanılmıştır. Etkinlik kavramıyla karşılaştırılan kavram ise etkililiktir. Bu kelime de 'effectiveness' kelimesinin karşılığı olarak kullanılmaktadır.

Etkinlik çalışmaları kontrollü deneysel çalışmalardır. Bir tedavinin etkin olduğu söylendiğinde, bu tedavi için yapılan kontrollü deneysel çalışmalarda iyi sonuçlar elde edildiği ifade edilmek istenir. Etkili bir tedavi ise rutin veya olağan koşullarda olumlu sonuç sağlayan tedavilerdir. Yalıtılmamış, alanın içerisindeki klinisyenler ve hastalar söz konusudur.

Bu iki kavramı daha iyi anlayabilmek ve ayırtılabilmek için Seligman'ın (1995) açıklamalarından faydalanılabilir (sf. 965-6):

İdeal bir etkinlik çalışmasında (a) hastalar tedavi koşullarına seçkisiniz olarak atanırlar, (b) tüm koşullar için titiz bir kontrol uygulanır, (c) tedaviler için ayrıntılı yönergeler oluşturulmuştur ve yapılan tedavinin uygunluğu denetlenir, (d) hastalar sabit sayıda seansa katılırlar, (e) hedeflenen sonuç net bir şekilde işlevselleşmiş olarak tanımlanmıştır, (f) puanlayıcı ve tanı koyucular koşullara 'kör'dür, (g) hastaların sadece bir tek tanısı vardır, (h) hastalar, tedavi sonlandıktan belli bir süre sonra tekrar değerlendirmeye alınırlar.

Yazar etkinlik çalışmalarının gözden kaçırıldığı durumları ise şu şekilde sıralar (sf. 967-8): (a) psikoterapinin sabit bir süresi/uzunluğu yoktur, (b) psikoterapi söz konusu olduğunda bir teknik işe yaramadığında başka bir teknik hatta yaklaşımlar denenebilir, (c) etkinlik çalışmalarının aksine alanda, bireyler kendi tedavi seçeneklerini arayan, bunları değerlendiren aktif kişilerdir; seçkisiz atamada olduğu gibi pasif değildirler, (d) psikoterapideki hastaların, genelde, birden fazla sorunu vardır, (e) psikoterapi alanında belli belirtilerin giderilmesinin yanında hemen her zaman genel işlevsellik düzeyinin artırılması da amaçlanır. Ancak etkinlik çalışmalarındaki odak, belirtiler ya da bozukluğun sonlanıp sonlanmadığıdır.

güçlü olması gerektiğini fark etmişlerdir. Bu arayışın sonuçlarından biri de seçkisizleştirilmiş klinik çalışmalara olan ilginin artmasıdır.

Seçkisizleştirilmiş klinik çalışmaların, 1980'li yıllarda başlayan, üçüncü ve son nesil psikoterapi araştırmaları olarak adlandırılan (Pachankis ve Goldfried, 2007) dönemde, tıbbi modeli benimseyerek yapılan çalışmaların hız kazanması ve klinik çalışmaların standart hale gelmesiyle güncel alan yazına hâkim hale geldiği görülmektedir. Geline bu noktada, psikoterapi uygulamalarının hali hazırda tıbbi modele dayanıyor olması da etkili olmuş olabilir. Bu dönemde, psikoterapistin merkezi bir rol üstlendiği psikoterapinin, hastaya yapılan tek taraflı bir müdahale olduğu fikri, yani tıbbi modele benzer bir yaklaşımın alana hâkim olduğu dikkat çekmektedir. Böylece uygulama alanındaki bakış açısının araştırma alanında da kendine yer bulmuş olduğu görülmektedir. Söz konusu araştırmaların yöntemsel olarak güçlü yanlarının ağır bastığı ancak çok ciddi sıkıntıları da olduğu belirtilmektedir. Pachankis ve Goldfried (2007) bu sorunlardan bazılarını şöyle sıralamaktadır: (a) ilaç çalışmalarının model alınması ciddi bir dış geçerlilik sorununu gündeme getirmiştir, (b) ön/son ölçüme dayanan araştırmaların değişimin biçimini, aracı ve düzenleyici değişkenleri tespit etmek konusunda yetersiz kaldığı düşünülmüştür, (c) bu çeşit araştırma sonuçlarının klinisyenler tarafından çoğunlukla yararsız bulunduğu belirtilmektedir ve (d) bu tür araştırmaların doğaları gereği bir müdahale için en uygun zamanın ne olduğuna dair çok bilgi veremediği görülmektedir.

Yukarıdaki bilgiler ışığında psikoterapi çalışmalarının vizyonunun genişletilmesi gerektiği pek çok araştırmacı ve kuramcı tarafından gündeme getirilmiş ve gelecekte yapılacak olan çalışmaların nasıl sorular sormaları ve hangi konuları çalışmaları gerektiği ile ilgili çeşitli öneriler sunulmaya başlanmıştır. Örneğin Kazdin (2008), psikoterapi alanında bilgi birikimini arttırmak için üç boyutta değişimin gerekli olduğunu belirtmiştir:

1. Terapötik değişimin işleyişlerinin çalışılması,
2. Değişimde etkili olan düzenleyici değişkenlerin çalışılması ve
3. Nitel veri analizinin kullanılması.

Aktarılanlara paralel olarak psikoterapi araştırmalarında sorulan soruların ‘neden’ yerine ‘nasıl’a doğru evrimleştiği diğer önemli bir dönüm noktası olarak dikkati çekmektedir. Yani araştırmaların odağı ‘psikoterapi işe yarar mı’ sorusundan daha karmaşık bir soru olan ‘psikoterapi nasıl işe yarar’a doğru evrilmiştir (Stratton, 2011 s. 3). Pachankis ve Goldfried (2007) ile Kazdin’in (2008) değindiği noktaları bir arada değerlendirdiğimizde ‘yeni nesil psikoterapi’ araştırmalarının odaklanması gereken konulardan birinin psikoterapi süreci içerisinde neler olduğunun mikro düzeylerde ve nitel veri analizi teknikleri ile incelenmesi olduğu görölmektedir.

Alan yazında yer alan bu bilgiler ışığında, bu çalışma kapsamında nitel araştırma yöntem ve veri analizi teknikleri ile nicel araştırma yöntemlerinin temel bazı özellikleri birlikte kullanılarak, “ne” ve “nasıl” sorularının bir arada sorulması ve bu sorulara bazı yanıtların verilebilmesi amaçlanmıştır. Terapötik ittifakta kırılma ile psikoterapilerin yarıda bırakılması (PYB) olguları ele alınarak, bu olguların birbirleriyle ilişkisi seans düzeyinde incelenecektir. Çalışmanın sonraki aşamasında ise PYB’yi öngörmeye yönelik neler yapılabileceğine dair öncöl bir çalışma yürütölecektir.

Yukarıda belirtilen amaçlar doğrultusunda çalışmanın bu aşamasında öncelikle psikoterapi araştırmalarıyla ilgili genel bir bilgi verildikten sonra terapötik ittifak kavramının tarihçesi, terapötik ittifakın değerlendirilmesi (ölçekler, değerlendiriciler ve değerlendirme zamanı), terapötik ittifakta kırılmanın ne olduğu, bunun türleri ve kırılmaların onarılmasına ilişkin araştırmalar özetlenecektir. Daha sonrasında ise PYB’nin ne olduğu, nasıl adlandırıldığı, yaygınlığı, önlenmesi, PYB deneyiminin etkileri ve ilişkili değişkenler hakkındaki araştırmalara yer verilecektir. PYB ve terapötik ittifak ilişkisi tartışıldıktan sonra çalışma kapsamında değerlendirilecek olan seansların uygulandığı yaklaşımların (Bilişsel Davranışçı Terapi ve şema Terapi) tanıtımı yapılacaktır ve bu yaklaşımların tarihçesi hakkında bilgi verilerek söz konusu yaklaşımların terapötik ittifakla ilişkisine dair alan yazın tartışılacaktır.

1.1. PSİKOTERAPİ ARAşTIRMALARI

Psikoterapi süreç araştırmaları alan yazınındaki bilgi birikimi incelendiğinde, psikoterapi araştırmalarının ve araştırmacıların, ortak etkenleri savunanlar ve özgül

etkenleri savunanlar olmak üzere başlıca iki kampa ayrıldığı görülebilmektedir. *Ortak etkenler* modelini benimseyenler tüm psikoterapi türlerinde ortak bazı etkenlerin olduğunu ve bu etkenlerin değişimin esasını oluşturduğunu savunurken, psikoterapide esas olanın *özel etkenler* olduğunu savunanlar psikoterapötik değişimi terapi türüne özgü özel bileşen ve etkenlere atfederler. Ancak araştırmalar incelendiğinde psikoterapinin genel olarak etkili olduğu (Lambert ve Ogles, 2004) ve teknikler arasında çok az düzeyde farklılıklar bulunduğu sıklıkla rastlanılan bir bulgudur (örn., Stiles, Shapiro ve Elliott, 1986). Safran, Muran ve Proskurov'un (2009) da değindiği gibi, bazı bilişsel ve davranışsal tekniklerin dinamik ve insancıl yaklaşımlara göre küçük ama sabit bir şekilde daha etkili olduğu bazı meta analitik çalışmalarca ortaya konmuş olsa da (Dobson, 1989; Shapiro ve Shapiro, 1982; Svartberg ve Stiles, 1994) bu farkın, araştırmaların yöntemlerinden kaynaklanan bazı sorunlardan ya da eksikliklerden kaynaklanıyor olabileceği de öne sürülmüştür (Lambert ve Barley, 2002). Özgül etkenleri savunanlar ise ortak etkenler yaklaşımını özgül tekniklerin kişilerarası doğasından ayıramayacağını vurgulayarak eleştirmektedirler (Butler ve Strupp, 1986; Safran, 2003). Butler ve Strupp'a göre (1986) "teknikler, bireylerin dâhil olduğu belli etkileşimler içerisinde anlam kazanmakta ve dolayısıyla etkili olabilmektedir" (s. 33) ve "psikoterapi, insani ilişkinin terapötik amaçlarla sistemli olarak kullanılmasıdır" (s. 36). Özetle, teknik müdahalelerin yalıtılmış ortamlarda uygulanmadığı (Safran ve ark., 2009 s. 201), bu tekniklerin hasta terapist ilişkisi bağlamında sunulduğu ifade edilmektedir.

Eysenck sonrası meta analiz çalışmalarının birçoğunun elde ettiği psikoterapinin etkili olduğu ve bu etkinin psikoterapi türleri arasında farklılaşmadığı bulgusundan temellenerek, terapide etkili olan ortak bazı etkenlerin olduğu fikrinin güç kazandığı görülmektedir. Öyle ki, uygulanan psikoterapi ne olursa olsun, benzer sorunlar için benzer iyileşme oranlarının görüldüğü düşünülmüş ve bu benzerlik de araştırmacılar tarafından 'Dodo Kuşu' olgusu olarak adlandırılmıştır (Luborsky ve ark., 2002; Rosenzweig, 1936).

Farklı psikoterapi çalışmalarını karşılaştırarak Dodo Kuşu olgusunu sınamayı amaçlayan bir meta-analiz çalışmasında elde edilen bulguların bu olguyu doğruladığı görülmüş ve sadece çok katı istatistiksel yöntemler kullanılırsa küçük bir fark yakalanabileceği ifade edilmiştir (Wampold ve ark., 1997). Ancak çok geçmeden bunun

bir yanılısma olduğu fikri de tartişılmış ve bahsi geçen Dodo Kuşu’nun aslında hiç var olmadığı ya da ‘neslinin tükenmiş’ olabileceği üzerinde durulmuştur (Beutler, 2002; Chambless, 2002; Lilienfeld, 2007). Dodo Kuşu olgusunu savunanların sadece incelenen bozukluk açısından, sonuç değişkene odaklanması ve terapilerin özgül etkilerini göz ardı etmeleri gibi nedenlerle bu sonuca vardıkları; bu etkiye atfedilen şeyin aslında terapötik ilişki olabileceği üzerinde durularak psikoterapiler arasında anlamlı farklar olabileceğinin de savunulduğu görülmüştür (Beutler, 2002; Lilienfeld, 2007). Hatta Chambless’in (2002) davranışçı teknikler üzerinden tartışarak belirttiği gibi, yapılan çalışmalar, bazı psikoterapi uygulamalarının belli sorunlar için belirgin bir şekilde daha etkili olduğunu ortaya koymuştur. Görülmektedir ki her iki yaklaşımı savunan araştırmacıların savlarını desteklemek üzere kullanabileceği pek çok çalışma vardır ve bu çalışmaların sayısı her geçen gün artmaktadır. En nihayetinde Dodo Kuşu’ndan etkilenen her iki kampın da haklı olduğu noktaların olduğunu söylemek yerinde olacaktır. Bu açıdan, psikoterapi sürecindeki asıl değişimin kaynağını araştırmaya devam etmek ve yeni sorular sormayı sürdürmek gerekliliği önemini korumaktadır.

Özgül etkenlerin değişim kaynağı olduğunu savunan araştırmacılar çeşitli psikoterapi yaklaşımlarının belli sorunlar için önerdiği terapi tekniklerinin, psikoterapi süreci içerisinde ya da sonunda ortaya çıkan değişimin temel nedeni olduğunu söylemektedirler. Öteki kampta yer alan araştırmacıların, yani ortak etken savunucuların bahsettiği ortak etkenler ise nelerdir? Yukarıda da vurgulandığı gibi; yalıtılmış ortamlarda sunulması mümkün olmayan psikoterapi hizmetleri, hasta terapist ilişkisi bağlamında gerçekleştirilir. Bir başka ifadeyle, bütün teknikler ve müdahaleler ilişkisel hareketlerdir (Safran ve Muran, 2000) ve terapist de insan olarak bu değişimin merkezinde yer alan bir unsurdur (Lambert ve Okiishi, 1997). Alan yazında sıklıkla atıfta bulunulan 22 farklı ortak etkenin incelendiği bir çalışmada terapötik ittifak kavramı, hastanın sürece bağlanması ve duygusal deneyim ile birlikte psikoterapi uzmanları tarafından en fazla dile getirilen ortak etken olarak dikkat çekmektedir (Tschacher, Junghan ve Pfammatter, 2012). Bu alışma kapsamında da ele alınması planlanan, alan yazında sıklıkla sözü edilen ortak etken ‘terapötik ittifaktır’.

Aşağıda daha ayrıntılı olarak aktarılabacak olan terapötik ittifak kavramı, psikoterapi uygulamalarının bilinen ilk örneklerinden bu yana uygulamacı ve araştırmacıların gündeminde olan terapist-hasta ilişkisine odaklanmaktadır. Farklı pek çok şekilde ele alınmış ve adlandırılmış olsa da terapist-hasta ilişkisi tüm psikoterapi uygulamaların olmazsa olmaz uğraşı alanlarından biri olmuştur. Konuya ilişkin yapılan çalışmaların sayısında ve niteliğindeki artış bize, konunun her geçen gün daha fazla ilgi çekmeye başladığını ve bu ilginin gelecekte de devam edebileceğine dair ipuçları sunmaktadır.

1.2.TERAPÖTİK İTTİFAK

Terapötik ilişkinin önemine dair ilk yazıların Sigmund Freud'un aktarımla ilgili çalışmalarında yer aldığı görülmektedir. Freud'un (1912) bu yazılarında, birincil olarak hasta terapist arasındaki ilişkinin aktarımsal yönü ve aktarım analizinin önemi üzerinde durduğu dikkat çekmektedir. Freud, olumsuz aktarım ile olumlu 'sakıncasız' (unobjectionable) aktarım arasında bir ayrım olduğunu vurgulamıştır. Olumlu aktarımda hasta, terapistini destekleyici bir nesne olarak görmeye başlar ve bunu bilinçli bir şekilde yapar. Bunun çok büyük bir terapötik potansiyel taşıdığını vurgular, terapistle etkili bir işbirliği kurma güdülenmeyi sağlayabilmesi açısından yani başarılı bir psikanaliz için, olumlu aktarımın bir araç olarak işlev gördüğünü belirtir (Freud, 1912). Ancak, aktarımın karşı aktarım olmadan ya da direncin, terapistin empatik hatası olmadan ortaya çıkamayacağını; eyleme vuruk davranışlar ve rüyaların basitçe bireyin zihnindeki yalıtılmış intrapsişik durumlar olmadığını, bunların iletişim amacı taşıdığını vurgulayan Ferenczi (1980/1913, s. 349) ile bağlantılı olarak Balint'in (1950) terapideki ilişki sürecine gönderme yaparak, Freud'un 'fizyolojik ya da biyolojik yanlılıklarından' dolayı kuramındaki temel kavram ve amaçları 'bireyin' zihniyle sınırladığını öne sürdüğü görülmektedir. Balint'e göre klinik psikanalitik süreç iki bedenın ortak deneyimidir ve bu nedenle klasik kuramın terimleriyle uygun bir şekilde kavramsallaştırılamaz.

Bu eleştirilerle paralel olarak Freud'un hemen ardından terapötik ilişkiyi ele alanların iki ana kola ayrıldığı görülmüştür: İngiliz Nesne İlişkileri Kuramı ve Ego Psikolojisi. Terapötik ilişki kavramından ziyade 'ittifak' kavramının, ego psikologlarının hasta ve terapist arasındaki etkileşimi ön plana çıkarma çabasının bir ürünü olduğu dikkat

çekmektedir (Safran ve Muran, 2000). Terapötik ittifak kavramının ise terapist-hasta ilişkisinin doğasını açıklamak amacıyla, nesne ilişkileri kuramı çerçevesinde Zetzel (1956) tarafından kavramsallaştırıldığı ve alan yazına katıldığı görülmektedir. Zetzel, hastanın ittifak oluşturma kapasitesinin erken dönem gelişimsel deneyimlere bağlı olduğunu belirtmiştir. Ona göre, terapistin görevi eğer tedavinin başında hastada bu beceri yoksa hastanın ‘temel ihtiyaç ve kaygılarına’ yanıt vermektir (Zetzel, 1966). Bilindiği kadarıyla, bu yardım edici ilişkiyi ‘terapötik ittifak’ veya ‘çalışma ittifakı’ olarak adlandıran ilk kişi Zetzel'dir ve bu bakımdan konuya ilişkin çalışmalara katkısı çok değerlidir. Ona göre terapötik ittifak herhangi bir müdahalenin etkili olabilmesi için önemli bir etkidir. O, ittifakı analistle olumlu ve güvene dayalı ilişki oluşturabilme becerisi olarak tanımlamıştır. Terapistin hastanın ihtiyaçlarına cevap verebilmesinin ittifakı oluşturacak güvenli ilişkiyi sağlamak açısından önemli olduğunu belirtmiş ve bunun tıpkı bir annenin çocuğunun ihtiyaçlarını karşılayarak güven ve güvenlik duygusu yaratması gibi bir süreç olduğunu vurgulamıştır.

Bu kavramsallaştırmaların ardından pek çok psikoterapi yaklaşımının da terapötik ittifak kavramından faydalandığı dikkat çekmektedir. 1950 yılından sonra kavramla ilişkili olarak önemli bir diğer katkının da Rogers'tan (1951, 1957) geldiği görülmüştür. İttifak kelimesini kullanmamasına karşın, Rogers'ın klinik değişim için terapötik ilişkinin hem gerekli hem de yeterli koşul olduğunu belirttiği dikkat çekmiştir. Hastanın sürece katkısını ele almamış ve bu konuya dair vurgu yapmamış olan Rogers'ın (1951, 1957), terapötik ilişkiyi terapist tarafından sağlanan empati, koşulsuz olumlu kabul gibi belli koşullar olarak kavramsallaştırdığı görülmüştür. 1970li yıllara gelindiğinde ise Luborsky ve Bordin'in birbirlerinden bağımsız olarak, terapötik ittifakın kuramlar üstü bir şekilde kavramsallaştırılması üzerine çalışmalar yaptığı ifade edilmektedir (Horvath, 2001). Her ne kadar dinamik modelin birer uzantısı olarak yola çıkılmışsa da bu iki araştırmacının çalışmalarının önemi, ittifakı, tüm yardım amaçlı ilişkilerinin önemli bir bileşeni olarak sunmaları ve ittifak kavramını dinamik kuramsal çerçevenin kavramlarıyla açıklamamalarından ileri gelmektedir. Luborsky'ye (1976) göre ittifak iki aşama halinde gelişmektedir. Bu aşamalardan ilki tedavinin erken dönemlerinde var olan (Tip 1) ittifaktır ve hastanın, terapistin yardımcı olacağına, terapistin destekleyici, sıcak ve bakım verici olacağına dair inancını içerir. İkinci aşama ise tedavinin ilerleyen aşamalarında ortaya çıkan (Tip 2) ittifaktır. Tip 2 ittifak, “hastaya engel olan durumlarla

mücadele etmek üzere hasta ve terapistin birlikte çalışma duygusuna” dayanır (s. 94). Bir başka deyişle burada, hastanın terapi sürecinin kendisine inancı söz konusudur.

Yetmişli yılların sonuna gelindiğinde ise Bordin'in (1979), kuramlardan bağımsız olarak, terapötik ittifak olgusunu kavramsallaştırdığı çalışmasını yayımlandığı görülmüştür. Söz konusu kavramsallaştırmanın günümüze kadar etkisini sürdürdüğü gözlenmektedir. Bordin'e göre hasta ve terapist arasındaki ittifak üç bağımsız bileşeni olan bir bütündür. Bu bileşenler Bordin tarafından, görev, amaç ve bağ olarak adlandırılmaktadır. Ona göre ittifakın gücü hasta ve terapistin görev ve amaç konusunda anlaşması ve aralarındaki ilişkinin niteliğinin bir işlevidir. *Görev*, terapiye özgü yöntemleri/etkinlikleri içerir. Bu etkinlikler terapi türüne göre farklılaşmaktadır: Şema Terapi'de (ŞT) mod çalışması, Psikanaliz'de serbest çağrışım, Bilişsel Davranışçı Terapi'de (BDT) davranış kaydı tutmak gibi. *Amaç*, terapinin ulaşmayı hedeflediklerine dair genel bir hedefi (belirtilerin ortadan kalkması, içgörünün artması gibi) işaret etmektedir. *Bağ* ise hasta ve terapist arasındaki ilişkinin niteliğini (karşılıklı güven, kabul, sıcaklık gibi) ifade etmektedir. Bu üç bileşen birbirleriyle süregelen bir etkileşim içerisinde terapötik ittifak kavramının bütünü oluşturur. Ancak unutulmamalıdır ki terapötik ittifak basitçe, görev ve amaç konusunda uzlaşmaktan daha fazlasıdır ve kişilerarası ve kişilik içi yönleri de bir arada barındırır.

Kuramlar üstü bu açıklamaların tüm psikoterapi yaklaşımlarına uyarlanabilir bir doğasının olması, bu kavramsallaştırmanın kullanışlılığını ve dolayısıyla etkisini günümüze kadar sürdürmüş olmasını büyük ölçüde açıklamaktadır. Safran ve arkadaşları (2009) Bordin'in kavramsallaştırmasının önemini şu şekilde değerlendirmişlerdir: Bu kuramlar üstü kavramsallaştırma sayesinde, (a) ittifak kavramı psikanalitik psikoterapilerin dışındaki psikoterapi türlerinde de ele alınma şansı bulmuştur, (b) teknik ve ilişki etmenlerini birbirinden ayıran, geleneksel ikili anlayışa karşı bir alternatif ortaya çıkmış ve bu iki etkenin birbirinden bağımsız şeyler olmadığı aksine terapinin birbirine bağımlı öğeleri olduğu vurgulanmıştır, (c) bu model temel alınarak Safran ve Muran (Safran, 2003; Safran ve Muran, 1996; Safran ve Muran, 2000) tarafından ilişkiyel bir yaklaşım geliştirilmiş ve ittifakın müzakere edilebilir bir süreç olduğu ortaya konmuştur.

Bu kavramsallaştırmadan hareketle, pek çok farklı örnekleme yapılan çalışmalar ve sonrasında elde edilen bulgular ışığında, Bordin'ın kuramsal olarak ifade ettiği gibi terapötik ittifak kavramının psikoterapi türlerinden bağımsız olarak var olduğu ve bu şekilde psikoterapi sonucunu etkilediği fikrinin doğrulandığını söylemek mümkündür (örn., Hintikka, Laukkanen, Marttunen ve Lehtonen, 2006; Stevens, Muran, Safran, Gorman ve Winston, 2007; Watson ve Geller, 2005). Kuramlarüstü doğasına rağmen terapötik ittifak kavramı farklı yaklaşımlarda farklı şekillerde ele alınabilmektedir. Her ne kadar iyi bir ittifak kurulamayan süreçlerde değişimin zor olacağı genel bir kabul olsa da (DeRubeis, Brotman ve Gibbons, 2005) bazı yaklaşımlar terapötik ilişkinin önemine daha fazla vurgu yapmakta ve hatta terapötik ilişkiyi çalışmalarının merkezine oturtmaktadır. Örneğin, Beck, Rush, Shaw ve Emery (1979) hasta ve terapist arasında ilişki kurabilmenin bilişsel terapinin ilk adımı olduğunu belirtmektedir. Terapötik ilişkinin psikoterapi çalışmalarının merkezinde yer aldığı bir başka örnek de daha sonra ayrıntılı olarak açıklanacak olan ŞT'dir. ŞT'de de hasta terapist ilişkisi değişim için kullanılan bir araç gibi işlev görmektedir (Weertman, 2012). BDT ve ŞT'ye ek olarak, Safran ve Muran'ın (Safran, 2003; Safran ve Muran, 1996; Safran ve Muran, 2000) geliştirdiği Kısa Süreli İlişkisel Terapi (KİT) de terapi içerisindeki çalışmaları çoğunlukla terapötik ittifak müzakere sürecine odaklanarak yürütmektedir.

Terapötik ittifak kavramı için herkesin uzlaştığı ve kullandığı tek bir tanımdan bahsetmek mümkün görünmemektedir; ancak aşağıda yer alan, Horvath ve Bedi'nin (2002), ittifak kavramına ilişkin tanımları oldukça açıklayıcı görünmektedir:

“İttifak, terapideki hasta ve terapistin işbirliğine dayanan ilişkisinin niteliği ve gücünü ifade etmektedir. Bu kavram, hasta ve terapist arasındaki karşılıklı güven, hoşlanma, saygı ve şefkat gibi özellikleri içeren olumlu duygulanımsal bağı içermektedir. İttifak kavramı terapi ilişkisinin daha bilişsel yönlerini de içerisinde barındırmaktadır: terapistin amaçları ve bu amaçlara ulaşmanın anlamı doğrultusunda ortaklaşma ve aktif katılım gibi. İttifak kavramı terapi içerisinde, hasta ve terapist arasında, her bir tarafın belirli ve uygun sorumluluklarını yerine getirdiği, bir diğerinin sürece hevesle iştirak ettiğine inandığı bir ortaklık hissini

içinde barındırır. İttifak, terapist ve hasta arasındaki ilişkinin bilinçli ve amaca yönelik bir yönüdür” (s. 41).

Alan yazın incelendiğinde, psikoterapi sonucuna dair en doğru ve tutarlı öngörüü terapötik ittifak değişkeninin sağladığı bulgusuna ulaşan pek çok farklı çalışmanın olduğu dikkat çekmektedir (Horvath ve Bedi, 2002; Horvath, Del Re, Flückiger ve Symonds, 2011; Horvath ve Symonds, 1991). Yüksek düzeyde terapötik ittifakın olumlu sonuçla (Bickman ve ark., 2012; Spinhoven, Giesen-Bloo, van Dyck, Kooiman ve Arntz, 2007; Zuroff ve Blatt, 2006), düşük düzeyde ittifakın ise terapiye devam etmeme gibi (Barrett ve ark., 2008) durumlarla ilişkilendirildiği çok sayıda çalışma olduğu görülmektedir. Araştırmacıların konuya olan yoğun ilgisi göz önüne alındığında terapötik ittifak değişkeninin alan yazında sıklıkla atıfta bulunulan bir kavram olması şaşırtıcı değildir. Horvath ve arkadaşlarının (2011) 2009 yılında elektronik veri tabanlarını inceleyerek yaptıkları çalışma, 7000 çalışmanın, ittifak, yardım ittifakı, çalışma ittifakı ve/veya terapötik ittifak kavramlarını anahtar kelimeler arasında yer verdiğini göstermiştir.³ Safran ve Muran (2006), terapötik ittifak kavramının alan yazında bu kadar sık bir şekilde yer almasını şu iki nedene bağlamaktadır:

1. Hangi terapisinin daha iyi olduğu veya değişim için gerekli olan ortak etkenlerin neler olduğu konusunda tutarlı bir yapının sunulamamış olması ve
2. Terapötik ittifakın niteliğinin terapi sonucunu yordadığına dair sağlam kanıtların olması.

Öte yandan, Horvath ve arkadaşları (2011), ittifak kavramının araştırmacılar arasında yaygınlaşma sürecinin tarihçesini 1970’li yıllarda yapılan meta-analiz çalışmalarına kadar dayandırmaktadırlar. Araştırmacıların, bu anlamda üç önemli mihenk taşı belirledikleri görülmektedir. Bu üç mihenk taşını ise şu şekilde sıralamışlardır: (a) Luborsky, Singer ve Luborsky’nin (1975), Smith ve Glass’ın (1977) ve Stiles ve arkadaşlarının (1986) yayınladıkları meta-analiz çalışmalarının farklı psikoterapilerin hastalara benzer oranlarda yarar sağladığına dair genel bir sonuca ulaşması, (b) Rogers

³ İttifak, *alliance*; yardım ittifakı, *helping alliance*; çalışma ittifakı, *working alliance*; terapötik ittifak, *therapeutic alliance* ifadelerinin karşılığı olarak kullanılmıştır. Terapötik ittifak kavramını ilk olarak Zetzel (1956, 1966) çalışma ittifakı kavramını Greenson (1965); yardım ittifakı kavramını da (Luborsky, 1976, 1984) kullanmıştır. Bunlara ek olarak, aynı olguyu ifade etmek için tedavi ittifakı ifadesinin karşılığı olan *treatment alliance* kavramı da Sandler, Dare ve Holder (1992) tarafından kullanılmıştır.

ve arkadaşlarının terapi ilişkisine dair yaptıkları çalışmalar ve (c) kökeni 1930'lara kadar dayanan, farklı psikoterapi kuramlarının bütünleştirilmesine yönelik merak ve ilginin artması.

İttifak kavramının psikoterapi ilişkisi tarihi içerisinde önem kazanmasına açıklama getirmeye çalışan başka araştırmacılar da vardır. Örneğin, Safran ve Muran (2006) bu konuya ilişkin dört farklı önemli noktaya değinmektedirler:

1. Kavramın, Psikanalitik kuramın, terapinin teknik yönü üzerinde çok durduğu ve terapist-hasta ilişkisindeki otantik insani etkenleri göz ardı ettiği zamanlarda kuramın önemli bir açığı kapatması,
2. Psikanalizin, terapistte çok az bir hareket alanı sağladığı zamanlarda terapist tutumlarının daha esnek olabileceğine dair vurgu yapılması; farklı hastaların özgün ihtiyaçlarına terapistler tarafından daha uyumlu bir şekilde tepki verebilmelerini sağlaması,
3. Terapötik ilişkinin hastaların aktarımlarının bir yansıması olarak görüldüğü bir dönemde otantik terapi ilişkisine ve terapistin kendiliğindenliğine sıcak bakılmaya başlanmasını sağlaması,
4. Sonraki dönemlerde ego psikologlarının 'bilinçdışı ortak etkilenme' kavramını geliştirerek önemli bir bakış açısı değişikliğine yol açmalarına ön ayak olması; hatta daha sonrasında ilişkisel psikanaliz yaklaşımını benimseyen psikologların, aktarım analizinden 'bilinçdışı ortak etkilenme' analizine geçmelerini sağlaması.

1.3.TERAPÖTİK İTTİFAKIN DEĞERLENDİRİLMESİ

1.3.1. Terapötik İttifakı Değerlendirmek Amacıyla Kullanılan Ölçekler

Terapötik işbirliğini değerlendirmek için farklı yöntemler vardır. Temelde, gözleme ve uzmanlığa dayanan niteliksel incelemelerin yanı sıra, ittifakı değerlendirebilmek üzere çeşitli değerlendiricileri (hasta, terapist ya da gözlemci gibi) hesaba katarak geliştirilmiş ölçüm araçları da mevcuttur. Benzer şekilde bireysel psikoterapi, aile danışmanlıkları, çift terapisi ya da grup psikoterapisindeki terapötik ittifakı değerlendirmek üzere çeşitli araçlar da geliştirilmiştir. Bu çalışma kapsamında bireysel psikoterapiler üzerinden bir

tartışma yürütüldüğünden sadece bu amaçla geliştirilmiş ölçüm araçlarının öne çıkan bazılarından kısaca bahsedilecektir.

Örneğin, Penn Yardım İttifakı Ölçeği (Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien ve Auerbach, 1985) ve aynı ölçeğin gözden geçirilmiş sürümü (Luborsky ve ark., 1996) hem hasta hem de terapist değerlendirmesine yönelik olarak hazırlanmıştır. Aynı ölçeğin gözlemci değerlendirmesi yapmak amacıyla kullanıldığı çalışmalar da vardır (örn., Öjehagen, Berglund ve Hansson, 1997). Terapötik İttifak Derecelendirme Ölçeği'nin (Marmar, Horowitz, Weiss ve Marziali, 1986) gözden geçirilmiş formu olan California Psikoterapi İttifak Ölçeği (CALPAS: Marmar, Gaston, Gallagher ve Thompson, 1987) de hasta, terapist ve gözlemci değerlendirmelerini dikkate almaktadır. Söz konusu olan bu ölçek dilimize de uyarlanmıştır (Öztan, 1995). Terapi kayıtlarının incelenmesi ile sadece eğitilmiş klinisyen gözlemciler tarafından derecelendirilen Vanderbilt ölçekleri de (Hartley ve Strupp, 1983) bu amaçla oluşturulmuş önemli ölçüm araçlarıdır. Ancak bu ve benzeri pek çok ölçüm aracı belli bazı terapi yaklaşımlarına özgü teknikleri vurgu yapmaları nedeniyle eleştirilmektedirler (Hatcher, 2010 s. 15). Bu örneklerle ek olarak yaygın bir şekilde kullanılan ve dilimize uyarlanmış, Bordin'in kuramlarüstü, üçlü sınıflamasını temel alan tek ittifak ölçüm aracı ise Terapötik İttifak Ölçeği'dir (TİÖ: Horvath ve Greenberg, 1989; Soygüt ve Işıklı, 2008; Soygüt ve Uluç, 2009). Bu ölçeğin de hasta, terapist ve gözlemci formları vardır.

Terapötik ittifakı değerlendirebilmek amacıyla hazırlanmış onlarca ölçüm aracı içerisinde sıklıkla öne çıkan ve araştırmacılarca önerilen bazı ölçekler bulunmaktadır. Yukarıda sıralanan ölçekler bu şekilde öne çıkmış ve yetişkin psikoterapi hastalarıyla yapılan çalışmalarca kullanılmak üzere önerilmiş olan örneklerdir. Elvins ve Green (2008) bütün ölçüm araçlarını ele aldıkları tarama çalışmalarında, özellikle TİÖ, Vanderbilt Ölçekleri ve CALPAS'ı önerirken; Martin, Garske ve Davis (2000) bu ölçeklere ek olarak Penn ölçeklerinin de kullanımının uygun olacağı önerisine bulunmuşlardır.

1.3.2. Değerlendirici Farklılıkları ve Değerlendirme Zamanı

Alan yazın incelendiğinde terapötik ittifakın değerlendirilmesi sırasında üç farklı bakış açısından yararlanıldığı görülmektedir: Hasta, terapist ve gözlemci. Bu bakış açılarının araştırmalara, kimi zaman birer birer dahil edildiği (örn., Marmarosh ve Kivlighan, 2012) kimi zaman da çeşitli birleşimlerle bir arada kullanıldığı dikkat çekmektedir (Horvath ve Bedi, 2002; Horvath ve Symonds, 1991). Her bir bakış açısının kendine göre üstünlükleri ve değeri olsa da terapötik ittifakı değerlendirmek amacıyla kullanılan hasta, terapist ve gözlemci derecelendirmeleri arasında farklar olduğuna dair önemli bulgular olduğu görülmektedir. Değerlendirici farklılıklarına ek olarak değerlendiricilerin derecelendirme yaptıkları zamanın da terapi sonucunu yordama konusunda çeşitli farklılıklar gösterdiği bilinmektedir.

Yapılan ilk çalışmalarda hastanın derecelendirdiği ittifakın terapinin sonucunu öngörmek konusunda terapistin derecelendirmesine göre daha iyi sonuç verdiği ve hasta-terapist derecelendirmeleri arasındaki ilişkinin zayıf olduğu görülmüştür (Horvath ve Symonds, 1991). Bir başka çalışmada ise terapi ilerledikten sonra, terapist tarafından yapılan derecelendirmenin sonucu daha iyi yordadığı saptanmıştır (Kivlighan ve Shaughnessy, 1995). Sonraki bir çalışmada ise gözlemci derecelendirmesinin sonucu daha iyi yordadığı, üstelik hasta ve terapist derecelendirmelerinin sonucu yordamadığı bilgisine de ulaşılmıştır (Fenton, Ceceroi, Nich, Frankforter ve Carroll, 2001). Horvath ve Bedi'nin (2002) çalışmasında ise hasta ve gözlemcinin derecelendirmelerinin sonucu yordama konusunda daha iyi olduğu görülmüştür. Özetle, değerlendiricilerin yordama gücüyle ilişkili olarak araştırma bulguları arasında bir tutarsızlık olduğu dikkat çekmektedir.

Değerlendiricilerin farklılaşmasına bağlı olarak ortaya çıkan bu tutarsızlığa rağmen yukarıda da belirtildiği gibi çok sayıda çalışma hastanın terapötik ittifak derecelendirmesinin terapist derecelendirmesine göre sonucu daha güçlü ve istatistiksel olarak daha anlamlı bir şekilde yordadığını göstermiştir (Horvath ve Symonds, 1991; Lambert ve Bergin, 1994). 2000 yılında yayınlanan bir meta analiz çalışmasının da (Martin ve ark., 2000) hastanın değerlendirmesi lehine olan yukarıdaki bulguları güçlendirecek şekilde sonuç verdiği dikkat çekmektedir. Buna göre hastaların terapötik

ittifak değerlendirmesi terapist ve gözlemcilerin değerlendirmelerine göre daha tutarlı ve sabittir; terapist ve gözlemcilerin değerlendirmesi ise süreç içerisinde sürekli olarak değişmektedir.

Değerlendiricilerin değişmesinin ortaya çıkardığı farka ek olarak değerlendirmenin yapıldığı zaman da araştırma sonuçlarını etkilemektedir. Horwath ve Symonds'ın (1991) çalışmasında terapi sürecinin erken ve son dönemlerinde alınan ittifak ölçümlerinin terapi sonucunu, terapinin orta aşamasına göre ya da ortalama ittifak değerlendirmelerine göre daha iyi yordadığı gösterilmiştir. İlk seans sonrasında alınan ittifak ölçümünün psikoterapinin yarıda bırakılmasının güçlü bir yordayıcısı olduğu da araştırmacılarca elde edilen bulgular arasında dikkat çekmektedir (Kokotovic ve Tracey, 1990; Tryon ve Kane, 1995)

1.4.TERAPÖTİK İTTİFAKTA KIRILMA⁴

1990'lı yıllardan bu yana yapılan araştırmaların, yani Safran, Muran, Samstag ve Stevens'in (2002) 'ittifak araştırmalarında ikinci nesil' olarak adlandırdığı araştırmaların, ittifak geliştirmeyi sağlayan nedenleri açığa çıkarmaya çalışmanın yanı sıra, ittifakta ortaya çıkan zorlanmalar ve kırılmaların onarılmasının⁵ üzerinde de yoğunlaşmaya başladığı dikkat çekmektedir. Kırılma kavramı görece yeni bir kavram olsa da, kırılma anlarının psikoterapi süreci içerisinde çalışılmasının değeri ve bunun değişim açısından taşıdığı merkezi önemin uzunca bir süredir dikkate alındığı görülmektedir (Safran ve Muran, 2000). Psikanalitik kuramda, başlangıçta, ayak bağı olduğu düşünülen, direnç olgusuyla çalışmanın ego psikologlarınca değişimin merkezi olarak kavramsallaştırıldığı (Bordin, 1994; Safran ve Muran, 2000) ve böylece adı 'kırılma' olmasa da ittifakta ortaya çıkan bu zorlanmaların belli şekillerde ele alınmaya başlanmış olduğu dikkat çekmektedir. Yaklaşık yirmi yıllık, görece yeni fakat üretken ve yoğun bir geçmişi olan ikinci nesil ittifak araştırmalarının üzerinde yoğunlaştığı 'kırılma' ne demektir? Safran ve Muran (2000) terapötik ittifakta kırılma anlarını,

⁴ 'Kırılma' kelimesi İngilizce'deki 'rupture' kelimesinin karşılığı olarak kullanılmıştır. Kelime anlamı itibariyle bozulma, yarıma, kırılma, parçalanma, uyuşmazlık, zorlama gibi anlamları olan bu kelime için olgunun doğasına uygun olarak 'kırılma' karşılığı kullanılmıştır.

⁵'Onarma' kelimesi, olgunun doğasına daha uygun olması nedeniyle, İngilizce'deki 'resolution' kelimesinin karşılığı olarak kullanılmıştır.

terapist ve hasta arasındaki ilişkinin gerildiği ya da ittifakın bozulduğu anlar olarak özetlemektedir. Söz konusu kırılma anlarında her iki tarafın da öfke, can sıkıntısı, başarısızlık hissi ya da savunmaya geçme gibi deneyimler yaşadığı ifade edilmektedir (Elkind, 1992). Kırılmalar psikoterapi sürecinin değişik aşamalarında çeşitli şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Kırılmalar çok dramatik bir biçimde ortaya çıkabileceği gibi hasta ya da terapistin güçlkle farkına varabileceği, küçük değişimlerle de kendini gösterebilmektedir.

Terapötik ittifakta kırılmalar ittifakın niteliği ve dolayısıyla psikoterapi sürecinin kendisiyle doğrudan ilişkilidir. Bordin'e (1979) göre ittifakın niteliği, amaçlar ve görevler açısından terapist ve hasta arasındaki anlaşma ile duygudurumsal bağlarının bir işlevi olarak belirlenmektedir. Bu üç bileşen süreç içerisinde birbirlerini etkileyebilmekte ve biri ya da ikisindeki farklılaşma bir diğerini doğrudan değişimleyebilmektedir. Safran ve arkadaşları (2002), görev, amaç ve bağ arasındaki müzakerenin değişimin anahtarı olduğu fikrine Bordin'in 1979 yılındaki yazısında örtük olarak, 1994'teki yazısında ise açıkça değinildiğini belirtmektedirler. Yazarlara göre terapötik ittifakın bu üç bileşeni terapi sürecinde birbirini etkilediği için terapide süre giden bir müzakere söz konusu olmaktadır. Araştırmacılar, müzakerenin kaçınılmaz olarak her terapide ortaya çıktığını, bunun bazen örtük bazen de açıkça yapıldığını belirtmektedirler. Safran ve arkadaşlarına göre (2002 s. 236), eğer her şey yumuşak bir şekilde ilerliyorsa müzakere bilinçli farkındalık alanının dışında gerçekleşiyordur, müzakere süreci ancak terapötik ittifakta açık bir kırılma anında net bir şekilde gündeme gelmektedir. Yazarlar ittifakta kırılmayı Bordin'in kavramsallaştırmasından yola çıkarak üçe ayırmışlardır: (1) terapistin görevleri konusunda anlaşmazlık, (2) terapistin amaçları konusunda anlaşmazlık ya da (3) ilişkideki bozulmalar.

İttifakta kırılmanın, terapi süreci için belirli bazı nedenlerle önemli olduğu belirtilmektedir. Kohut (1971), ittifakta kırılmayı empatik hata⁶ olarak kavramsallaştırmış ve bunlar üzerinde çalışılmasının hasta için önemli duygusal deneyimler sağlayabileceğini belirtmiştir. Buna göre, kırılmanın başarılı bir şekilde çözümlenmesi hem yüzeyde görev ve amaca etki eder hem de daha derindeki kişisel ve kişilerarası anlamları etkiler. Safran (1993) ise ittifakta kırılmanın çalışılmasının neden

⁶ *Empathic failure* ifadesinin karşılığı olarak kullanılmıştır.

önemli olduğuna dair üç açıklama sunmuştur: Bu açıklamalardan ilki, kırılmaların onarılmasının, terapiden fayda görmeme riski olan hastalara yardım edebilmek adına önemli bir etken olmasıdır. İkinci açıklama ise ittifakta kırılmanın altında yatan etkenleri araştırmanın, hastanın, terapistin müdahalelerine yönelik algısını belirleyen çekirdek oluşumları hakkında bilgi sağlama olasılığının olmasıdır. Üçüncü ve son açıklama da terapötik ittifakta kırılmanın araştırılmasının ve onarılmasının hasta için, önemli bir düzeltici duygusal deneyim olmasıdır. Alexander ve French (1946, s. 66) değişimin düzeltici duygusal deneyimlerle olabileceğini savunurlar. Bunun da terapistin, hastanın ebeveynlerinin çatışmalı durumlarda davrandığından farklı davranarak yapabileceği ve bu sayede hastanın kişilerarası şemalarına ilişkin beklenti ve inançlarını yanlışlanmasıyla mümkün olacağı belirtilmektedir. Yani terapötik ittifakta kırılma anları düzeltici duygusal deneyim sağlanması gereken durumlara açılan bir pencere gibi işlev görebilmektedir. Safran'ın belirttiklerine ek olarak, Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue ve Hayes (1996) yaptıkları çalışma sonucunda BDT ile depresyon terapisinde terapötik ittifakta kırılmanın onarılmasının olumlu terapi sonucuyla ilişkili olduğunu bulmuş; Strauss ve arkadaşları (2006) da benzer onarma süreçlerinin çekingen veya obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunda klinik gelişim ve daha düşük psikoterapiyi yarıda bırakma oranlarıyla ilişkili olduğunu göstermiştir.

Terapötik ittifakta kırılma olgusunun şemsiye bir tanımlama olarak kullanıldığı çalışmaların yanı sıra Safran ve arkadaşlarının bazı çalışmaları terapötik ittifakta kırılma anlarını sınıflama üzerinde de durmuştur (Mitchell, Eubanks-Carter, Muran ve Safran, 2011; Safran ve Muran, 2000). Araştırmacılar, Harper'ın (1989a, 1989b, akt. Mitchell ve ark., 2011) yaptığı ilk kırılma sınıflandırmasını temel alarak çeşitli alt sınıflar oluşturmuşlardır. Harper'ın bahsettiği ilk sınıflamanın iki ana kümeyi içerdiği görülmektedir: geri çekilme⁷ ve yüzleşme⁸. *Geri çekilme* anlarında hasta, belli bazı şekillerde terapistinden uzaklaşmakta ya da kaçınmaktadır. Ek olarak, hastanın deneyimlerini inkâr ederek terapistle yaklaşması da bu şekilde ele alınabilmektedir. *Yüzleşme* ise hasta, öfke ya da işbirliğine uygun olmayan bir şekilde memnuniyetsizlik dile getirerek terapistle karşı hareket edebilir. Terapistle baskı uygulamaya ya da onu kontrol etmeye çalışabilir. Safran ve arkadaşları bu iki temel

⁷ Withdrawal

⁸ Confrontation

sınıflamaya ek olarak her iki kavram altında toplayamadıkları bazı kırılmaları da *diğer*⁹ olarak sınıflamanın uygun olacağını belirtmişlerdir (Mitchell ve ark., 2011). Bu sınıflamaya, terapisti baştan çıkarmaya yönelik hareketler ya da terapötik bağlamla uyumsuz bir şekilde oldukça sıradan davranışlar girebilir. Her ne kadar kırılma anlarında hasta ve terapist aktif birer öge olsa da Safran ve arkadaşlarının yaptığı kırılma sınıflamasında sadece hastanın davranışları dikkate alınmıştır. Bu sınıflama sistemine göre geri çekilme ve yüzleşme kırılmalarının her birinde 7 tane ve diğer kümesiyle birlikte toplam 15 adet terapötik ittifakta kırılma alt türü tanımlanmıştır. Bahsi geçen kırılma türleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1 Kırılma Sınıflandırmaları*

Geri Çekilme	Yüzleşme, Meydan Okuma	Diğer
İnkâr	Terapist hakkında şikâyetler/endişeler	Diğer (ayartıcı davranışlar, aşırı derecede arkadaşça ve günlük davranışlar gibi)
En az tepki	Hasta, terapistin formülasyonunu ya da yorumunu işbirliğinden uzak bir şekilde reddeder	
Soyut iletişim	Terapi etkinlikleri hakkında şikâyetler/endişeler	
Kaçınmacı hikâye anlatma ve/veya konu değiştirme	Terapi değişkenleri hakkında şikâyetler/endişeler	
Uyumlu ve yatıştırıcı	Terapi ilerleyişi hakkında şikâyetler/endişeler	
İçerik ve duygu durumun uyuşmaması	Hastanın kendisini terapistle karşı savunması	
Kendini eleştirme ve/veya umutsuzluk	Terapisti kontrol etmeye ve ona baskı uygulamaya yönelik doğrudan çaba	

* Mitchell ve arkadaşlarından (2011) uyarlanarak alınmıştır.

Görülmektedir ki terapi türünden bağımsız bir şekilde, terapist ve hasta etkileşimine bağlı olarak terapötik ittifakta kırılmanın ortaya çıkması neredeyse kaçınılmaz hatta bazı açılardan da yararlıdır. Psikoterapinin, doğal olarak, olmazsa olmazlarından olan terapötik ittifakta kırılmanın nedenleri neler olabilir? Görev, amaç ve bağ konusunda sorunlar neden ortaya çıkmaktadır? Richards (2011, s. 57-59), ittifakta kırılma ve

⁹ Miscellaneous

kırılmanın onarılmasına dair yaptığı derlemede, kırılmanın nedenlerini şöyle sıralamaktadır:

1. Hasta ve terapistin ‘aynı sayfada olmaması’.
2. Terapi yaklaşımına yönelik katı bir uyum çabasının olması.
3. Hasta ve terapistin bağlanma örüntüleri.
4. Hastanın çok konuşmak ve kendini açmak istememesi.
5. Hastanın terapiye gönüllü olarak başvurmamış olması.
6. Üçüncü kişilerin olumsuz etkisi.
7. Hastanın beklentilerinin karşılanmasıyla ilgili başarısızlık.
8. Sürecin başından itibaren sınırlar, anlaşma ve terapi mantığının yeterince açık olmaması.
9. Hastanın kendini anlaşılmış hissetmemesi.
10. Terapötik bağlamda ortaya çıkan kişilerarası döngüler.
11. Ruhsal ‘bulaşma’dan korunma (hastanın davranışları karşısında terapistin kendi savunmalarının ortaya çıkmasından kaçınması).
12. Terapistin hastaya birey olarak değil de bir çalışma nesnesi olarak yaklaşması.

Yazar, yukarıda sıralanan kırılma nedenlerinden sonra terapistlerin söz konusu kırılmaları nasıl çözmeye çalıştıklarına dair alan yazını da özetleyerek şöyle bir sıralama yapmıştır (s. 59-60):

1. Üst iletişim.
2. Sorumluluk alma ve kendini açma.
3. Hastanın olumsuz yöndeki davranışlarına kapılmayı en az düzeye indirmek.
4. Olgunun kendisine dönmek ya da empati.
5. Farkındalığı devreye sokmak.
6. Söz konusu durum için terapistin yanlılıklarının olup olmadığını dikkate almak.
7. Anlaşma ve sınırları yeniden düzenlemek ya da var olanı netleştirmek.
8. Hastanın orada gönüllü olarak bulunup bulunmadığının netleştirilmesi.
9. Her iki tarafın da karşısındaki insanı, bir ilişki içerisinde değerlendirmesi ve ilişkiyi bu şekilde sürdürmesi.

Mitchell ve arkadaşlarının (2011) ise kırılmaları çözmek amacıyla terapistlerin sergiledikleri davranışları şöyle sıraladıkları görülmektedir:

1. Terapist yanlış anlaşılmayı açıklığa kavuşturmaya çalışır.
2. Terapist, terapi görevlerini ya da amaçlarını değiştirir.
3. Terapist, terapi görevlerini açıklar ya da bunların ardındaki mantığı ifade eder.
4. Terapist hastayı, terapistin kendisi ya da terapisinin bazı yönleri hakkındaki düşünce ve hislerini kırılmanın bağlamı içerisinde, tartışmaya davet eder.
5. Terapist, hasta ile olan ilişkisine dair kendi içsel deneyimlerini, kırılmanın bağlamı içerisinde hastayla paylaşır.
6. Terapist, kırılmanın bağlamı içerisinde, ilişkide ortaya çıkan soruna dair sorumluluğunu açıkça ifade eder.
7. Terapist kırılmayı, hasta-terapist ilişkisindeki daha genel bir örüntüyle bağlantılandırır.
8. Terapist kırılmayı, hastanın diğer ilişkilerindeki daha genel ilişki örüntüsüyle bağlantılandırır.
9. Terapist, hastanın mevcut durumdaki savunmacı durumuna hak verdiğini ifade eder.

Görülmektedir ki terapötik ittifakı geliştirme ve korumaya yönelik olarak yapılabilecek terapist davranışları, terapötik ittifakta kırılmanın tespiti ve onarılması için yapılabilecek terapist davranışlarıyla benzeşmektedir (Ackerman ve Hilsenroth, 2003).

Terapötik ittifakta kırılma anlarının onarılması ile terapi sonucu arasında bir ilişki olduğu denencesinin pek çok çalışmada odak noktası olarak yer aldığı da dikkat çekmektedir. Safran, Muran ve Eubanks-Carter (2011), yaptıkları meta-analiz çalışmasında bu araştırmaları bir araya getirmiş ve terapötik ittifakta kırılma anlarının çözümü ile terapi sonucu arasındaki ilişkinin .24 ($p = .002$) düzeyinde olduğunu hesaplamıştır. Aynı çalışmada yer alan ikinci meta-analiz ise terapistin terapötik ittifakta kırılmaya müdahale etmesi ile terapi sonucu arasındaki ilişkiye odaklanmış ve söz konusu ilişkinin .65 ($p < .001$) düzeyinde olduğu görülmüştür. Her iki analiz sonucu da açıkça ortaya koymaktadır ki ittifakta kırılma ve bu kırılmaların çözümü terapi sonucunu etkileyen önemli süreçlerdir.

1.5. PSİKOTERAPİNİN YARIDA BIRAKILMASI (PYB)

Geçmişe oranlandığında ruh sağlığı tedavisi arayan insanların sayısında artış olsa da tanılanabilir sorunları olan insanların sadece %11'inin tedaviye başvurduğu; tanı alamayacak olsa da çeşitli ruh sağlığı sorunları yaşayan insanların ise sadece %2'sinin tedavi aradığı dikkat çekmektedir (Vogel, Wade ve Hackler, 2007). Bu nedenle ruh sağlığı sorunu yaşayan herhangi bir insanın psikoterapi hizmeti sağlayan kurum ya da kişilerden randevu alması ya da buna yönelik adım atmasını bile önemli bir gelişme olarak değerlendirmek mümkün gibi görünmektedir. Howard, Kopta, Krause ve Orlinsky'nin (1986) çalışması da bu savı destekler nitelikte sonuçlar elde etmiştir. Bu çalışmada hastaların %15'inin ilk psikoterapi seansından önce ölçülebilir düzeyde kendiliğinden iyileşme kaydettiği görülmüştür. Ancak bu bilgiye rağmen psikoterapi randevusu alıp da ilk seansa dahi gelmeyen hastaların oranının da ciddi bir boyutta olduğu bilinmektedir. Bu oran, ayakta hasta kabul eden her türlü psikoterapi ortamının dâhil edildiği bir çalışmada ise %50 olarak bulunmuştur (Garfield, 1994). Bu durumun hastaların tedavi motivasyonu ve tedavi hazırlılıklarıyla ilgili farklılaşmalardan da kaynaklanabileceğine dair bulgular bulunmaktadır (Prochaska, Prochaska ve Levesque, 2001; Prochaska, DiClemente ve Norcross, 1992).

İlk seansa gelen hastaların bir kısmı da süreç içerisinde çeşitli sebep ve şekillerde psikoterapilerini sonlandırmaktadır. Psikoterapideki hastaların psikoterapilerini yarıda bırakması ya da psikoterapinin yarıda bırakılması (PYB) alan yazında sıklıkla tartışılan bir konudur ancak yarıda bırakmanın tam olarak ne olduğu, nasıl tanımlandığı, nasıl isimlendirilmesi gerektiği gibi temel düzeydeki tartışmalar da son bulmuş değildir. Roos ve Werbart'ın (2013) PYB çalışmalarını inceledikleri çalışmalarında, araştırmaların iki temel sorunu olduğuna dikkat çekilmiştir: PYB'nin tanımına dayalı sorunlar ve PYB olgusunun nasıl anlaşılacağı ve analiz edileceğine dair sorunlar. Öyle ki, oldukça yakın bir zamanda gerçekleştirilen bir meta analiz çalışmasında PYB tanımının nasıl yapıldığının bile çalışmalar sonucunda elde edilen PYB oranlarına etki edebileceği gösterilebilmiştir (Swift ve Greenberg, 2012).

Alan yazın incelendiğinde, PYB'yi anlatabilmek için hangi işevuruk açıklamaların kullanılması gerektiğine ilişkin bir fikir birliği olmadığı da görülmektedir (Hatchett ve

Park, 2003; Swift, Callahan ve Levine, 2009). Hatchett ve Park (2003) PYB'yi açıklamak üzere alan yazında sıklıkla yer alan dört işevuruk tanım olduğunu ifade etmektedirler: (1) terapistin kendi kararı/değerlendirmesi, (2) hastanın, kararlaştırılan son randevuya gelmemesi, (3) hastanın, önceden belirlenmiş sayıda seanstan daha azına gelmesi ve (4) hastanın, kabul görüşmesinden sonra seanslara gelmemesi. Araştırmacıların, çalışmalarında bahsettikleri 1. ve 2. tanımın, aynı olguya işaret ettiğini de ayrıca vurguladıkları görülmektedir. Bu benzerliğe Swift ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında rastlamak mümkündür. Hatchett ve Park (2003), alan yazında sıklıkla kullanılan ve yukarıda sıralanan dört tanıma ek olarak, hastanın tedaviyi, klinik olarak anlamlı bir değişiklik olmadan bırakmasının da PYB'yi açıklamak üzere kullanılabilecek işevuruk tanımlardan biri olduğuna dikkat çekmektedir. Özetle, PYB'yi işevuruk olarak tanımlamak üzere pek çok değişik bakış açısını değerlendirmeye alan, bilğimiz dâhilindeki, beş farklı açıklamadan bahsetmek mümkün görünmektedir. Bu tanımlar arasında 'terapistin değerlendirmesinin' tarihsel olarak daha fazla tercih edilen bir sınıflama olduğu söylenmekle birlikte (Pekarik, 1985) bu yöntemin kusurlu ve yanlı olabilecek bir klinik yargıya dayandığı da bazı araştırmacılar tarafından ifade edilmektedir (Garb, 2005; Grove, Zald, Lebow, Snitz ve Nelson, 2000).

İşevuruk tanımlamaya göre daha kolay ve temel düzeyde bir mesele gibi görünse de benzer bir tartışma, olgunun nasıl etiketlenmesi gerektiği konusunda da sürmekte ve bu konuda da bir fikir birliğinin olmadığı göze çarpmaktadır. Bu olguya işaret etmek üzere alan yazında kullanılan bazı isimler şöyledir: aşınma, erken bırakma, zamanından önce sonlandırma, hastanın tek taraflı sonlandırması, terk-bırakma¹⁰ gibi. Bu çalışma kapsamında bu etiketlemeleri ifade etmek üzere genel olarak, psikoterapiyi yarıda bırakma tamlaması kullanılacaktır.

Yukarıda bahsedilen tartışmalardan da faydalanarak PYB'yi özetle, hastanın tedaviye başlaması ancak kendisini tedaviye getiren sorunlarından kurtulmadan tedaviyi bırakması olarak tanımlamak mümkündür (Hatchett ve Park, 2003; Swift ve ark., 2009).

¹⁰ Bu kavramların İngilizce karşılıkları, sırasıyla, 'attrition', 'early withdrawal', 'premature termination', 'client-initiated unileteral termination', 'dropout'dur.

1.5.1. PYB'nin Yaygınlığı

Yapılan çalışmalar PYB'nin yaygın ve önemli bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır (Barrett ve ark., 2008). Örneğin, Ogrodniczuk, Joyce ve Piper'in (2005) çalışmasında uzun süreli terapiler söz konusu olduğunda PYB oranının %62, kısa süreli terapiler söz konusu olduğunda ise bu oran %32 olduğu görülmüştür. Alan yazında sıklıkla atıf alan ve 125 araştırmayı kapsayan Wierzbicki ve Pekarik'in (1993) karşılaştırmalı meta analiz çalışmasında ise ortalama PYB oranı %47 olarak ifade edilmiştir. Swift ve arkadaşlarının (2009) üniversite temelli eğitim kliniği örnekleminde yaptıkları bir çalışmada bu oran %77'ye kadar çıktığı gözlenmiştir. Yakın zamanlı başka bir meta analiz çalışmasında ise alan yazındaki yaygın bilginin aksine PYB oranının %19.7 olduğu ifade edilmiştir (Swift ve Greenberg, 2012). 83,834 hastayı kapsayan 669 çalışmanın incelendiği bu son analizde heterojen bir yapı olduğu ve PYB oranının değerlendirme için tek başına yeterli olmadığı ise yazarlar tarafından ayrıca vurgulanmıştır. Swift ve Greenberg'ün tartışmasını destekler nitelikte bir bulgu da yakın zamanlı bir çalışmadan gelmiştir: Bu çalışmada, PYB oranlarının, araştırmaların yapıldığı kliniklerin yönetsel yapılarından dahi etkilenebildiği ve bunun da PYB oranlarını farklılaştırabildiği belirtilmiştir (Werbart, Andersson ve Sandell, 2014). PYB, terapist ve ilişki değişkenlerinin bir arada incelendiği ve bir meta analiz çalışması olan Roos ve Werbart'ın (2013) araştırması, 10,452 hastayı kapsayan 30 çalışmanın ortalama PYB oranının %35 olduğunu ve çalışmaların PYB oranlarının %16 ile %69 arasında değiştiğini göstermiştir.

Hastaların tanıları ve terapi yönelimi gibi değişkenlerin PYB oranlarıyla ilişkisi de alan yazında üzerinde sıklıkla çalışılan bir başka araştırma konusu olmuştur. 12 farklı psikolojik bozukluk ve bu bozuklukların tedavisinde kullanılan terapi yöntemleri ile PYB ilişkisini inceleyen 587 çalışmanın tarandığı bir araştırmada, söz konusu değişkenlerin karşılaştırılması için bir dizi meta analiz çalışması yürütülmüş ve sonuçlar depresyon, yeme bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu açısından tedavi yönelimi ve PYB ilişkisinde bir farklılık olduğunu fakat diğer 9 bozukluğun tümü için böyle bir farklılık olmadığını göstermiştir (Swift ve Greenberg, 2014). Araştırmacılar PYB oranlarındaki bu benzerliği açıklarken, hastaların psikoterapiyi yarıda bırakmasının terapi yöneliminden çok daha önce açıklanan ortak etkenler, hasta ya da

terapist karakteristiği gibi başka terapi değişkenleriyle ilişkili olabileceğini belirtmişlerdir.

PYB önemli bir olgudur çünkü bu durum hastanın kendisi için sağlayabileceği en yüksek faydadan uzaklaşması dışında da pek çok anlama gelmektedir. Örneğin, *araştırmacı* bakış açısıyla PYB, veri kaybı demektir ve elde edilen verileri, verilerle yapılabilecek analizleri sınırlar, genellebilirliği azaltır; *eğitimci* bakış açısıyla PYB, genç terapistleri incitir ve morallerini bozar, profesyonel gelişimlerini olumsuz yönde etkileyebilir; *klinisyen* bakış açısıyla da PYB, hastaların tedavi potansiyellerinin karşılanamamasıyla sonuçlanabilir (Beckham, 1992). Ayrıca PYB olgusunun anlaşılmasının bir diğer önemi de terapiye devam eden hastalardansa terapiyi bırakan hastaların, uzun erimde, süreğen hastalıklardan mustarip hastalar olma olasılığının olmasıdır (Baekeland ve Lundwall, 1975 s. 739).

1.5.2. PYB'nin Önlenmesi

PYB'nin, hastanın kendisi, terapist, terapi ortamının sağlandığı kurumlar ve toplum açısından ciddi olumsuz etkileri olduğu vurgulanmaktadır (Swift ve Greenberg, 2012); terapi sonucu olumsuz etkilenir (Pekarik, 1992); servis sağlayıcılar açısından gelir ve zaman kaybı, başarısızlık hissi, moral çöküntüsü gibi etkileri de vardır (Barrett ve ark., 2008; Klein, Stone, Hicks ve Pritchard, 2003; Piselli, Halgin ve MacEwan, 2011; Reis ve Brown, 1999; Sledge, Moras, Hartley ve Levine, 1990)

PYB'nin önlenmesine yönelik olarak pek çok araştırmacının çeşitli önerilerde bulunduğu görülmektedir. Örneğin, Ogrodniczuk ve arkadaşları (2005) Ocak 1970 ile Mart 2004'ü kapsayan tarama çalışmalarına dayanarak PYB'yi önlemek için dokuz farklı strateji önermişlerdir: terapi öncesi hazırlık, hasta seçimi, zaman sınırlı ya da kısa süreli kontratlar, tedavi müzakeresi, vaka yönetimi, randevu hatırlatıcılar, güdülenmeyi arttırma, terapötik ittifakı arttırma ve duygudurum ifadelerini kolaylaştırma. Ancak araştırmacıların en iyi PYB önleme stratejisi hangisidir sorusuna verebilecekleri bir yanıt oluşmamıştır. Yazarlara göre klinisyenler bütün bu stratejileri bir arada kullanmalıdırlar. Barrett ve arkadaşları (2008) da PYB'yi azaltmak için çeşitli öneriler sıralamıştır, bunlar: terapidaki roller hakkında bilgi vermek, motivasyonel görüşme,

tedavi hizmet modelini iyileştirmek, terapist geri bildirimi ve terapötik ilişkiyi dikkate almaktır. Swift, Greenberg, Whipple ve Kominiak (2012), kendileri tarafından daha önce yapılan (Swift ve Greenberg, 2012) nicel meta analiz çalışmasının sonuçlarına dayanarak 6 tane strateji önermişlerdir. Yazarlar bu stratejileri şöyle ifade etmektedirler:

1. Süre ve değişim örüntüsü hakkında eğitim vermek,
2. Terapideki roller hakkında bilgi vermek,
3. Hastanın tercihlerini göz önünde bulundurma,
4. Erken dönemdeki umudun güçlendirilmesi,
5. Terapötik ittifakın artırılması,
6. Tedavinin gidişatını değerlendirmek ve tartışmak.

Araştırmacılar, bu önerilerin dayandığı çalışmalarının çocuk ve ergen hastaları; alkol ve madde kullanan hastaları; sağlıkla ilişkili hizmetleri; kendine yardım durumlarını; teknoloji temelli terapileri; çift ya da aile terapisini kapsamadığını da ayrıca belirtmekte ve okuyucuların dikkatine sunmaktadırlar. Yazarlar derledikleri önerilerin daha çok psikoterapi sürecinin başında yani ilk bir iki seans içerisinde uygulanabileceğini hatta uygulanması gerektiğini belirtmektedirler çünkü PYB'nin çoğunlukla terapinin erken safhalarında ortaya çıktığı önceki çalışmalarda ortaya konan bir bulgudur (Garfield, 1994). Araştırmacılar, bu önerilerin farklı terapi yönelimlerine sahip terapistlerce uygulanabileceğini de eklemektedirler. Swift ve arkadaşları (2012), sadece, yaptıkları niteliksel alan yazın taraması ile daha önceki meta analiz çalışmalarıyla uyuşan (Swift ve Greenberg, 2012) önerileri bildirmişlerdir. Ayrıca, Swift ve arkadaşlarının önerilerinin yukarıda bahsedilen araştırmacıların önerilerinden farklı olarak sadece seans içi durumlara odaklandığının da altını çizmekte yarar vardır.

Aşağıda yer alan öneri ve açıklamalar Swift ve arkadaşlarının (2012) çalışmasından özetlenerek alınmıştır.

1.5.2.1. Süre ve Değişim Örüntüsü Hakkında Eğitim Vermek

Hastaların çoğunluğunun müdahalenin nasıl olacağına ilişkin belli beklenti ve inançları olduğundan yola çıkılarak yapıldığı belirtilen bir öneridir. Hastaların gerçekçi olmayan beklentilere sahip olduğu bilinmekte olduğundan (Mueller ve Pekarik, 2000; Pekarik,

1991; Pekarik ve Wierzbicki, 1986) önemi vurgulanmaktadır. Araştırmacıların, hastaların gerçekçi beklentiler geliştirmesine yardım etmenin hayal kırıklığı ve beklentilerin karşılanmamasını engelleyerek PYB oranlarını azaltabileceğine dair bir öngörüsü vardır.

Hasta beklentilerinin terapistle tartışıldığı bir çalışmada beklentilerin tartışılmasının etkili olmadığına dair bulgular elde edildiği görülmüştür (Reis ve Brown, 2006). Ancak terapinin ne kadar süreceğine dair eğitim verilen bir çalışmada bunun beklentileri düzenleme konusunda etkili olduğu da görülmüştür (Swift ve Callahan, 2011). Swift ve arkadaşları (2012) psikoterapi sürecinin gidişi ve değişim örüntüsü hakkında da bilgi vermenin önemli olduğunu belirtmektedirler fakat bu konuya ilişkin henüz görgül bir çalışma yapılmadığı dikkat çekmektedir.

1.5.2.2. Terapideki Roller Hakkında Bilgi Vermek

Tedavi sırasında hastanın ve terapistin nasıl davranacağına ilişkin, hastaya ait beklentileri ifade eden rol beklentilerinin karşılanamamasının PYB ile ilişkili olduğuna dair çok sayıda araştırma bulgusu dikkat çekmektedir (Aubuchon-Endsley ve Callahan, 2009; Callahan, Aubuchon-Endsley, Borja ve Swift, 2009; Constantino, Glass, Arnkoff, Ametrano ve Smith, 2011; Garfield, 1994; Greenberg, Constantino ve Bruce, 2006; Reis ve Brown, 1999). Hastanın rol beklentilerinin kaynağının medya, arkadaş çevresi ya da edebi kaynaklar olabileceği düşünülmektedir. Bunun dışında terapiye ilişkin hiçbir fikrin olmaması da sıkıntı yaratabilecek bir durum olarak değerlendirilmektedir. Böyle bir durumda olan hastalar yapmaları gereken şeyler konusunda sıkıntı yaşayabilirler. Roller belirlenmesi, hastalara terapi öncesinde uygun davranışlar hakkında bilgi verilmesini içermektedir. Terapi rollerine ilişkin bir eğitim verilmesinin PYB oranlarını azalttığını gösteren bir çalışma olduğu da bilinmektedir (Reis ve Brown, 2006). Bu çalışmada, terapi sürecinin başlamasından önce hastalara bir video kaydı izlettirilmiştir. Görüntülerin içeriğinde hastalardan beklenen davranışlar ve terapinin nasıl bir ortamda yürütüldüğü, rollerin ne olduğu gibi bilgiler verilmiştir. Sonuçlar, bu şekilde bir görüntülü eğitim alan hastaların PYB oranlarının eğitim almayan hastalara göre anlamlı olarak daha düşük olduğunu göstermiştir.

1.5.2.3. Hastanın Tercihlerini Göz Önünde Bulundurma

Hastanın tercihlerinin, tedavinin şekli, çalışılmak istenen terapistin nasıl biri olduğu, terapistteki rol ve davranışlara ilişkin arzu ve istekleri kapsadığı belirtilmektedir (Swift ve ark., 2012). Swift, Callahan ve Vollmer'in (2011b) yaptığı meta analiz çalışması, tercihlerine uygun koşullardaki hastaların PYB oranlarının tercihlerine uygun olmayan koşullarda yer alan hastalara göre daha az olduğunu ortaya koymuştur.

Hastanın tercihlerini göz önünde bulundurma dendiğinde, söz konusu olan şeyin hastanın tercihlerine doğrudan ve kendiliğinden uyum sağlamak olmadığı yazarlar tarafından özellikle belirtilmektedir. Hastaların belli sorunlar için önerilen en iyi tedavinin farkında olmalarının güçlüğüne dikkat çeken yazarlar, doğrudan ve kendiliğinden bir uyum yerine, bozukluk ve tedavi seçenekleri hakkındaki bilgilerin hastalara aktarılmasının daha yararlı olacağı üzerinde durmaktadırlar.

1.5.2.4. Erken Dönemdeki Umudun Güçlendirilmesi

Değişime ilişkin beklentilerin, terapi sonucuna ilişkin varyansın yaklaşık olarak %15'ini açıkladığını ve değişim konusunda kilit bir rol oynadığını gösteren araştırma bulgularının olduğu görülmektedir (Greenberg, 2012; Norcross ve Lambert, 2011). Hastaların gerçekçi olmayan beklentilerini düzenlemenin önemi yukarıdaki öneriler içerisinde vurgulanmıştı ancak yazarlar, bu sırada umudu da güçlendirmek gerektiği de ayrıca belirtilmektedir.

Psikoterapi sürecinin başında terapistlerin hastalarına mantıklı bir tedavi rasyoneli sunmalarının tek başına yeterli olmadığı ifade edilmektedir. Terapistler, bir uzman olarak kendilerinin de başarılı bir terapi için gerekli becerilere sahip olduklarını ifade etmelidirler; terapistlerin hastalarına yardım edebileceklerine dair umudu da güçlendirmeleri gerekmektedir (Constantino ve ark., 2011)

1.5.2.5. Terapötik İttifakın Arttırılması

Terapötik ittifak güçlü olduğunda terapi görevleri işbirliği içerisinde çalışılabilir ve amaçlar doğrultusunda ilerlemek mümkün olabilirken, ittifakta sorun olmasının PYB'ye yol açabileceği araştırmacılar tarafından da ifade edilmiştir (Bordin, 1994; Safran ve Muran, 2000). Yapılan çalışmalar incelendiğinde de PYB ve terapötik ittifak arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (Sharf, Primavera ve Diener, 2010).

Terapötik ittifakı kurmak ve arttırmaya ilişkin çabaların PYB riskinin fazla olduğu ilk seanslarda mutlaka yer alması gerektiğinden bahsedilmektedir (Swift ve ark., 2012). Yazarlar, erken dönemdeki çabaların müdahaleler başlamadan önce görev ve amaç konusunda hastanın fikir, tercih ve yansımalarına hakkında konuşmak konusunda cesaret verici olabileceğini ifade etmektedirler. Ancak unutulmamalıdır ki terapötik ittifak diğer stratejilerle doğrudan ilgili olan önemli bir bileşendir. Ayrıca terapötik ittifak Safran ve Muran'ın (2000) da belirttiği gibi süre giden bir müzakere sürecidir ve sadece psikoterapi sürecinin başında değil, sürecin her aşamasında önemli bir rol oynar. Bu nedenle de, terapötik ittifak, ayrıca ele aldığımız bir değişken olarak çalışmada yer almaktadır.

1.5.2.6. Tedavinin Gidişatını Değerlendirme ve Tartışma

Yazarların burada ifade ettiği durum terapinin rutin olarak değerlendirmesidir. Bu sayede klinisyenin PYB söz konusu olmadan önce iyileşme göstermeyen ya da kötüye giden hastaları tespit etme imkânı bulabileceği belirtilmektedir. Swift ve arkadaşları (2012), klinisyenlerin bu amaçla nesnel ölçüm araçlarından faydalanabileceğini belirtmekle birlikte bu takibin sözel olarak da yapılabileceğini ifade etmektedirler.

Bu öneriler ek olarak, Roos ve Werbart (2013) da PYB oranlarının azaltılabilmesi için terapistlerin, özellikle, terapötik ilişkinin oluşturulması ve gerektiğinde (kırılma anlarında) onarılması konusunda becerilerinin arttırılması gerektiğini de ayrıca ifade etmektedirler.

Güncel alan yazında yer alan bu önerilerin etkililiği ve psikoterapi sürecinde ne oranlarda yer aldığı ya da alması gerektiğine dair çalışmalar ise oldukça sınırlı olduğu

görülmektedir. Swift ve Callahan'ın (2011) hastaların terapi süresine dair beklentilerine ilişkin yürüttükleri çalışma göstermektedir ki terapi süresine ilişkin birkaç cümlelik olsa bile bir bilgilendirme alan hastaların terapide kalma süreleri, bilgilendirme almayan hastalara göre anlamlı olarak daha fazladır. Terapötik ittifak ve PYB arasındaki ilişki de önceki çalışmalarca ortaya konmuştur (Roos ve Werbart, 2013; Samstag, Batchelder, Muran, Safran ve Winston, 1998; Tryon ve Kane, 1990, 1995). Bu çalışmalara rağmen PYB'nin önlenmesine ilişkin bütüncül bir bakış açısıyla yapılan çalışmalara ihtiyaç duyulduğu da açıkça göze çarpmaktadır.

1.5.3. PYB Deneyimi

Terapist ve hastaların PYB sonrası yaşanan duruma yükledikleri anlamlar ve bu konudaki deneyimleri de önemli bir araştırma konusudur. Yakın zamanlarda yürütülen iki çalışmanın, psikoterapistlerin PYB ile ilişkili açıklamalarına odaklandığı görülmektedir (Murdoch, Edwards ve Murdoch, 2010; Piselli ve ark., 2011). Bu çalışmaların bulguları göstermiştir ki psikoterapistler PYB'ye dışsal nedenler atfetmekte ve hastaya odaklanma eğilimi göstermektedirler.

Hastalar ise PYB'yi terapist ya da terapiye ilişkin memnuniyetsizlikleriyle açıklamaktadırlar (Björk, Björck, Clinton, Sohlberg ve Norring, 2009; Knox ve ark., 2011). Terapinin erken dönemlerinde yorum yapan, yoğun şekilde yorum yapan, erken dönemde yüzleştirme kullanan terapistler, sempatik olmayan, düşmanca davranan kişiler olarak algılanmaktadırlar (Crits-Christoph ve Gibbons, 2001; Hilsenroth ve Cromer, 2007; Norcross ve Wampold, 2011). Buna ek olarak PYB deneyimi yaşayan hastalar yeterli bilgi, onaylanma ve destek almadıkları yönünde hayal kırıklığı yaşadıklarını da ifade etmektedirler (Lambert ve Ogles, 2004; Reis ve Brown, 1999). Ancak araştırmalar PYB söz konusu olduğunda vakaların terapi deneyimlerine karşı tamamen olumsuz bir bakış açıları olmadığını ve bunu tamamen terapinin başarısızlığı olarak görmediklerini ortaya koymuştur (Ogrodniczuk ve ark., 2005; Presley, 1987). Hastaların, PYB söz konusu olduğunda dahi terapötik ittifakı terapistlerine göre daha olumlu yönde derecelendirdiklerini gösteren bir çalışma da mevcuttur (Tryon ve Kane, 1990). Roos ve Werbart (2013) hastaların terapi ya da terapist konusundaki memnuniyetsizliklerinin terapötik ittifakla ilişki bir durum olabileceğini belirtmektedir.

PYB deneyimi yaşayan hastaların tam tersi şekilde, tedavisi başarı ile sonuçlanmış hastaların terapilerine ilişkin deneyiminde öne çıkan temanın ‘bilge, sıcak ve yetkin bir profesyonelle’ ilişkide olma durumu olduğu da görülmüştür (Binder, Holgersen ve HØstmark Nielsen, 2008).

Diğer taraftan, Wilson ve Sperlinger’in (2004) çalışması bize, PYB deneyimine ilişkin öne çıkan temalar hakkında önemli bilgiler sunmaktadır. Bu çalışmada PYB deneyimi yaşamış terapist ve hastalarla, nitel bir araştırma yöntemi olan, Yoruma Dayalı Fenomonolojik Analiz kullanılarak görüşmeler yapılmıştır. Çalışmanın sonucu, hastalar için beş ana temanın söz konusu olduğunu göstermektedir, bu temalar şunlardır:

1. Acı verici duygulara yaklaşma/kaçınma
2. İşlevsel yardıma karşı yoğun psikoterapi için karışık duygular
3. Terapistle yaklaşma/uzaklaşma
4. Bir tehdit olarak terapi ve kontrolün kaybı
5. Bağımlılık, kayıp ve terk edilme

Aynı çalışmadaki terapistler için dört ana tema söz konusu olmuştur, bu temalar ise şunlardır:

1. ‘Bırakılmanın’ duygusal etkisi
2. Duygularla başa çıkmak için kuramın kullanımı
3. Duyguları, kuramı biçimlendirmede kullanmak
4. Terapistler için gelişimsel meseleler

1.5.4. PYB İle İlişkili Değişkenler

Hakkındaki pek çok tartışma fikir birliği ile sonlanmamış olsa da PYB’nin yaygınlığı, PYB ile ilişkili daha fazla araştırma yapmak adına itici bir güçtür. PYB ile ilişkili yapılan çalışmaların yoğunlaştığı konulardan biri PYB ile ilişkili ve PYB’yi yordayan değişkenlerin neler olduğudur.

PYB ile ilişkili değişkenleri iki genel sınıfta incelemek mümkündür. Bunlardan biri terapiye ve terapistle ilişkin değişkenlerken diğeri de hastaya ilişkin değişkenlerdir. Terapistle ilişkin değişkenler arasında en fazla çalışmaya konu olan değişken ise terapistin deneyimi ya da uzmanlığıdır. Bazı çalışmalar terapistin deneyiminin (Baekeland ve Lundwall, 1975) ya da uzmanlığının (Garfield, 1994) PYB ile ilişkili olduğunu gösterirken başka bazı çalışmalar ise terapistin deneyim düzeyinin PYB oranlarıyla ilişkili olmadığını ortaya koymuştur (Betz ve Shullman, 1979; Krauskopf, Baumoardner ve Mandracchia, 1981). Stein ve Lambert'in (1995) üniversite danışma merkezlerinde eğitim amaçlı hasta kabul eden terapistlerle tam zamanlı terapistlerin karşılaştırıldığı çalışmasında iki grup arasında çok az bir fark olduğu görülmüştür. Wierzbicki ve Pekarik (1993) terapistin yıl olarak ölçülen deneyiminin ve uzmanlık derecesinin PYB oranlarıyla ilişkili olmadığını ortaya koymuştur. Deneyimli ve deneyimsiz psikoterapistler açısından PYB oranlarında fark çıkmamasının nedenini açıklayabilecek bir çalışma Reis ve Brown (1999) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada yaş olarak hastalarının yaşlarına yakın olan deneyimsiz terapistlerin işbirliği kurmaya daha fazla odaklandığı ve bu sayede de deneyim eksikliğini telafi edebileceği üzerinde durulmuştur. Deneyimli terapistler ise hastanın bakış açısını görmezden gelerek PYB'ye neden oluyor olabileceği belirtilmiştir.

PYB ile ilişkili olabileceği öngörülen dört değişkenin incelendiği bir çalışmada, bu değişkenlerin: (1) hastanın, psikolojik bozukluğun doğasına ilişkin tutumu, (2) tedaviye gelmekle ilgili olarak hastanın karşılaştığı pratik sorunlar, (3) hastanın, terapistin becerisine ilişkin bakışı ve (4) sosyal sınıf (gelir ve eğitim düzeyinden oluşturulmuş karma bir değişken olarak ele alınmıştır) olduğu ifade edilmiştir (Beckham, 1992). Analiz sonuçları bu dört değişkenden sadece hastanın terapistle ilişkin başlangıçtaki olumsuz izleniminin etkili olduğunu göstermiştir. Keijsers, Kampman ve Hoogduin'in (2001) çalışmasında da PYB'yi öngörebilecek, eğitim seviyesi, terapi motivasyonu, kişilik patolojileri ve başvuru zamanındaki belirtti şiddeti gibi hastaya ilişkin değişkenler sınanmıştır ancak sadece eğitim seviyesi ve terapi motivasyonu dışında hiçbir değişkenin PYB ile ilişkili olmadığı, bulunan bu ilişkilerinin de çok küçük bir oranda olduğu görülmüştür.

Hastalara, başvurularının ardından hemen randevu verilip verilmemesi ile PYB arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, hastaların başvuru zamanı ile ilk randevuları arasında geçen süre ile hastaların terapiye hiç gelmemeleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu ancak bu zaman aralığının terapiye başlayan hastaların terapiyi bırakmalarını etkilemediği görülmüştür (Reitzel ve ark., 2006). Hatta, terapi sürecinin ilk haftalarında hastalar tarafından iptal edilen ya da bu haftalarda hastaların gelmediği seanslar ile PYB oranları arasında bir ilişki olduğunu gösteren bir çalışma da bulunmaktadır (Beckham, 1992).

Barrett ve arkadaşları (2008) PYB'ye neden olabilecek olan değişkenleri sınıflandırmış ve altı farklı alan belirlemişlerdir:

1. Hastanın nitelikleri (yaş, etnik köken, gelir gibi)
2. Hizmete ulaşma ile ilgili durumlar (hizmetin bedeli ve sosyal destek seviyesi gibi)
3. İhtiyaçla ilişkili etkenler (tanı, stres düzeyi, psikolojik zihinlilik gibi)
4. Çevresel etkenler (ulaşılabilirlik, tedavi seçenekleri ve tedavi ortam gibi)
5. Ruh sağlığı sorunlarına yönelik algı (etiketleme gibi)
6. Tedaviye ilişkin algı ve varsayımlar (memnuniyet düzeyi, tedavi süresine ilişkin beklenti gibi)

Ancak bu çalışma, Swift ve arkadaşları (2012) tarafından bazı yönleriyle eleştirilmektedir. Onlara göre, Barret ve arkadaşlarının (2008) çalışması yordayıcı değişkenleri belirleme açısından önemlidir fakat yordayıcılarla gerçek nedenlerin birbirinden ayrılması konusunda başarısızdır ve bu ayrımın kendisi de oldukça önemlidir.

Bir başka çalışmada, hastanın, genç, kadın, az eğitilmiş, etnik azınlık ve/veya düşük sosyo ekonomik düzeyden (SED) olmasına bağlı olarak PYB olasılığının arttığı görülmektedir (Baekeland ve Lundwall, 1975). Reis ve Brown (1999) ise sadece düşük SED ve etnik azınlık olmakla ilişkili tutarlı veriler olduğunu belirtmektedir. Barrett ve arkadaşlarına (2008) göre ise özellikle genç, az eğitilmiş ve etnik azınlık olup düşük SED'den gelen hastaların PYB açısından risk taşıdığı belirtilmiştir. Hasta ve terapist arasında etnik bir eşleşme olmasının PYB oranları ve toplamda devam edilen seans

sayısı ile ilişkisini inceleyen bir meta analiz çalışmasında böyle bir ilişki olduğu fakat bu ilişkinin oldukça düşük olduğu ifade edilmiştir (Maramba ve Nagayama Hall, 2002). Ancak PYB'yi yordayan, hastaya ait demografik değişkenlere ilişkin en tutarlı bilgi sadece SED ile ilgili olmaktadır (Baekeland ve Lundwall, 1975; Barrett ve ark., 2008; Reis ve Brown, 1999; Swift ve Greenberg, 2012; Wierzbicki ve Pekarik, 1993). Buna göre düşük SED, PYB açısından risk oluşturmaktadır.

Daha önce yaptıkları meta analiz çalışmasının (Swift, Callahan ve Vollmer, 2011a) devamı olarak yine Swift, Callahan, Ivanovic ve Kominiak'ın (2013) yaptığı 33 farklı araştırma ve toplamda 6058 hastayı kapsayan bir meta regresyon çalışmasında yaş, cinsiyet, etnik köken, eğitim seviyesi ya da medeni durumdan bağımsız olarak hastanın sürece ilişkin tercihlerinin (hastanın terapiye geldiğinde karşılaşmak isteyebileceği, tedavi çeşidi, terapist, seans içerisindeki roller gibi koşulları ifade etmektedir) süreçle örtüşmesinin daha iyi terapi sonucu ve daha az PYB oranıyla ilişkili olduğu görülmüştür. Sonuçlar hiçbir hasta değişkeninin hastanın tercihleri, terapi sonucu ve PYB oranı arasındaki ilişkiyi etkilemediğini göstermiştir. Yani terapi tercihlerini değerlendirmek ve uyarlamak yaş, cinsiyet, etnisite, medeni durum ve eğitim seviyesinden bağımsız olarak her hasta için eşit derecede önem taşımaktadır. PYB ile tercihler arasındaki ilişkiyi etkileyen tek değişken müdahalenin süresi olmuştur. Tercihleri uyuyan ve uyumayan hastalar açısından sürece eklenen her seansın PYB oranına etkisi $d=.02$ düzeyinde artmıştır (Swift ve ark., 2013). Swift ve Greenberg'ün (2012) çalışması ise PYB oranının hastanın tanısı, yaşı, terapistin deneyimi, müdahale ortamı, PYB tanımı, çalışmanın çeşidi (etkililik x etkinlik) ve desene bağlı diğer değişkenler tarafından düzenlendiği ancak terapi yönelimi ya da terapistin bireysel veya grup düzeyinde olmasının bu oranı etkilemediğini göstermiştir.

Alan yazında, PYB oranları ve terapi ilişkisinin değerlendirildiği çalışmaların olduğu da görülmektedir. Örneğin, Roos ve Werbart'ın (2013) çalışmasında yapılan veri tabanı taraması, alan yazındaki PYB çalışmalarının yarısından azının, PYB oranları ile terapistle olan ilişki, ilişki ya da süreç değişkenlerini bir arada değerlendirdiğini ortaya koymuştur. Buna göre, terapistlerin deneyimi, eğitimi ve becerileri, somut destek ve duygusal olarak destekleyici olmak PYB oranlarını belirleyen terapist değişkenleri olarak öne çıkarken; terapötik ittifakın niteliği, hastanın memnuniyetsizliği ve terapi

öncesi hazırlıklılık PYB oranlarını etkileyen diğer değişkenler olarak dikkat çekmektedir.

Pek çok değişkenin PYB ilişkisi ayrıntılı bir şekilde ele alınıp tartışılmış olsa da PYB öncesi seansların içeriğinin ne olduğunu araştırmak amacıyla sadece bir çalışma yapıldığı dikkat çekmiştir. Piper ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında zaman sınırlı, Yorumlayıcı Bireysel Psikoterapi’de olan 22 farklı hastanın PYB öncesi son seansları niteliksel olarak incelenmiştir. Çalışma sonunda, PYB öncesi seansların, direnç ve aktarıma ilişkin yorumlarla karakterize olan, üretici olmayan seanslar olarak değerlendirildiği dikkat çekmiştir.

1.5.5. PYB ve Terapötik İttifak

İttifakta ortaya çıkan ciddi kırılmaların PYB ile sonuçlanabileceğini ifade edilmiştir (Bordin, 1979). Bu nedenle de erken sonlanan süreçlerde ortaya çıkan kırılmaların daha ‘uç’ düzeyde olması ve bu süreçlerdeki ittifakın genel olarak daha sorunlu bir örüntü izlemesi beklendiktir. Oysaki süreç çalışmaları Bordin’in bu ifadelerinin aksine ittifak ve kişilerarası davranışa sıklıkla, iyi ve zayıf sonuç vakaları çerçevesinde odaklanmıştır (Samstag ve ark., 1998).

Çalışma ittifakı ve PYB arasındaki ilişkiye odaklanan bir çalışmada bu iki değişken arasında bir bağlantı bulunamamıştır (Kokotovic ve Tracey, 1990). Araştırmacılar ittifakı ilk seanstan sonra ölçmüşler ve bu ölçüm ile PYB ilişkisine bakmışlardır ancak herhangi bir bağlantı bulamayınca sonuçları, ittifakın oluşturulması için yeterince zaman vermediklerini, ittifak oluşturmanın zaman alabileceğini belirterek yorumlamışlardır. Terapötik ittifak ve hastaların tedavilerinin sonlanma biçimleri arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir çalışmada ortalama sekizinci seans sonunda doldurulan ittifak ölçeği puanları ile PYB arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (Tryon ve Kane, 1990). Çalışma sonucuna göre terapist ile ortak karar sonucunda tedaviyi sonlandıran vakaların terapötik ittifak düzeyi PYB vakalarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Benzer bir sonuç Tyron ve Kane’in 1995 yılındaki başka bir çalışmasında daha gözlenmiştir.

Analize giren süreçlerin PYB, iyi sonuç ve zayıf sonuç olarak üçe ayrılmış olduğu Samstag ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında, gruplar arasında terapötik ittifaka ilişkin anlamlı farklılaşmalar olduğu görülmüştür. Çalışmaya göre, PYB grubundaki hasta ve terapistler iyi sonuç grubundakilere göre ilişkilerini daha sorunlu olarak değerlendirmişler; PYB grubundaki hastalar zayıf sonuç grubundaki hastalara göre ilişkiyi daha sorunlu olarak değerlendirmişlerdir. Terapötik ittifak ve PYB arasındaki ilişkiyi çok boyutlu aile terapisi bağlamında inceleyen bir çalışmada, terapide olan ergenler ve annelerinin terapistleriyle olan ittifakı ilk iki seans için gözlemciler tarafından değerlendirilmiştir. Çalışma sonunda, hem ergen-terapist hem de anne-terapist arasındaki ittifak düzeyinin PYB ile ilişkili olduğu; PYB olan süreçlerdeki ittifak düzeyinin PYB olmayan süreçlerdeki ittifak düzeylerinden anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür (Robbins ve ark., 2006).

Yetişkin psikoterapisinde terapötik ittifak ve PYB ilişkisinin incelendiği 11 çalışmanın (bu 11 çalışma toplamda 1301 hastayı kapsamaktadır) meta analizinin yapıldığı yakın zamanlı bir çalışmada terapötik ittifak ve PYB arasındaki ilişkinin orta seviyede güçlü ($d=.55$) olduğu görülmüştür (Sharf ve ark., 2010). Bu çalışma sonucunda Sharf ve arkadaşları, terapötik ittifakın PYB'ye olan etkisine ilişkin elde edilen etki büyüklüğünün Wierzbicki ve Pekarik'in (1993) çalışmasında yer alan etki büyüklüklerinden daha fazla olduğunu bildirmiştir.

PYB üzerindeki terapist ve ilişki etmenlerin değerlendirildiği ve Ocak 2000 ile Haziran 2011 arasındaki çalışmaların tarandığı, en son meta analiz çalışmasının sonucunda da terapötik ittifakın niteliğinin PYB ilişkili olduğu görülmüştür (Roos ve Werbart, 2013).

Yukarıda da belirtildiği gibi terapötik ittifak kavramı kuramlarüstü değerlendirilebilen ve tüm psikoterapilerde var olan bir ortak etkendir. Olgunun kuramlar üstü doğasına rağmen psikoterapi yaklaşımlarının konuya yaklaşımları arasında çeşitlenmeler olabilmektedir. Bu bağlamda, bu çalışma içerisinde değerlendirilecek psikoterapi süreçlerinin yürütüldüğü yaklaşımların tanıtılması ve ilgili yaklaşımların terapötik ittifak olgusuna ilişkin özelliklerinin değerlendirilmesi önemlidir. Aşağıda, Bilişsel Davranışçı Terapi ve Şema Terapi'nin kısa tanıtımlarına ve bu yaklaşımların terapötik ittifak olgusuna ilişkin bakışlarına yer verilmiştir.

1.6.BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ (BDT)

Bilişsel kuramın Skinnerci ve Pavlovcu öğrenme kuramından ayrılmaya Bandura'nın çalışmalarıyla başladığı görülmektedir. Bandura'nın çalışmaları, model alma olgusunun katı bir davranışçılıktan çok bilişsel bir bakış açısıyla anlaşılmasının mümkün olduğunu göstermiştir (Bandura, 1977; Rosenthal ve Bandura, 1978). Bu alandaki daha radikal bir adımın da beklenti ve yükleme gibi bilişsel süreçlere dikkat çeken Mahoney'den geldiği görülmektedir (Mahoney ve Arnkoff, 1978). Psikoloji alanının bilişlere yönelen bu ilgisi çeşitli bilişsel davranışçı terapilerin gelişmesine öncülük etmiştir (Moorey, 2007). Diğer bir deyişle, bilişsel kuramdaki gelişmelere paralel olarak psikoterapi alanında da benzer bir ilerleme olduğu görülmüştür. Bilişsel psikoterapilerin, psikanaliz eğitimi olan ve bu alanda uygulama yapan iki farklı kuramcı tarafından farklı şehirlerde, birbirlerinden habersiz olarak geliştirilmeye başlandığı belirtilmektedir. Bu iki kuramcı Beck ve Ellis'tir.

Bilişsel Davranışçı Terapi'de (BDT) ruh sağlığı kavramsallaştırılırken ve bu sorunlar tedavi edilirken düşünceye merkezi bir önem verilir. Bilişsel modele göre tüm psikolojik bozuklukların temelindeki ortak işleyiş, hastanın ruhsal durumunu ve davranışlarını etkileyen çarpıtılmış ya da işlevsel olmayan düşüncelerdir (Beck, 2011, s. 3). Kısacası insanların duygu ve davranışları olayları nasıl yorumladıklarına bağlı olarak değişmektedir. Buna göre kişiler sadece içinde bulundukları durumdan ya da geçmişlerinden etkilenmezler; insanlar için asıl önemli olan, içerisinde bulundukları durumlar hakkındaki düşünceleridir.

BDT'nin merkezi önem verdiği şey tek başına düşünceler değildir. BDT için asıl olan bilişsel işlevlerdir. Bilişsel işlevler “klinik anlamda kişinin kendisi, çevresi, yaşantıları ve geleceğiyle ilgili algıları, anlamlandırmaları, yorumları, düşünceleri ve değerlendirmeleri” olarak ifade edilmektedir (Moorey, 2007, s. 38). Bu bilişler hastanın ruhsal durumunu ve davranışlarını etkilemektedir. Bilişlerin olumlu yönde değiştirilmesi kişinin duygu ve davranışlarında düzelme sağlayacaktır. Bilişsel terapist hastanın duygu ve davranışlarında kalıcı değişiklikler sağlayabilmek için onu bilişsel değişim sürecine çekmeyi amaçlar. Bilişsel tedavi sürecince terapist öncelikle hastanın

davranışlarına odaklanır daha sonra da sırasıyla otomatik düşüncelere, ara ve temel inançlara geçer (Beck ve ark., 1979).

Adından da anlaşılacağı gibi BDT'nin iki ana eksenli vardır. Bu eksenleri davranışlar ve bilişler oluşturmaktadır. Bu nedenle uygulama sırasında bu iki farklı, fakat ilişkili eksene yönelik teknikler kullanılır. BDT'te kullanılan davranışçı tekniklere sistematik duyarsızlaştırma, taşıma, maruz bırakma örnek olarak gösterilebilir. Bilişsel teknikler için de sokratik sorgulama, aşağı ok tekniği gibi müdahaleler açıklayıcı örnekler olacaktır.

Yukarıda da bahsedildiği gibi BDT uygulamaları sırasında terapist öncelikle davranışlara odaklanır. Bununla birlikte otomatik düşünce denem, sözel ya da imgesel şekillerde, istemsiz olarak ortaya çıkan düşünceler de odaklanır. Çalışmanın ilerleyen bölümleri ara ve temel inançlara odaklanarak devam eder. Ara inançlar, kişinin dile getirmediği ancak otomatik düşünceleriyle ilişkili olan inanç, kural ve sayıtlardır. Kişinin davranışlarını düzenleme gibi bir özelliği olan bu inançlar kişinin kendisiyle ya da başkalarıyla ilgili olabilir. Temel inançlar ise en derinde yer alan düşüncelerdir. Temel inançlar, kişisel ve çevresel bilginin nasıl düzenleneceği gibi en temelde yatan ve hayatın tümünü etkilemesi mümkün olan bilişsel yapılardır. Bunlar, bireyin kendisi, diğerleri ve dünyayla ilgili temel varsayımlarını içeren, geçmiş yaşantı ve deneyimler sonucunda oluşurlar.

BDT uygulamalarının belirli özellikleri farklı hastalara uygulanırken değişse de birkaç özelliği sabittir. Bunlar, (a) hipotez testi, hedef belirleme ve veri toplama, (b) işbirliğine dayanan ittifak oluşturma, (c) yaşamda karşılaşılabilecek durumlara karşı yeni tepkiler öğrenmeye yapılan vurgu, (d) yoğunlaşmış ve gözlenebilir hedeflere odaklanma, (e) mevcut ve gelecekteki tepkileri değiştirmeye yapılan vurgu (Zayfert ve Black Becker, 2007, s. 2).

BDT'deki değişim işleyişi, bilgi işleme yanlılıkları ve işlevsel olmayan inançların hedeflenmesi, test edilmesi ve düzenlenmesiyle ilgilidir (Beck ve Emery, 1985; Beck ve ark., 1979; Hollon, DeRubeis ve Evans, 1987; Whisman, 1993) BDT uygulamacıları terapi süresince araştırma yapan bir bilim insanı gibi çalışırlar. Her bir hastanın sorunları için hipotezler formüle eder ve bunları test ederler. Bunu yaparken hem

bilimsel çalışma bulgularından hem de her bir vakaya özgü klinik gözlemlerden faydalanırlar.

1.6.1. BDT ve Terapötik İttifak

Bilişsel davranışçı terapistler, terapötik ilişkinin kişilerarası şemaları, erken dönem bağlanma sorunlarını, duygu işlemeyi, onaylama ve şefkat sorunları gibi daha birçok sorunu yansıtabiliyor olabileceğini kabul eder (Leahy, 2008) ve bu nedenle de terapötik ilişkiyi önemserler.

BDT'deki terapötik ilişkiye dair ilginin son 20 yıl içerisinde arttığı dikkat çekmektedir (Bennett-Levy ve Thwaites, 2007; Leahy, 2001, 2005; Safran ve Muran, 2006). İlk zamanlarda, terapötik ittifakın BDT süreci ve terapi sonucu için önemli olduğu ancak bu konularda esas olmadığına dair yanlış bir algı olduğundan söz edilebileceğinden bahsedilmektedir (Gluhoski, 1994; Persons, Gross, Etkin ve Madan, 1996). Ancak Beck ve arkadaşlarının (Beck ve Emery, 1985; Beck ve ark., 1979; Beck, 2011) terapötik ittifak geliştirmenin başarılı bir tedavi için gerekli olduğunu belirttikleri; tekniklerin doğrudan, kendiliğinden ve katı bir şekilde kullanılmasının terapistleri, hastaların gözünde birer robot gibi gösterebileceğini ifade ettikleri dikkat çekmektedir (Beck ve ark., 1979, s. 45). BDT, pek çok psikoterapi türüne göre daha yapılandırılmıştır ancak Linehan'ın (1993) da belirttiği gibi terapide yapı ve esneklik dengelenmelidir.

Yapılan bir meta analiz çalışması (Crits-Christoph ve ark., 1991) terapötik ittifakın terapi sonucuyla ilişkili olduğunu ancak bu ilişkinin terapinin görece, daha yapılandırılmamış olması, durumunda ortaya çıktığı sonucuna ulaşmıştır. Buradan hareketle de BDT'de terapötik ittifakın gerekli (Beck ve ark., 1979) ancak yeterli olmadığını belirten araştırmacılar vardır (Waller, Evans ve Stringer, 2012).

Terapötik ittifakın çalışma odağı olmak yerine, bilişsel davranışçı müdahalelerin etkili bir şekilde uygulanması için gerekli olan bir koşul olarak görülebileceğini belirten araştırmacılar da mevcuttur (Gilbert ve Leahy, 2007, s. 5). Ancak buradan da anlaşılacağı gibi tekniğin merkezi bir konumda olduğu bir terapide, tekniği uygulamak için gerekli olan bir koşulun da merkezi bir rolü olabileceğini düşünmek yanlış olmayacaktır.

BDT sırasında, belirtilerde ortaya çıkan iyileşmenin iyi bir çalışma ittifakına neden olabileceği gösterilmiştir (DeRubeis ve ark., 2005). Ancak terapötik ittifakın iyileşmenin bir sonucu olmadığı, ilerleyen aşamalarda ortaya çıkan iyileşmenin ittifakı takip ediyor olabileceğini gösteren bulgular da vardır (Wampold, 2010). Yapılan başka bir çalışmada ise hem terapötik ittifakın hem de bilişsel terapi becerilerinin terapi sonucunu yordadığı görülmüştür (Trepka, Rees, Shapiro, Hardy ve Barkham, 2004). Terapötik ittifakta ortaya çıkan kırılmaları onarmanın, bilişsel ve duygusal sorunları çözmek amacıyla ilişkiyi kullanabilmek için önemli bir fırsat sağladığı da söylenmektedir (Katzow ve Safran, 2007; Safran ve ark., 2002).

Özetle, her psikoterapi yaklaşımı gibi BDT de insan ilişkisine dayanan bir müdahale biçimidir ve uygulamalarını yalıtılmış ortamlarda yapmamaktadır. Araştırma bulgularından da anlaşılabilir olduğu gibi terapötik ittifakın BDT'deki konumu henüz tam olarak netlik kazanmamış olsa da önemi konusunda açık bir görüş birliği vardır.

1.7.ŞEMA TERAPİ (ŞT)

Şema Terapi (ŞT), çeşitli kuramsal yaklaşımları bir araya getiren; ilk olarak (Young, 1990) tarafından tanıtılan daha sonra da Young, Klosko ve Weishaar (2003) tarafından ayrıntılarıyla tanımlanan bir psikoterapi yaklaşımıdır. ŞT, bilişsel terapi, bağlanma ve nesne ilişkileri kuramları ile Gestalt ve deneyimsel terapilerin çeşitli özelliklerini bir arada barındıran bütünleştirici bir yaklaşımdır (Rafaeli, Bernstein ve Young, 2011). Daha çok, değişime dirençli, süregelen psikolojik sorunların tedavisi için önerilmektedir (Young ve ark., 2003).

Sıklıkla bilişsel/bilişsel davranışçı terapi şemsiyesi içerisinde değerlendirilse de ŞT'nin, bilişsel davranışçı yaklaşımdan farklılaştığı belli alanlar vardır: (a) ŞT, mevcut belirtilerin sadece nasıl sürdürüldüğüyle değil aynı zamanda bu belirtilerin gelişimiyle de (etiyooloji) ilgilenir, (b) terapist-hasta ilişkisine, düzeltici duygusal deneyime ve empatik yüzleştirmeye oldukça önem verir, (c) terapistin ulaşmayı arzulayacağı açık hedefler belirler: hastaların çekirdek duygusal ihtiyaçlarını ve bunları uygun bir şekilde nasıl karşılayacaklarını anlamalarına yardımcı olur (Rafaeli ve ark., 2011, s. 1-2).

ŞT, bilişsel davranışçı terapiden fayda görmeyen hastaları tedavi edebilmek amacıyla, psikolojik sorunların çocukluk ve ergenlikteki kökenlerinin keşfine, duygusal tekniklere, terapist hasta ilişkisine ve uyumsuz başa çıkma tarzlarına daha fazla vurgu yaparak geliştirilmiştir (Young ve ark., 2003, s. 5). Tedavi süresinin kısa, orta uzunlukta ve uzun süreli olması hastanın özelliklerine ve sorunların doğasına bağlıdır.

ŞT belli bazı 'çekirdek duygusal ihtiyaçların' varlığını kabul eder ve bunun herkes için geçerli olduğunu belirtir. Bu duygusal ihtiyaçlar, güvenlik, istikrar, beslenme, kabul, özerklik, yeterlilik, kimlik hissi, ihtiyaçlarını ve duygularını dile getirme özgürlüğü, kendiliğindenlik, oyun, kendini kontrolü ortaya çıkaran gerçekçi sınırları olan bir dünyadır (Rafaeli ve ark., 2011). Psikolojik sağlamlık durumu da kişinin bu ihtiyaçlarını uyumlu bir şekilde karşılayabilmesidir.

ŞT için önemli bir odak noktası olan 'Erken Dönem Uyumsuz Şemalar', kişilik bozukluklarının, ilişki sorunlarının ve bazı eksen bir bozuklukların çekirdeğini oluşturmakta (Rafaeli ve ark., 2011) ve Young ve arkadaşları (2003, s. 7) tarafından kısaca şöyle tanımlanmaktadır: “gelişimimizin erken döneminde başlayan ve yaşam boyunca tekrar eden, kendi kendini engelleyen bir doğası olan duygusal ve bilişsel örüntülerdir.” Daha geniş bir tanımla ise,

- “geniş, yaygın tema ya da örüntülerdir
- anılar, duygular, bilişler ve bedensel duyumlardan oluşmuştur
- kişinin kendisi ya da kişinin diğerleriyle olan ilişkileriyle ilgilidir
- çocukluk ya da ergenlik zamanında gelişirler
- kişinin yaşamı boyunca daha ayrıntılı bir hale gelirler
- belirgin derecede işlevsizdirler” (Young ve ark., 2003, s. 7).

Süreğen ve yaşamın geneline yayılan sorunların tedavisi için önerilen ŞT, özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde karşılanamamış 'çekirdek duygusal ihtiyaçların', bu dönemlerde gerçekleşen 'toksik' yaşantıların sonucu olarak ortaya çıkan uyumsuz şemalarla ilgilenmektedir. ŞT, bu amaçla pek çok bilişsel ve yaşantısal teknik önermektedir. Yaşantısal tekniklerin yaygın olarak kullanımı da ŞT'yi geleneksel

bilişsel davranışçı terapiden ayıran özelliklerden biridir. Genel ifadelerle ŞT, tedavi süresince terapist-hasta ilişkisine en çok vurgu yapan psikoterapi yaklaşımlarından biridir. Daha özele inildiğinde ise psikoterapi ilişkisinin ŞT’de merkezi bir öneme sahip olduğu görülebilmektedir. Daha önceki bölümlerde bir ‘ortak etken’ olarak tanımlanan ve tartışılan ‘terapötik ittifak’, ŞT’de kullanılan özgül bir teknik olarak dahi ele alınabilmektedir (Weertman, 2012).

1.7.1. Şema Terapi ve Terapötik İttifak

Terapi ilişkisi, terapistin ŞT süresince yapmakla yükümlü olduğu şema değerlendirmesi ve şema değişimi için hayati önemi olan ve ŞT için iki farklı karakteristik özelliği olan bir tedavi bileşenidir: empatik yüzleştirme ve sınırlı yeniden ebeveynlik (Young ve ark., 2003). Şema değerlendirmesi, eğitimi ve değişimi safhalarında etkili olarak üzerinde durulması gereken terapi ilişkisi, değerlendirme ve eğitim aşamasında ilişki kurabilmeyi, vaka kavramsallaştırmasını formüle edebilmeyi, hasta için hangi türde sınırlı yeniden ebeveynlik uygulaması gerektiğine karar verilebilmesini ve terapinin gidişatına etki edebilecek terapist şemaları ve başa çıkma tarzlarını anlamayı mümkün kılan bir role sahiptir (Young ve ark., 2003). Değişim aşamasında ise, empatik yüzleştirme ve sınırlı yeniden ebeveynlik örüntü kırma amaçlı bilişsel, yaşantısal ve davranışsal tekniklerle birlikte kullanılır.

Terapötik ittifakın ŞT’deki en yaşantısal teknik olarak ele alınabileceği belirtilmektedir (Weertman, 2012) çünkü terapi sırasında hasta, terapistine yönelik pek çok şeyi doğrudan yaşayabileceği gibi terapist de hastanın şemalarını doğrudan deneyimleme imkanı bulmaktadır. İttifakın önemini vurgulayan Weertman (2012, s. 102) özellikle tanılama aşamasında terapötik ittifaka daha fazla önem verilmesi gerektiğinden bahsetmekte ve bunu birkaç nedene dayandırmaktadır. Bu nedenler:

1. İlk seanslar boyunca terapötik ittifak oluşturmak açısından önemli bir başlangıç yapılmaktadır.
2. Terapist, tanılama aşamasının başından itibaren terapötik ittifakla ilgili çalışmaya başladığında hasta buna aşinalık kazanır ve bu da ileriki tedavinin akılcı bir parçası olarak kalır.

3. Terapötik ittifak bağlamında ne olduğu ve hastanın terapötik ittifaka ilişkin müdahalelere nasıl tepki verdiği tanısal anlamda çok önemli bilgiler içermektedir.

ŞT, kişilerin erken dönem uyumsuz şemalarının yaşam boyunca hemen hemen her türlü ilişki bağlamında etkisini gösterdiğini veya gösterebileceğini söyler ve terapi ilişkisi de bu bağlamlardan biridir. Yani söz konusu şemaların terapötik ilişki bağlamında harekete geçmesi, terapistin ortaya çıkacağını varsaydığı ve beklediği bir durumdur (Weertman, 2012).

Bir Şema terapisti, terapötik ittifakı tanılama aracı olarak çeşitli şekillerde kullanabilir: (a) terapötik ittifak içerisinde hastanın davranışlarını gözlemleyerek, (b) hasta ile temas sırasında terapistin kendisini denetlemesiyle, (c) terapötik ilişkide neler olup bittiğinin hasta ile tartışılmasıyla ve (d) sınırlı yeniden ebeveynliğe başlandığı sırada hastanın buna nasıl tepki verdiğinin gözlenmesiyle terapist, hastanın ihtiyaçlarının neler olduğunu değerlendirmek amacıyla terapötik ittifakı kullanılabilir (Weertman, 2012).

Tıpkı diğer pek çok psikoterapi yaklaşımında olduğu gibi ŞT’de de terapötik ittifakın merkezi bir rolü olduğu düşünülmektedir. ŞT’de terapi ilişkisinin niteliği hem bir araç hem de ulaşılması gereken bir amaç olarak değerlendirilebilir. Yukarıdaki bölümde terapötik ittifakın ŞT için nasıl önemli bir araç olduğu görülmektedir. Aşağıda özetlenen çalışmadan da terapötik ittifakın tedavi açısından nasıl önemli bir izleme ve değerlendirme aracı olduğu anlaşılabilecektir:

Terapötik ittifakı, sınır kişilik bozukluğu vakalarında, ŞT ve Aktarım Odaklı Psikoterapi (AOP) bağlamında karşılaştıran geniş çaplı bir çalışmaya göre terapist ve hastanın terapötik ittifak puanları ŞT’de AOP’den anlamlı olarak daha yüksek olduğu; terapinin erken dönemlerindeki olumsuz terapötik ittifak puanlarının tedaviyi bırakmayı, olumlu puanların da klinik iyileşmeyi öngördüğü saptanmıştır (Spinhoven ve ark., 2007).

1.8.TERAPÖTİK İTTİFAK VE TERAPİ YÖNERGESİNE BAĞLILIK

Görgül temelleri çok sağlam olsa da psikoterapi insan pratiğine bağlıdır. Psikoterapinin yaygınlaşması ve uygulanan tekniklerinin daha ayrıntılı ve açık bir şekilde formüle edilebilmesi belli bazı terapi çeşitlerini öne çıkarmış ve bu terapilerin gelişmesine

katkıda bulunmuştur. Psikoterapi ilke ve tekniklerinin netleştirilmesi ve dolayısıyla da bu gelişmelere bağlı olarak yönergelerin oluşturulması psikoterapi eğitimini de etkilemiştir (Luborsky ve DeRubeis, 1984). Yönergeler kullanılarak verilen eğitimler ve yönergelere bağlı olarak yürütülen psikoterapiler eğitimin ve uygulamaların standartize edilmesine olanak sağlamıştır.

Psikoterapistlerin oluşturulan bu terapi yönergelerine bağlılığı (adherence) ve psikoterapi sonucu arasındaki ilişki de çok sayıda çalışmaya konu olmuştur. Ancak bu çalışmalarda elde edilen bulguların tutarsızlığı ve çeşitliliği dikkat çekmektedir. Örneğin BDT söz konusu olduğunda belli tekniklerin sonuçla ilişkisi terapötik ittifakta daha fazla çıkmışken (DeRubeis ve Feeley, 1990; Feeley, DeRubeis ve Gelfand, 1999), yönergelere bağlılığın yani terapistin katılığının ve tekniğe daha fazla güvenmesinin terapötik ilişkiye zarar verdiği de görülmüştür (Castonguay ve ark., 1996; Henry, Strupp, Butler, Schacht ve Binder, 1993). Castonguay ve arkadaşlarının (1996) çalışmasında da terapötik ittifak ve hastanın sürece duygusal olarak bağlılığının iyileşme ile ilişkili olduğu ancak terapistin bilişsel çarpıtmalara odaklanmasının terapi sonucuyla olumsuz yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Bu çalışmada kötü sonuç vakalarında terapistlerin ittifakta yaşanan sorunlara bilişsel modele bağlılıklarını arttırarak tepki verdikleri yani esnek bir tepki veremedikleri dikkat çekmiştir. Başka bir ifadeyle, terapistler, terapi ilişkisinin ortaya çıkarmış olabileceği kişilerarası zorluklara odaklanmaktansa standart bilişsel müdahalelere odaklanmayı tercih etmiştir. Psikoterapi çalışmaları tarihinde önemli bir mihenk taşı olarak kabul edilen Vanderbilt çalışmalarında da (Henry, Schacht ve Strupp, 1986) katı bir bağlılığın terapistin seans içerisindeki süreçlere etkili bir şekilde odaklanmasına engel olduğu görülmüştür.

Psikoterapinin etkili olduğuna dair bugüne kadar elde edilmiş olan ve çeşitli şekillerde yukarıda ifade edilmiş olan bulgular, Eysenck'in (1952) ilk bulgusunu yanlışlar niteliktedir. Psikoterapinin aslında 'çalışıyor' olması uygulanan her terapinin ve terapi uygulayan her psikoterapistin aynı şekilde etkili olacağı anlamına gelmemektedir. Vanderbilt çalışmalarının da gösterdiği gibi çok deneyimli ve iyi eğitilmiş terapistler bile hastalarda olumsuz ve kendine özgü (idiosinkratik) etkileşimlere neden olabilmektedirler (Henry ve ark., 1986; Strupp, 1993; Strupp ve Hadley, 1979).

Terapi yönergesine bağlılık ve terapi sonucu arasındaki ilişkiye dair yapılan çalışmalardaki tutarsızlık belki de bahsi geçen değişkenlerin karmaşıklık düzeylerinin yeterince ele alınamamış olmasından da kaynaklanıyor olabilir. Barber ve arkadaşları (2006) yönergeye bağlılık ve terapi sonucu arasında eğrisel bir ilişki olduğunu göstermiştir. Buna göre orta derecede bağlılığın daha fazla iyileşmeyle ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada orta derecede bağlılık olarak değerlendirilen durum, tedavi protokolü ve klinik esneklik arasındaki dengeyi ifade etmektedir. Yazarlar bunun da terapistin yeterliliği ile ilişkili bir durum olabileceğini tartışmışlardır.

1.9.AMAÇ

Yukarıda özetlenen alan yazın ışığında, bu araştırmanın amaçları şu şekilde özetlenebilir: (a) terapötik ittifakta kırılma olan seanslar ile PYB öncesi son seanslar arasındaki benzerlik ve farklılıkların belirlenmesi; (b) PYB riski taşıyan vakaların süreçlerin başında tespit edilebilmesi ve (c) PYB'yi önlemek üzere alınabilecek önlemlerin ortaya konması.

Çalışmada ağırlıklı olarak nitel veri analizi teknikleri kullanılacağından araştırmanın hipotezleri yoktur, bu bağlamda bu araştırmanın yanıt aradığı sorular şunlardır:

1. Terapötik ittifakta kırılma olan seanslarda ne gibi temalar ön plana çıkmaktadır?
2. PYB öncesi seanslarda ne gibi temalar ortaya çıkmaktadır?
3. Terapötik ittifakta kırılma olan seanslar ile PYB öncesi seanslardaki temalar benzeşmekte midir?
4. PYB'yi, süreçlerin başında belirleyebilmek için bir araç geliştirmek mümkün müdür?
5. Geliştirilen aracın PYB süreçleri ile normal şekilde sonlanan süreçleri ayırt etme gücü nedir?

BÖLÜM 2

ÇALIŞMA I: PYB ÖNCESİ SEANSLAR İLE TERAPÖTİK İTTİFAKTA KIRILMA SEANSLARININ İNCELENMESİ

Araştırmanın sorularına uygun olarak çalışmayı iki ana ekseninde incelememiz gerekmektedir. Bunlar; (1) PYB öncesi seanslar ve terapötik ittifakta kırılma seansları arasındaki benzerlik ve farklılıkların incelenmesi ve (2) PYB’yi öngörmeye yönelik ‘gözlemci formu’ oluşturulması. Bu iki çalışma farklı katılımcı, ölçme aracı ve araştırma yöntemi gerektirdiğinden her bir çalışmanın yöntemi, bulguları ve tartışması ayrı ayrı ele alınacaktır.

Çalışmanın tamamı, Hacettepe Üniversitesi Psikoterapi Araştırmaları Laboratuvarı’nda (HÜPAL) yürütülmüştür. HÜPAL bünyesinde yürütülen çalışmalar ve toplanan araştırma verileri için daha önceden alınmış bir Etik Kurul izni mevcut olsa da bu tez çalışması kapsamında Hacettepe Üniversitesi Etik Kurul’una yeniden başvurulmuş ve gerekli izinler yenilenmiştir. HÜPAL verileri 2005-2014 yılları arasında çeşitli psikoterapi yaklaşımları kullanılarak yürütülen psikoterapi süreçlerinden oluşmaktadır. Hasta ve terapistlerden alınan onam formlarının ardından, yürütülen bütün süreçlere ait görsel kayıtlar alınmakta ve bu kayıtların deşifreleri yapılmaktadır. Çalışmalar amacıyla kullanılan seans ve süreçlerin hangi yaklaşımda olduğu ilgili bölümlerde açıklanacaktır.

2.1 YÖNTEM

Bu çalışmanın amacı PYB’den hemen önceki terapi seansları ile terapötik ittifakta kırılma yaşanan seansların içeriklerinin niteliksel olarak karşılaştırılmasıdır. Bu karşılaştırma yapılırken ileride daha ayrıntılı bir şekilde açıklanacak olan nitel araştırma yöntemi takip edilmiştir. Bu çalışma temelde nitel araştırma yöntem ve veri analiz tekniklerine dayansa da alan yazındaki ilgili birikimden faydalanmak amacıyla, çalışmanın bazı aşamalarında nicel veri analizi tekniklerinden de faydalanılmıştır. Söz konusu teknikler ve bu tekniklerin kullanım amaçları, ilgili bölümlerde ayrıntılı bir şekilde açıklanacaktır. Nitel ve nicel tekniklerin bir arada kullanımı, karışık desenler

için ifade edildiği gibi, yöntemsel esneklik ile zengin ve karşılaştırılabilir bilgi üretilmesine olanak sağlamıştır (Creswell ve Plano Clark, 2011).

2.1.1. Niceliksel Ölçüm Araçları

Niteliksel veri analizi için vaka/seans seçimi ve seçilen bu verilerin betimlemesi için bazı ölçüm araçları kullanılmıştır. Bunlar:

2.1.1.1. Demografik Bilgi Formu (Hasta)

HÜPAL bünyesinde takip edilen hastalar hakkında bazı demografik bilgiler almak üzere HÜPAL araştırmacıları tarafından hazırlanan formdur. İlgili formun bir örneği Ek 1’de sunulmuştur.

2.1.1.2. Demografik Bilgi Formu (Terapist)

HÜPAL bünyesinde hasta takibi yapan terapistler hakkında bazı demografik bilgiler almak üzere HÜPAL araştırmacıları tarafından hazırlanan formdur. İlgili formun bir örneği Ek 2’de sunulmuştur.

2.1.1.3. Onam Formu (Hasta)

HÜPAL bünyesinde takip edilen hastalar, psikoterapi sürecinin başında görüntü kayıtları ve doldurdıkları ölçeklerin araştırma amacıyla kullanılmasına onayladıklarına dair onam formu imzalamaktadırlar. İlgili hasta onam formları Ek 3, Ek 4 ve Ek 5’te sunulmuştur.

2.1.1.4. Onam Formu (Terapist)

HÜPAL bünyesinde hasta takip edip eğitimlerini sürdüren terapistler, psikoterapi sürecinin başında görüntü kayıtları ve doldurdıkları ölçeklerin araştırma amacıyla kullanılmasına onayladıklarına dair onam formu imzalamaktadırlar. İlgili terapist onam formu Ek 6’da sunulmuştur.

2.1.1.5. Terapötik İttifak Ölçeği-Hasta Formu (TİÖ-H)

Horvath ve Greenberg (1989) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Soygüt ve Işıklı (2008) tarafından yapılmıştır. 36 maddelik ölçeğin hasta formunun iç tutarlılık katsayısı .90'dır. Ölçek, Bordin'in (1979) kuramlarüstü terapötik ittifak kavramsallaştırmasına uygun olarak 12'ser maddeden oluşan üç alt faktöre ayrılmıştır: görev, amaç ve bağ. Ölçek bu alt ölçeklerden alınan toplam puanlar özelinde değerlendirilebileceği gibi tüm maddelerin göz önüne alınmasından oluşan genel puan üzerinden de değerlendirilebilmektedir. 7'li likert tipi bir ölçek olan TİÖ-H'den alınan puan arttıkça hasta tarafından algılanan terapötik ittifakın da arttığı belirtilmektedir. İlgili formun bir örneği Ek 7'te sunulmuştur.

2.1.1.6. Belirti Tarama Listesi (SCL-90)

Deragotis (1977, akt. Dağ, 1991) tarafından geliştirilen ve Dağ (1991) tarafından uyarlanan ölçek, psikolojik sorunları ve psikopatolojik belirtileri tarama amacıyla oluşturulmuş 90 maddeden oluşmakta ve 5'li Likert türü ölçek üzerinde (0: Hiç, 5: İleri derecede) puanlanmaktadır. Somatizasyon, obsesif-kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, kaygı, düşmanlık, fobik kaygı, paranoid düşünce ve psikotizm olmak üzere 9 alt boyuttan oluşan araçta, ayrıca bir ek ölçek yer almaktadır. SCL-90 için 3 genel puan (genel belirti düzeyi, pozitif belirti düzeyi ve pozitif belirti toplamı) hesaplanabilmektedir.

Boş bırakılan maddeler hariç tüm maddelere yapılan derecelendirmelerin ortalaması niteliğinde olan ve 0-4 arası puanlanan ölçek genel ortalama puanı, genel belirti düzeyindeki artışı yani bireylerdeki psikolojik ya da bedensel zorlanma belirtilerinden duyulan sıkıntının artışına işaret etmektedir. Alt ölçek puanları da ilgili boyuttaki belirtiselliği göstermekte ve kapsadıkları maddelerin ağırlıklı ortalama puanlarının alınması yoluyla hesaplanmaktadır. Ölçeğin kesim puanı olarak genel belirti düzeyi için 1 puan önerilmekte; .50 standart sapma puanı ile beraber 1.50 puan ve üzeri hafif psikolojik belirtili; 2 puan ve üzeri ise psikolojik belirtili olarak kabul edilmektedir. İlgili formun bir örneği Ek 8'de sunulmuştur.

2.1.2. Katılımcılar ve Seanslar

HÜPAL'e başvuran ve burada takip edilen vakalar Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Yetişkin Psikiyatri Bölümü ya da Hacettepe Üniversitesi Beytepe Sağlık Merkezi'nden yönlendirilmektedir. Çalışmanın örneklemini, HÜPAL'de takip edilen ve HÜPAL veri havuzunda yer alan vakalar oluşturmaktadır¹¹. Bu vakalar, klinik psikolojide ve psikoterapi alanında 15-25 yıllık terapi ve süpervizyon deneyimi olan öğretim üyeleri tarafından süpervize edilen ve yüksek lisans/doktora eğitimine devam etmekte olan klinik psikologlar ve klinik psikolog adayları tarafından takip edilmektedir. Seçilen vakaların ve bu vakalara ait seansların özellikleri, analiz amacıyla dâhil edildikleri gruplar temel alınarak aşağıda daha ayrıntılı olarak betimlenmiştir.

2.1.3. Terapötik İttifakta Kırılma Seanslarına İlişkin Betimsel Veriler

Terapötik ittifakta kırılma seanslarını belirlemek amacıyla Stiles ve arkadaşlarının (2004) kullandığı regresyon analizine dayalı olan yöntemle tutarlı olduğu görülen ve Strauss ve arkadaşlarının (2006) kendi çalışmalarında da kullandıkları bir yöntem kullanılmıştır. Bunun için öncelikle her bir vakanın¹² süreç boyunca doldurdukları TİÖ-H puanlarının ortalamaları ve ortalamaların standart sapmaları hesaplanmış ve veri havuzundaki tüm süreçlerin TİÖ-H puan ortalamalarının standart sapmalarının ortalamaları belirlenmiştir ($Ort. = .32$, $SS = .20$). Elde edilen ortalama standart sapma değeri bize, ittifaktaki anlamlı değişimin yaklaşık kaç puan ile ortaya çıktığını göstermiştir.

Buna göre, bir süreçteki kırılma-onarma kesitini belirleyebilmek için sırasıyla, (a) bir sürece ait en az üç ittifak ölçümünün olması, (b) ittifak ölçümünde en az önceden hesaplanan miktarda puan düşüşü olması, (c) ittifak ölçümünde en az önceden hesaplanan miktarda artış olması ve (d) süreçte bundan başka, hesaplanan miktarlarda,

¹¹ Bu çalışmaya başlandığı sırada veri havuzunda toplam 59 ayrı terapi sürecine ait veriler yer almaktaydı. Bu süreçlerden 3'ünün terapisti, bu tez çalışmasını yürüten kişi olduğundan olası yanlılıkların önüne geçmek adına söz konusu vakalar veri seçim sürecinin başından itibaren dışlanmıştır. Kalan süreçlerin 8'i PYB verilerini oluşturmaktadır. Sonuç olarak, kırılma seanslarını belirlemek için yapılan analizler 48 süreç esas alınarak gerçekleştirilmiştir.

¹² Giriş bölümünde ayrıntılı olarak sunulan alan yazına uygun olarak, burada TİÖ-Hasta Formu temel alınmıştır.

düşme ve artma örüntüsünün olmaması gerekmektedir (Strauss ve ark., 2006)¹³. Ancak bu çalışma içerisinde ‘kırılma-onarma’ süreçlerine değil sadece ‘kırılma’ seansına odaklanılacağından seans seçimi sırasında ‘d’ ölçütü uygulanmamıştır.

Yukarıda açıklanan yöntem kullanılarak 16 ayrı kırılma seansı belirlenebilmiştir. Bu seanslara ilişkin hasta ve terapist yaşı ve cinsiyeti gibi betimsel bilgiler ve süreçlere ilişkin tanımlayıcı diğer veriler Tablo 2 sunulmuştur. Tabloda da görülebileceği gibi belirlenen, toplam 12 farklı hasta-terapist çiftine (12 farklı hasta ve 12 farklı terapist) ait 16 seansın 8’i BDT (%50) ve diğer 8’i ŞT’dir (%50). Hastaların 11’i kadın ($Ort_{Yaş} = 27$ ve $SS_{Yaş} = 9.57$) 1’i erkektir (Yaş = 24). Hastaların SCL-90 Genel Belirti Düzeyi puanlarının ortalaması 1.80 ve standart sapması 0.88’tir. Terapistlerin 11’i kadın ($Ort_{Yaş}=24$ ve $SS_{Yaş}= 1.41$) 2’si erkektir ($Ort_{Yaş} = 24.64$ $SS_{Yaş} = 1.28$). Ayrıca terapistlerin 5’i yüksek lisans öğrencisi (%41.66) ve 7’si doktora öğrencisidir (%58.33). Toplam kırılma seanslarının 5’i (%31.25) yüksek lisans öğrencisi olan terapistlere ait iken kalan 11 seans (%68.25) doktora öğrencilerine aittir.

¹³ Bu yöntemin daha iyi anlaşılabilmesi için şöyle bir varsayımsal örnek verilebilir: Elimizde 20 farklı psikoterapi sürecinin her bir seansına ait TİÖ-H ölçümleri olsun (TİÖ-H_{1.Vaka-1. Seans}, TİÖ-H_{1.Vaka-2. Seans}, ... ve TİÖ-H_{2.Vaka-1. Seans}, TİÖ-H_{2.Vaka-2. Seans}, ... gibi). Öncelikle her bir sürecin her seansına ait TİÖ-H puanlarının standart sapması alınmalıdır ($SS_1, SS_2, SS_3, \dots$). Daha sonrasında ise bu standart sapmaların ortalaması alınır (SS_{ort}). Bu işlemin ardından her bir süreçteki TİÖ-H puanları incelenir ve kırılma-onarılma seansları belirlenir. Örneğin $SS_{ort} = .50$ ise, $TİÖ-H_{1.Vaka-5. Seans} = 5.00$, $TİÖ-H_{1.Vaka-6. Seans} = 4.30$ ve $TİÖ-H_{1.Vaka-7. Seans} = 4.90$ olduğu durumda 1. vakanın 6. seansında bir kırılma olduğu söylenebilir çünkü ilgili seansın TİÖ-H ortalaması bir önceki seansa göre önceden hesaplanan SS_{ort} miktarından daha fazla ölçüde düşmüş ve sonraki seansta ise belirlenen SS_{ort} ölçüden daha fazla artmıştır.

Tablo 2 Terapötik İttifakta Kırılma Seanslarına ve Bu Seanslardaki Hasta ve Terapistlere İlişkin Betimsel Veriler

Görüşme Kodu*	Terapi Yaklaşımı	Seans Numarası	Toplam Sayısı	Görüşme	TiÖ-H-Ort.	TiÖ-H-SS	TiÖ-H-Puan	H-Cinsiyet	H-Yaş	SCL-90 Puanı	T-Cinsiyet	T-Yaş	T-Eğitim
K-1	BDT	18	22		6.52	.25	6.31	K	42	.6	K	23	DR
K-2	BDT	6	13		6.39	.59	5.11	K	23	1.7	E	23	YL
K-3	BDT	9	14		5.31	.65	4.25	K	21	2.31	K	23	YL
K-4	BDT	4	13		6.59	.30	6.06	K	21	.84	K	23	YL
K-5	BDT	12	17		6.19	.37	5.86	K	25	3.11	K	27	YL
K-6	BDT	8	9		5.92	.24	5.5	K	19	2.37	K	23	YL
K-7A	BDT	8	20		6.01	.34	5.53	E	24	2.02	K	25	DR
K-7B	BDT	12	20		6.01	.34	5.47	E	24	2.02	K	25	DR
K-8A	ŞT	8	25		6.43	.32	6.25	K	24	1.31	K	25	DR
K-8B	ŞT	13	25		6.43	.32	5.69	K	24	1.31	K	25	DR
K-9A	ŞT	5	18		5.84	.68	4.42	K	18	2.64	K	26	DR
K-9B	ŞT	12	18		5.84	.68	5.89	K	18	2.64	K	26	DR
K-10A	ŞT	15	20		5.41	.30	5.06	K	33	2.88	K	25	DR
K-10B	ŞT	18	20		5.41	.30	5.22	K	33	2.88	K	25	DR
K-11	ŞT	8	8		6.30	.29	6.31	K	47	1.07	E	25	DR
K-12	ŞT	13	18		6.58	.30	6.06	K	24	0.71	K	24	DR

* Görüşme kodları oluşturulurken üçlü bir sitem kullanılmıştır. Buna göre, kırılma seanslarını belirtmek amacıyla ‘K’ harfi kullanılmıştır. Ondan sonra gelen sayı hasta-terapist çiftini ifade etmektedir. Sayıdan sonra gelen ‘A’ ya da ‘B’ harfleri ise aynı hasta-terapist çiftinin iki farklı kırılma seansının olması durumunda bunları ayırt etmek amacıyla eklenmiştir.

TIÖ-H Ort.: Terapötik İttifak Ölçeği Hasta Formu süreç ortalaması

TIÖ-H-SS: Terapötik İttifak Ölçeği Hasta Formu seans ortalamalarının standart sapması

TIÖ-H-Puan: Belirlenen seansa ilişkin Terapötik İttifak Ölçeği Hasta Formu puanı

H-Cinsiyet: Hastanın cinsiyeti

H-Yaş: Hastanın yaşı

SCL-90 Puanı: Hastanın süreç başında doldurduğu Belirti Tarama Listesi – Genel Belirti Düzeyi Puanı

T-Cinsiyet: Terapistin cinsiyeti

T-Yaş: Terapistin yaşı

T-Eğitim: Terapistin bulunduğu eğitim programı (YL: Yüksek Lisans; DR: Doktora)

2.1.4. PYB Öncesi Seanslara İlişkin Betimsel Veriler

PYB öncesi seanslar HÜPAL veri havuzunda yer alan ve PYB olduğu hem terapistleri hem de bu terapistlerin süpervizörlerince onaylanan süreçlere aittir. Bu süreçlerin PYB öncesi son iki seansları analiz amacıyla veri havuzuna dâhil edilmiştir. Bu seanslara ilişkin hasta ve terapist yaşı ve cinsiyeti gibi betimsel bilgiler ve süreçlere ilişkin tanımlayıcı diğer veriler Tablo 3'te sunulmuştur. Tabloda da görülebileceği gibi belirlenen, toplam 8 farklı hasta-terapist çiftine (8 farklı hasta ve 7 farklı terapist) ait 16 seansın 8'i BDT (%50) ve diğer 8'i ŞT'dir (%50). Hastaların 6'sı kadın ($Ort.Yaş = 24.83$ ve $SSYaş = 5.34$), 2'si erkektir ($Ort.Yaş = 25.5$ ve $SSYaş = 6.36$). Hastaların SCL-90 Genel Belirti Düzeyi puanlarının ortalaması 1.70 ve standart sapması .51'dir. Terapistlerin tamamı kadındır ($Ort.Yaş = 26$ ve $SSYaş = 2.33$). Ayrıca terapistlerin 2'si yüksek lisans öğrencisi (%25) ve 6'sı doktora öğrencisidir¹⁴ (%75).

¹⁴ Bu grupta, aynı terapistte ait iki farklı terapi süreci yer almaktadır. Terapist bu süreçlerden birini yüksek lisans öğrencisi iken diğerini de doktora öğrencisi iken yürütmüştür. O nedenle de YL'de yürütülen süreç YL öğrencisi sınıflandırması içerisinde değerlendirilirken DR'de yürütülen süreç DR öğrencisi sınıflandırması içerisinde değerlendirilmiştir (PYB-3 ve PYB-6).

Tablo 3 PYB Öncesi Seanslara ve Bu Seanslardaki Hasta ve Terapistlere İlişkin Betimsel Veriler

Görüşme Kodu*	Terapi Yaklaşımı	Seans Numarası	TiÖ-H-Ort.	TiÖ-H-SS	TiÖ-H-Puan	H-Cinsiyet	H-Yaş	SCL-90 Puanı	T-Cinsiyet	T-Yaş	T-Eğitim
PYB-1A	BDT	11	3.46	.48	3.03	E	30	1.83	K	23	DR
PYB-1B	BDT	12	3.46	.48	2.36						
PYB-2A	BDT	3	**	**	**	K	20	2.62	K	24	YL
PYB-2B	BDT	4	**	**	**						
PYB-3A	BDT	3	6.09	.23	6.25	K	20	1.56	K	28	DR
PYB-3B	BDT	4	6.09	.23	5.92						
PYB-4A	BDT	7	5.34	.60	4.44	E	21	1.58	K	23	YL
PYB-4B	BDT	8	5.34	.60	5.61						
PYB-5A	ŞT	7	6.08	.31	6.26	K	23	2.04	K	26	DR
PYB-5B	ŞT	8	6.08	.31	5.94						
PYB-6A	ŞT	8	6.64	.16	6.75	K	31	1.82	K	28	DR
PYB-6B	ŞT	9	6.64	.16	6.58						
PYB-7A	ŞT	2	**	**	**	K	23	1.08	K	28	DR
PYB-7B	ŞT	3	**	**	**						
PYB-8A	ŞT	6	6.68	.26	6.81	K	32	1.04	K	28	DR
PYB-8A	ŞT	7	6.68	.26	6.81						

* Görüşme kodları oluşturulurken üçlü bir sitem kullanılmıştır. Buna göre PYB öncesi seansları belirtmek amacıyla ‘PYB’ harfleri kullanılmıştır. Ondan sonra gelen sayı hasta-terapist çiftini ifade etmektedir. Sayıdan sonra gelen ‘A’ ve ‘B’ harfleri ise aynı hasta-terapist çiftinin son iki seansını ayırt etmek amacıyla eklenmiştir. ‘B’ son seansı, ‘A’ ise sondan bir önceki seansı ifade etmektedir.

** Söz konusu süreçler henüz başlangıç aşamasında olduğundan ve bu hastalara TİÖ uygulanmaya başlamadığından, bu süreçlerin terapötik ittifak ölçümlerine dair veri yoktur.

TİÖ-H Ort.: Terapötik İttifak Ölçeği Hasta Formu süreç ortalaması

TİÖ-H-SS: Terapötik İttifak Ölçeği Hasta Formu seans ortalamalarının standart sapması

TİÖ-H-Puan: Belirlenen seansa ilişkin Terapötik İttifak Ölçeği Hasta Formu puanı

H-Cinsiyet: Hastanın cinsiyeti

H-Yaş: Hastanın yaşı

SCL-90 Puanı: Hastanın süreç başında doldurduğu Belirti Tarama Listesi – Genel Belirti Düzeyi Puanı

T-Cinsiyet: Terapistin cinsiyeti

T-Yaş: Terapistin yaşı

T-Eğitim: Terapistin bulunduğu eğitim programı (YL: Yüksek Lisans; DR: Doktora)

2.1.5. Araştırmacının Rolü

Niteliksel çalışmalarda araştırmacılar veri toplama ve veriden bilgi üretme sürecinin doğrudan bir parçası olduğu için araştırmacıların olası yanlılıkları karıştırıcı değişken olarak değerlendirilebilmektedir (Ambert, Adler, Adler ve Detzner, 1995). Bunu önlemek amacıyla kullanılacak yöntemlerden biri, araştırmacının yanlılık oluşturabilecek özelliklerini çalışma içerisinde ayrıntılı bir şekilde belirtmesidir. Buna ek olarak, bu çalışma sürecinde, çalışmanın danışmanı veri analiz sürecine de danışmanlık yaparak veri toplama ve analiz sürecinin aşamalarının güvenilirliğine katkı sağlamıştır.

Analiz süresince tüm kodlamalar araştırmacı tarafından yapılmıştır. Kodlamalar yapılırken belirli bir kuramsal kısıtlamaya gidilmemiş, veriden yola çıkılarak kodlama yapılmıştır. Araştırmacı¹⁵, hem BDT hem ŞT kuramsal eğitim ve süpervizyonlarını almış olduğundan seanslar içerisindeki teknik içeriği fark edebilme yeterliliğine sahiptir. Kodlamalar sırasında belli aralıklarla, BDT ve ŞT eğitimleri veren, çalışmanın danışmanı, süpervizör olarak kodlamaları kontrol etmiştir.

2.1.6. Yanlılıklarla Başa Çıkma

Bu çalışmada yer alabilecek olası yanlılıkları azaltmak için alınan önlemler şöyle sıralanabilir: (a) araştırmacı, çalışmaya konu olan terapi yaklaşımlarının her birine yönelik olarak kapsamlı olarak eğitim almıştır, (b) araştırmaya dahil edilmek üzere seçilen görüşmeler belirlenirken araştırmacının kişisel kararları değil daha önce yapılan araştırmalardaki ölçütler temel alınmıştır, (c) araştırmacının kendisinin yürüttüğü psikoterapi süreçleri çalışma dışında tutulmuştur, (d) araştırmacının kodlamalar sonucunda elde ettiği veriler, konusunda uzman olan danışman tarafından kontrol edilmiş ve düzeltilmiştir, (e) kodlamalar sırasında oluşabilecek hataları engellemek amacıyla MAXQDA 11 (VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH, 1998-2014) yazılımı kullanılmıştır.

¹⁵ Araştırmacı, lisansüstü eğitimi boyunca, toplamda 6 eğitim dönemi boyunca BDT kuramsal eğitimi ve süpervizyonu; 5 eğitim dönemi boyunca da ŞT kuramsal eğitimi ve süpervizyonu almıştır. Bunlara ek olarak da 2 eğitim dönemi boyunca KİT süpervizyonlarına gözlemci olarak katılmıştır.

2.1.7. Veri Analizi

HÜPAL’de yürütülen süreçlerin tüm seansları görüntülü olarak kayıt altına alınmakta ve her bir görüşme, süreci yürüten terapist tarafından deşifre edilerek güvenli bir şekilde dosyalanmaktadır. Belirlenen tüm seansların deşifreleri nitel verileri düzenleme ve analiz etme amacıyla üretilmiş olan MAXQDA 11 yazılımına aktarılmıştır. MAXQDA 11 yazılımına ek olarak, burada elde edilen bulgulardan daha açık ve anlaşılır görseller elde etmek üzere nitel veri analizlerini görselleştirmek amacıyla açık kaynak kodlu olarak kullanıma sunulmuş olan Gephi 0.8.2¹⁶ (Bastian, Heymann ve Jacomy, 2009) yazılımından faydalanılmıştır. Deşifreler üzerinde yapılan analizler sırasında ihtiyaç duyulması durumlarında görüşmelerin görüntü kayıtları da incelenmiş ve kodlamaya ilişkin son kararlar bu iki kaynaktan elde edilen bilgiler ışığında yapılmıştır.

Verileri analiz etmek amacıyla nitel veri analizi tekniklerinden olan tematik analiz için Braun ve Clarke’ın (2006) önerdiği basamaklar, bu çalışmaya uyarlanarak kullanılmıştır. Braun ve Clarke’a göre tematik analiz, veri içerisindeki örüntüleri (temalar) tanımlama, analiz etme ve raporlama amacıyla yapılır. Bu sayede eldeki veri seti düzenlenebilir, açıklanabilir ve de yorumlanabilir. Yazarlar tematik analiz için altı tane temel basamak önermişlerdir. Bunlar:

1. Veriye aşinalık kazanmak,
2. İlk kodların oluşumu,
3. Temaların araştırılması,
4. Temaların gözden geçirilmesi,
5. Temaların tanımlanması ve adlandırılması
6. Rapor yazımı.

Aslında söylem analizi ve içerik analizi gibi nitel veri analizi yöntemleri de bir yönüyle tematik analizdir, yani bu yöntem nitel veri analizinin temel yapıtaşlarından biri olarak değerlendirilebilir. Farklı analiz yaklaşımlarının, tematik analizin önemli unsurlarını içerisinde barındırmasının nedeni, yaklaşımın oldukça esnek olmasıdır. Yöntemin bu özelliğinden faydalanarak eldeki verilerin analizi iki farklı süreç takip edilerek

¹⁶ Oluşturulan grafiklerin tümü Force Atlas 2 eklentisi kullanılarak hazırlanmış ve elde edilen grafiklerin daha anlaşılır olması amacıyla etiket boyutlandırma, üst üste gelmelerin engellenmesi vb. gibi görsel düzenlemeler yapılmıştır.

yapılmıştır: aşağıdan yukarıya ve yukarıdan aşağıya. Aşağıdan yukarıya yaklaşım kullanılarak eldeki verilere temellendirilerek daha önceden belirlenmemiş yeni kodlar oluşturulmuştur. Yukarıdan aşağıya yaklaşım kullanılarak da kuramsal olarak olması beklenen kodların veriye uygulaması yapılmıştır.

Yukarıdan aşağıya kodlama sırasında Mitchell ve arkadaşlarının (2011) önerdiği kırılma türleri ve çözüm davranışları; Swift ve arkadaşlarının (2012) PYB'yi önlemek üzere önerdiği davranışlar ile BDT ve ŞT uygulamalarında kullanılan teknikler temel alınmıştır. Bu kodlara aşağıdan yukarıya yaklaşım kullanılarak oluşturulan yeni kodlar da eklenmiştir.

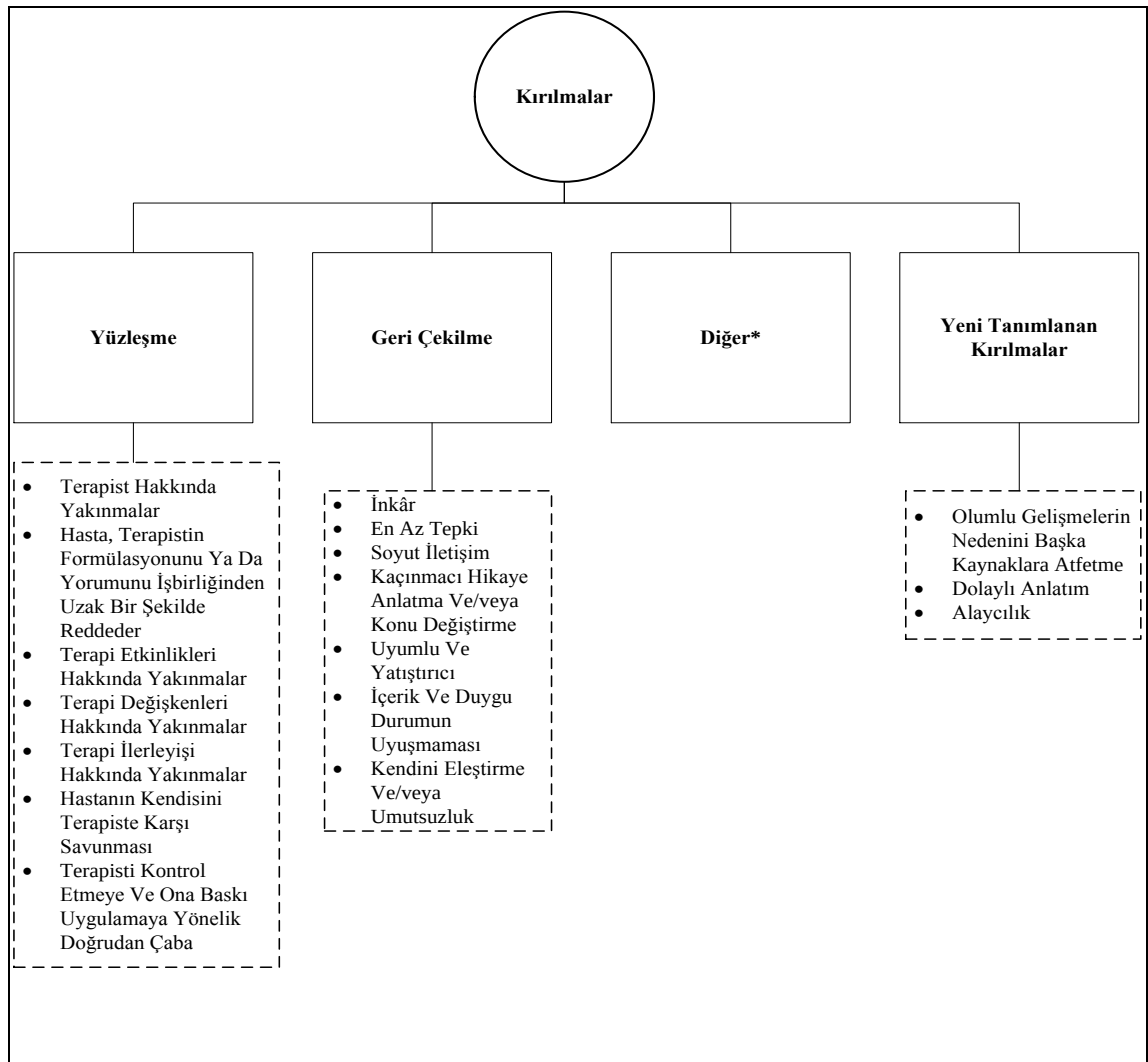
2.2 BULGULAR

Daha önce de belirtildiği gibi veri seti kodlanırken, eldeki veri hem yukarıdan aşağıya hem de aşağıdan yukarıya yaklaşımlar kullanılarak değerlendirilmiştir. Yukarıdan aşağıya yaklaşımla elde edilen temalar ve kodlar, terapötik ittifakta kırılma anları için Mitchell ve arkadaşları (2011); olumlu ve/veya çözüm odaklı terapist davranışları için Mitchell ve arkadaşları ve Swift ve arkadaşları (2012); BDT için Beck (2011) ve Leahy (2003); ŞT için Young, Klosko ve Weishaar (2003) temel alınarak oluşturulmuştur. Buna göre oluşturulan ilksel kodlarda Tablo 1’de yer alan kırılma sınıflandırması ve daha sonra açıklanan olumlu/çözüme yönelik terapist davranışları; BDT ve ŞT teknikleri (otomatik düşünce yakalama, kayıt tutma, imgeleme gibi) ile diğer seans içerikleri yer almaktadır.

Veri analiz süreci içerisinde ise bu ilksel kodlara yeni kodlar eklenmiş ve kodlar arasındaki örüntüler gözetilerek belirli temalar oluşturulmuştur. Buna göre üç ana tema, alt temalar ve kodlar hazırlanmıştır. Oluşturulan üç ana tema, terapötik ittifaktaki kırılma türlerini içeren ‘Kırılmalar’; kırılma öncesi, sonrası ve sırasındaki terapist davranışlarını içeren ‘Terapist Davranışları’ ve seans içerisinde konuşulan ve/veya yapılan diğer tüm bileşenleri kapsayan ‘Seans İçeriği’ temalarıdır.

2.2.1. Kırılmalar Ana Teması

Bu ana tema Mitchell ve arkadaşlarının (2011) terapötik ittifakta kırılma için önerdikleri üç eksenli yapıya dayanmaktadır. Araştırmacıların önerdiği kırılma türlerine ek olarak bu çalışmada 3 yeni kırılma alt sınıfı tanımlamak mümkün olmuştur. Kırılma ana teması ve ilişkili tema ve kodlar Şekil 1’de sunulmuştur.



Şekil 1 Kırılmalar Ana Teması, Alt Temaları ve Kodları

* Analizler süresince ‘Diğer’ temasının içerisine girebilecek herhangi bir veri bulunmadığından, şekil ve grafikleri sadeleştirmek adına, bundan sonraki bölümlerde bu tema gösterilmeyecektir.

Araştırmacılar kırılmaların ya geri çekilme ya da yüzleşme bağlamında ortaya çıkabileceğini belirtmişlerdir ve kırılma alt sınıflarını da bu iki temel başlık altında sıralamışlardır. Bu çalışmada ise alt sınıflar aynı olmak üzere, kırılmaların net olarak iki ana sınıfa ayrılmayacağı, bunların bir süreklilik arz ettiği görülmüştür. Özetle, sınıfsal bir ayırmadan öte bir sürekliliğin iki ucu olma durumunun söz konusu olduğuna dair bulgular dikkat çekmiştir. Bu durumun bir örneği PYB-7B seansının aşağıda yer alan kesitinde açıkça görülebilmektedir¹⁷.

Terapist: Bunu biraz açar mısınız?

¹⁷ Örnek olarak sunulan seans kesitlerinin tümünde, konuşmalara konu olan kişi ve yer adları hasta ve terapistlerinin gizliliğini korumak amacıyla herhangi bir düzen gözetilmeden değiştirilmiştir.

Hasta: Bundan bahsetmiştim zaten, hani hatırlamıyor olabilirsiniz. (PYB-7B)

Yukarıdaki kısa örnekte olduğu gibi hasta terapistin kendisine ilişkin bir bilgiyi hatırlayamaması üzerine ‘terapist hakkında yakınmalar’ dile getirmektedir. Bu kırılma türü ‘yüzleşme’ sınıfında yer alsa da bu örneğin ortaya çıkışı ‘geri çekilme’ bağlamındadır.

Hasta: Hı hım, arkadaşlarımı da seviyorum. Hani onları bırakmak da bir yönden canımı sıkıyor ama hani bir yönden düşünüyorum hangisi daha iyi olarak, daha ağır basıyor. Geçmek benim için sanırsam daha iyi olacak. Sonuçta hayatımda bir sürü insan çıkıyor karşımıza hani, yeni arkadaşlar, yeni insanlar, sonuçta buradaki arkadaşlarımla da ömrümün sonuna kadar beraber olmayacağım. Kısa bir zaman var ve hani şu alışkanlığımı ne kadar erken yenersem ki çalışma hayatına kadar falan sürdüğünü hayatta düşünemiyorum. Yani hadi çalışma hayatını geçtim, 6. sınıf yani sınav dönemimizde ya da ne bileyim ya da stajlar falan şu bu.

Terapist: Tabii ki, çok yoğun bir yaşıntın olacak.

Hasta: O yüzden elimden geldiğince erken hani bu işte hastalığımı yenebilirsem daha iyi olur. (PYB-3B)

Bu örnek, 4. görüşmedeki hastanın terapistten beklentilerine dair uzun ifadelerinden kısa bir kesiti içermektedir. Hastanın bu davranışı, yüzleşme sınıflamasındaki gibi ‘terapisti kontrol etmeye ve ona baskı uygulamaya yönelik doğrudan bir çaba’ içerse de bu çabanın sunumu da geri çekilme bağlamında ortaya çıkmaktadır.

Örneklerden de anlaşılabileceği gibi bu ana temaların kırılmaların ‘içeriği’ ve ‘sunumunu’ ifade eden temalar olmaları mümkün görünmektedir. Yani bir hastanın duygularını inkâr etmesi geri çekilme bağlamında ortaya çıkabileceği gibi yüzleşme bağlamında da ortaya çıkabilmektedir. Benzer şekilde kırılmanın ortaya çıkışının ‘şiddeti’ de değişebilmektedir. Örneğin yoğun bir sessizlik ve kısa yanıtlarla ilerleyen ve ‘en az tepki’ sınıfına giren bu kırılmada olduğu gibi kırılmaların şiddeti de değişebilmektedir:

Hasta: Yani... Doğru olabilir. Düzeltmeye çalışıyorum ama belki kendi içimde... (çok uzun sessizlik). Yani... Düşündüklerimi dile getiremiyorum. Bitirebiliriz isterseniz.

Terapist: Dediğim gibi bu 50 dakikalık süre sizin süreniz. Siz nasıl değerlendirmek istersiniz?

Hasta: Yani bir 50 dakika konuşmam gerekiyorsa konuşabileceğimi sanmıyorum. Bu şekilde beklemektense seansı bitirebiliriz.

Terapist: Hıhı. Bu sessiz kaldığımız süre boyunca neler düşündünüz? Biraz ifade etmeye çalışabilirsiniz belki?

Hasta: Yani yine fotoğraflar geçti gözümün önünden. (uzun sessizlik). Artık rahatsız olduğumu hissediyorum... Ve çıkmak istiyorum, bir an önce.

Terapist: Bitirmek isterseniz bitirebiliriz. Dediğim gibi bu sizin süreniz olacak.

Hasta: (uzun sessizlik).

Terapist: Siz bunu neye bağlıyorsunuz, bırakmak istemenizi görüşmeyi?

Hasta: Rahatsız oldum. Bitirmek istiyorum görüşmeyi. Fiziksel olarak da rahatsız oldum.

Terapist: Sessizlik mi sizi rahatsız eden?

Hasta: Yani sadece sessizlik değil. Ne olduğunu bilmiyorum. (sessizlik). Bu kadar. (PYB-1B)

Ya da daha kısa süreli ve yoğunluğu daha az olan şu kırılmada olduğu gibi:

Terapist: İı bunu da yani ihtiyaç, yaşayabileceğin kadarını yaşayabilmen güzel bir şey dedik, değil mi?

Hasta: Hı hı.

Terapist: Bu ve son olarak da ne yaptık? Bir dahaki, önümüzdeki görüşmelerle ilgili bir plan yaptık.

Hasta: Hı hı

Terapist: Var mı senin eklemek istediğin, sormak istediğin?

Hasta: İıı...

Terapist: İı görüşme boyunca hani böyle canını sıkın

Hasta: Cık

Terapist: Öfkeliendiren?

Hasta: Cık

Terapist: Hı hı. Eksik kaldığını hissettiğin bir şey?

Hasta: Yok.

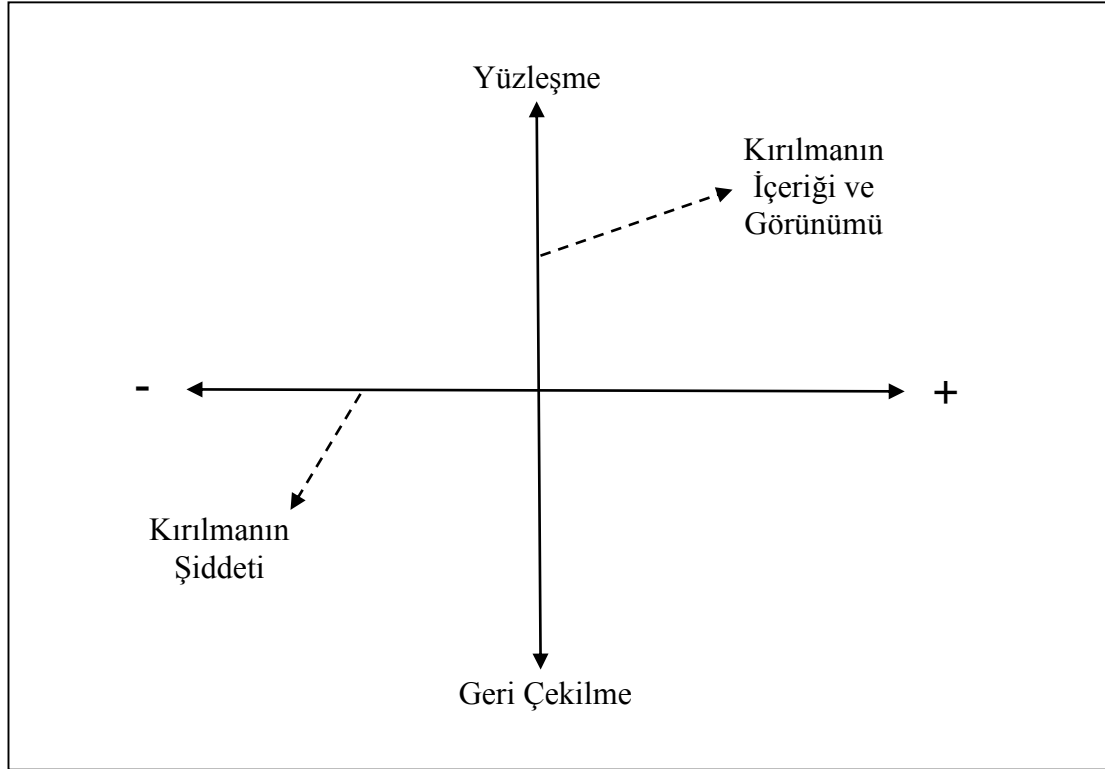
Terapist: Peki, tamam. O zaman böyle bitirelim görüşmeyi yine.

Hasta: Tamam.

Terapist: Oldu. (K-3)

Kırılmanın ‘şiddetine’ ilişkin değerlendirme yapmanın gerekliliği Mitchell ve arkadaşlarının (2011) ifade ettiği bir durum olsa da yüzleşme ve geri çekilme sınıflarına

ilişkin boyutsal değerlendirme yaklaşımının faydalı olabileceği ilk olarak bu çalışmada dikkat çekmiştir. Buna göre, kırılmaları değerlendirmek üzere Şekil 2’deki gibi bir yaklaşımın yararlı olabileceği düşünülmektedir.



Şekil 2 Terapötik İttifakta Kırılmaların Boyutsal Olarak Değerlendirilmesi

Şekil 2’de de görülebileceği gibi Kırılmalar ana teması altında daha önceden Mitchell ve arkadaşları (2011) tarafından tanımlanmamış olan yeni kırılma türleri de yer almaktadır. Tespit edilen bu davranışlar iş birliğinden uzak bir şekilde ortaya çıkmışlar ve terapötik ittifakta kırılma olarak değerlendirilmişlerdir. Bahsi geçen bu kırılma türleri şunlardır: ‘Olumlu Gelişmelerin Nedenini Başka Kaynaklara Atfetme’, ‘Dolaylı Anlatım’ ve ‘Alaycılık’.

İçeriği bakımından ‘Geri Çekilme’ ana temasına dahil edilebileceği düşünülen, ‘Olumlu Gelişmelerin Nedenini Başka Kaynaklara Atfetme’ şeklinde ortaya çıkan kırılmalarda hastanın, içinde bulunduğu durumun olumlu yanlarının varlığını, terapi süreci ya da terapist dışındaki kaynaklara atfettiği görülmüştür. Örneğin;

Hasta: Açıkçası baharla beraber beni bir hüznün kapladı. Bir tane arkadaşım var İzmir’de onunla konuşuyorduk. Bilmiyorum dedim. İnsanlar bir anda beni

aramıyorlar, sormuyorlar, bir anda kırılmaya başladım, üzülmeye başladım, o da şey dedi ‘kafana cemre düşmüş senin’ dedi.

Terapist: Bahardan.

Hasta: Evet (güler).

Terapist: Genelde de tam tersi olur, bahar gelince insanın dışarı çıkması gelir, hayat da canlanıyor çünkü.

Hasta: Ben de böyle bir dönüşüm, değişim oluyor ondan sonra hayat canlanıyor, hemen olmuyor bende. Ondan sonra “kafana cemre düşmüştür” dedi. Ona çok güldüm ve bu aralar öyle dolaşıyorum, kafama cemre düşmüş diyorum. Kırılıyorum, insanların aramaması sormaması; arkadaş, dost diye baktığım insanların bunca zamandır arayıp sormamaları ne yapıyorum ne ediyorum diye, beni kırmaya başladı. Şu ana kadar kırmayan şey beni kırmaya başladı. Bir anda kırılmaya ve üzülmeye başladım. Ondan sonra işte o şey geldi, o “cemre düşmüştür kafana” biraz daha beni ayağa kaldıran bir şey oldu, biraz espriyle falan da olsa çok iyi geldi. Kafama cemre düşmüştür diyorum.

Terapist: Belki daha önceden düşünmediğiniz bir şeylerdi, burada birçok şeyin üstünde düşünmeye çalışıyoruz, bunlar da bazı kanalları açmış olabilir.

Hasta: Bir anda böyle hüzünlendim, hüzün yaptım. Bir anda şey yaptım, kırıldığımı hissettim filan arkadaşım öyle deyince, bir an tekrar kendimi topladım ama o kırılma şeyi devam ediyor yani o kırılma devam ediyor açıkçası.

Terapist: Hepimizin içinde olan bir taraftır. Bir ihtiyaç var orada.

Hasta: Motivasyonumu o esprinin içinde buldum açıkçası, oradan bir motivasyon yakaladım.

Terapist: Size iyi gelen bir espri olmuş, güzel bir espri.

Hasta: Evet, kafana cemre düşmüş deyince. Hatta Ebru ile de şey yaptım, ikimizin de kafasına düştü diye, ikimiz birden depresyona girdik yapıyoruz. Yani o motivasyonu yakaladım orada, yani o iki kelime bile doyurdu beni, doyduğumu hissettim. (PYB-6B)

‘Dolaylı anlatım’ türü kırılmalarda hastanın, terapi süreci ya da terapistle ilgili olarak olumsuz düşüncelerini ifade ettiği fakat bunu yaparken doğrudan terapist ya da terapi süreci hakkında konuşmadığı ancak bu terapist ve terapi sürecine göndermeler yaptığı görülmektedir. Bu kırılma türünün de içerik açısından ‘Geri Çekilme’ ana teması bağlamında değerlendirilmesi uygun olabilir. Bu tür kırılmaların kodlanırken bahsi geçen konuşmaların terapist ya da terapi süreciyle ilişkili bir bağlamda ortaya çıkmış olması önemlidir.

Hasta: Belki hayatımın dönüm noktası birisi annem birisi eşimdir. Yani insan hayatında annesi ve eşi gerçekten. Benim hayatımı mahvedenler ikisidir yani. Hani belki orada bir şeyler, çocukluğumda, onun üzerine de eşim koydu, bunun

üzerine yıkıntıları, yani mesela, Gökhan Bey, “siz güçlü olsaydınız”, bana hep o telkin verirlerdi, psikiyatrist olan. “Tamam, o zayıfsa sen güçlü ol”, ben zaten güçsüzüm nasıl güçlü olayım, ben ne yapayım sen yapsaydın bir şeyler derdi bana hep. Ben nasıl güçsüz, zaten kabul etmişim ben zayıfım tamam, nasıl yapayım o şeyde, yürüyemeyen bir insana koş diyebilir misiniz? Nasıl yaşayayım ben orada, yani annenin yerinden çıkıyorsun, aynı onu daha kat kat fazlası bir aileye geliyorsun. Sahiplenmeyen bir eş, nasıl, ben orada kendimi göstereyim, nasıl kurallar koyayım. Nasıl ben şunu istiyorum diyebileyim. Kesinlikle yapamayacağım şeyler... (K-11)

Bu çalışma sırasında dikkat çeken bir diğer yeni kırılma türü de ‘alaycılıktır’. Bu tür kırılmalar ‘içerik ve duygu durumun uyuşmaması’ ya da ‘inkâr’ alt sınıfına girmeyen; alaycı bir tavrın baskın olduğu ancak bu alt sınıflardan da öğeler barındıran durumları içermektedir. İçerik olarak ‘yüzleşme’ ana teması altında değerlendirilebilecek olan bu tür kırılmalar odak, terapist ya da terapi sürecinin kendisidir. Örneğin;

(Hasta sürekli olarak seanslara geç gelmektedir ve bunun üzerine terapist, her iki tarafın da onaylayacağı yazılı bir sözleşme yapılmasını önerir.)

Terapist: Biraz sembolün önüne de geçmesi dileğiyle, sembolik bir şey tabii ki. Çünkü buna uymamak yine bizim elimizde. Sizin elinizde benim elimde ama ıh... dedim ya hani yanlış anlaşılabilir olabiliyor ya, onun önüne geçmek için. Bu arada hani konuştuğumuz şey kâğıda dökülmüş olsun. Söz uçar yazı kalır.

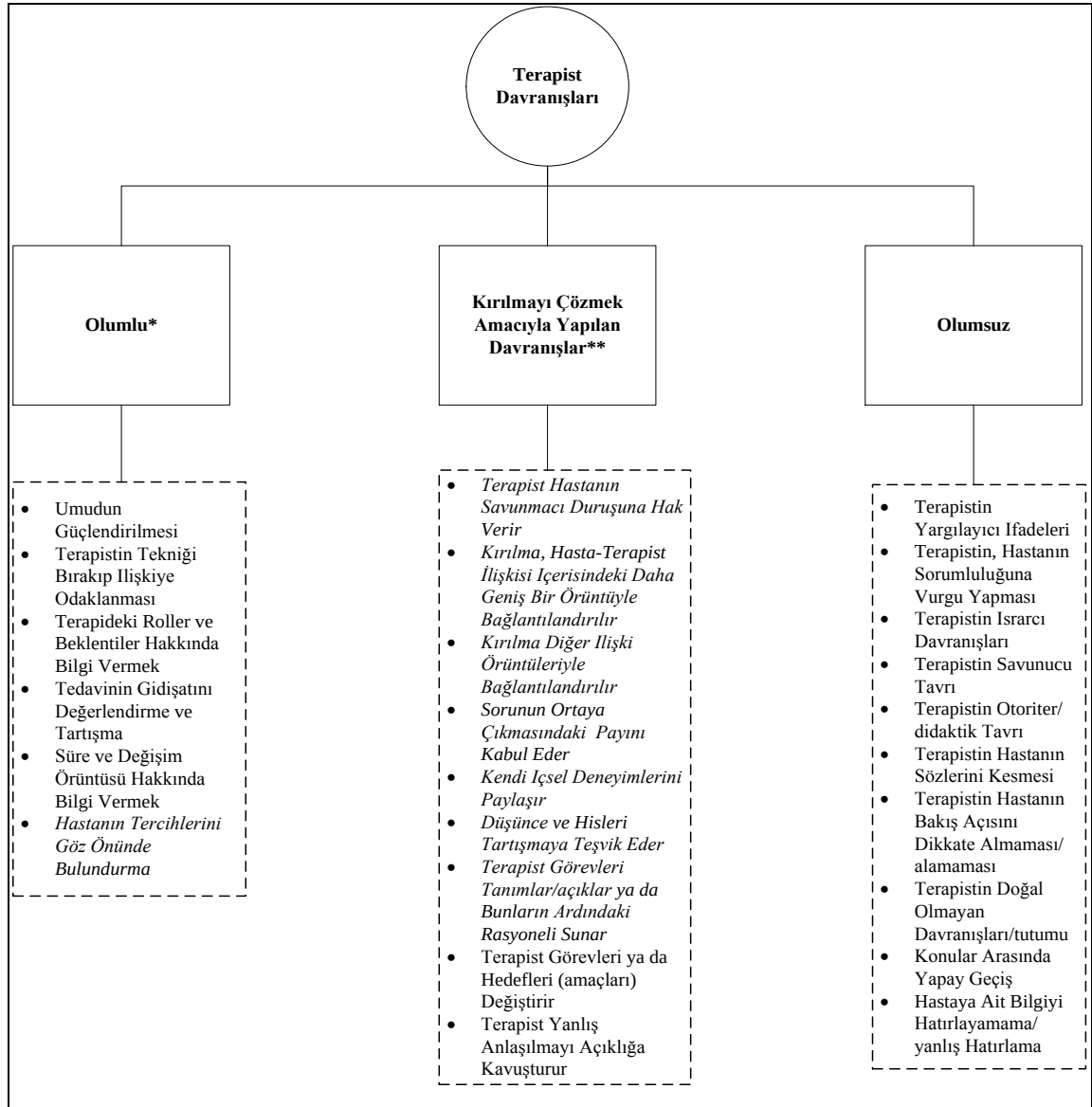
Hasta: (güler) Anladım.

Terapist: Bende de bir nüsha bulunsun sizde de bulunsun. Ben fotokopisini çektirir getiririm size haftaya. Çünkü...

Hasta: Ben odama asayım o zaman (güler). (PYB-5B)

2.2.2. Terapist Davranışları Ana Teması

Bu ana tema, kırılma öncesi, sırası ve sonrasındaki terapist davranışlarını tanımlamak üzere oluşturulmuştur. Kodlamalar sırasında oluşturulan ve şekillendirilen olumlu ve olumsuz terapist davranışları alt temalarına ek olarak Mitchell ve arkadaşlarının (2011) önerdiği terapötik ittifakta kırılmayı çözme stratejileri ve Swift ve arkadaşlarının (2012) PYB önlemek üzere önerdiği yöntemler de bu ana tema içerisinde değerlendirilmiştir. Terapist davranışları ana teması ve ilişkili tema ve kodlar Şekil 3’te sunulmuştur.



Şekil 3 Terapist Davranışları Ana Teması, Alt Temaları ve Kodları

* Bu alt tema ve bu temayla ilişkili kodlar Swift ve arkadaşlarının (2012) PYB'yi önlemek üzere önerdiği müdahalelerden yola çıkılarak oluşturulmuştur ve analiz sırasında tespit edilen diğer olumlu terapist davranışları da bu tema altında değerlendirilmiştir.

** Bu alt tema ve bu temayla ilişkili kodlar Mitchell ve arkadaşlarının (2011) önerdiği kırılma çözüm stratejileridir.

*** Eğik yazı tipi ile yazılan kodlar, kuramsal olarak var olabileceği düşünülen ancak analiz süreci içerisinde hiç gözlemlenmeyen davranışları ifade etmektedir.

Olumlu terapist davranışları alt temasında yer alan bazı örnek kesitler şöyledir:

Terapist: Evet terapi süreci biraz da sancılı bir süreç aslında biz kapalı bir kutuyu açıp didikliyorduk. Ne olup bitğine bakıyoruz. Normalde hiç aklına getirmeyeceğin bir şeyi burada uzun uzadıya, o duyguları tekrar tekrar hissedene kadar üstüne gidiyoruz. Şu anda hissettiğin şey şu an için evet sana

çok da iyi gelmeyen bir şey ama uzun vadede bunların sonuçlarını alacağız. Belki aradan geçen bir hafta içinde bunları çok fazla düşünmek yerine buraya saklayabilirsin, not alabilirsin aklına gelenleri konuşmamız üzerine iyi gelebilir bu. Seni sıkan bunaltan bir şey olduğunda yazabilirsin, buraya geldiğinde üstünden geçebiliriz. Ama yine aklının bir köşesinde bunların uzun vadede sana iyi geleceğini düşünürsen biraz daha rahatlatır seni. (K-9A: Umudun Güçlendirilmesi)

Ya da,

Terapist: Benim beklentilerimle ilgili kaygılarınız var sanki?

Hasta: Evet.

Terapist: Çok dolu geçmesinden ziyade ne kadar verimli geçtiği önemli diye düşünebiliriz. Belki bu şeklide değiştirebiliriz ya da şimdi hatırlayamazsam sonraki seans nasıl olsa bir daha görüşeceğiz o zaman söylerim gibi bir şey.

Hasta: Çok mantıklı oldu. (K-8A: Terapideki Roller ve Beklentiler Hakkında Bilgi Vermek)

Olumsuz terapist davranışları alt temasında yer alan bazı örnek kesitler şöyledir:

Terapist: Hani iki haftalık da bir uzatmayla. İıı çünkü hani görüşmelere gelmeyince, aksayınca bunlar şey oluyor biz ııı sanki böyle bir ileri iki geri-

Hasta: Hıı

Terapist: ..gitmiş gibi oluyoruz. Çünkü hani yerleşmiyor burada yaptıklarımız. İıı o yüzden hani istediğimiz ilerlemeyi sağlayamıyoruz.

Hasta: Hı hı

Terapist: İıı o yüzden de yani ancak böyle hepsini çok güzel yapabilirsek aksatmadan, o koşulda iki haftalık da belki bir uzatmayla büyük ölçüde bitirebiliriz. (K-3: Terapistin Yargılayıcı İfadeleri)

Ya da,

Terapist: Peki nasıl hissettirdi sana? O anda kayıt tutabildin mi mesela?

Hasta: O an derken işte dersteiken teneffüse çıktığımda, yani olabilecek en yakın zamanda.

Terapist: Mesela çıkartıp derste yazabildiğin hiç oldu mu ya da olduğu anda yazabildiği oldu mu?

Hasta: Yoo derste yazmadım. Yazmam da çünkü etrafımda insanlar falan var, ne yapıyorsun falan. Onların görmesini istemem.

...

Terapist: Peki nasıl hissettirdi sana kendini? Yani herhangi bir değişiklik hissettin mi mesela yazıp da şöyle dışarıdan bakınca görebildin mi farklı bir şey kendinde?

Hasta: Yani kendime dışarıdan baktığımda nasıl göründüğünü ben de biliyorum. Önceden de insanlar bana şey yaptığında işte, yani bu sorunla ilgili benimle konuştuklarında ya da işte paylaşmak istediklerinde falan söyledikleri şeyler. Onların açısından baksam nasıl olurdu, nasıl görürdüm kendimi diye de düşünüyorum zaten. O yüzden çok yabancı şeyler değil, biliyorum nasıl olduğunu, belki dışarıdan bakan biri için nasıl göründüğünü biliyorum hani bir daha o gözle bakmış oldum ama zaten biliyordum.

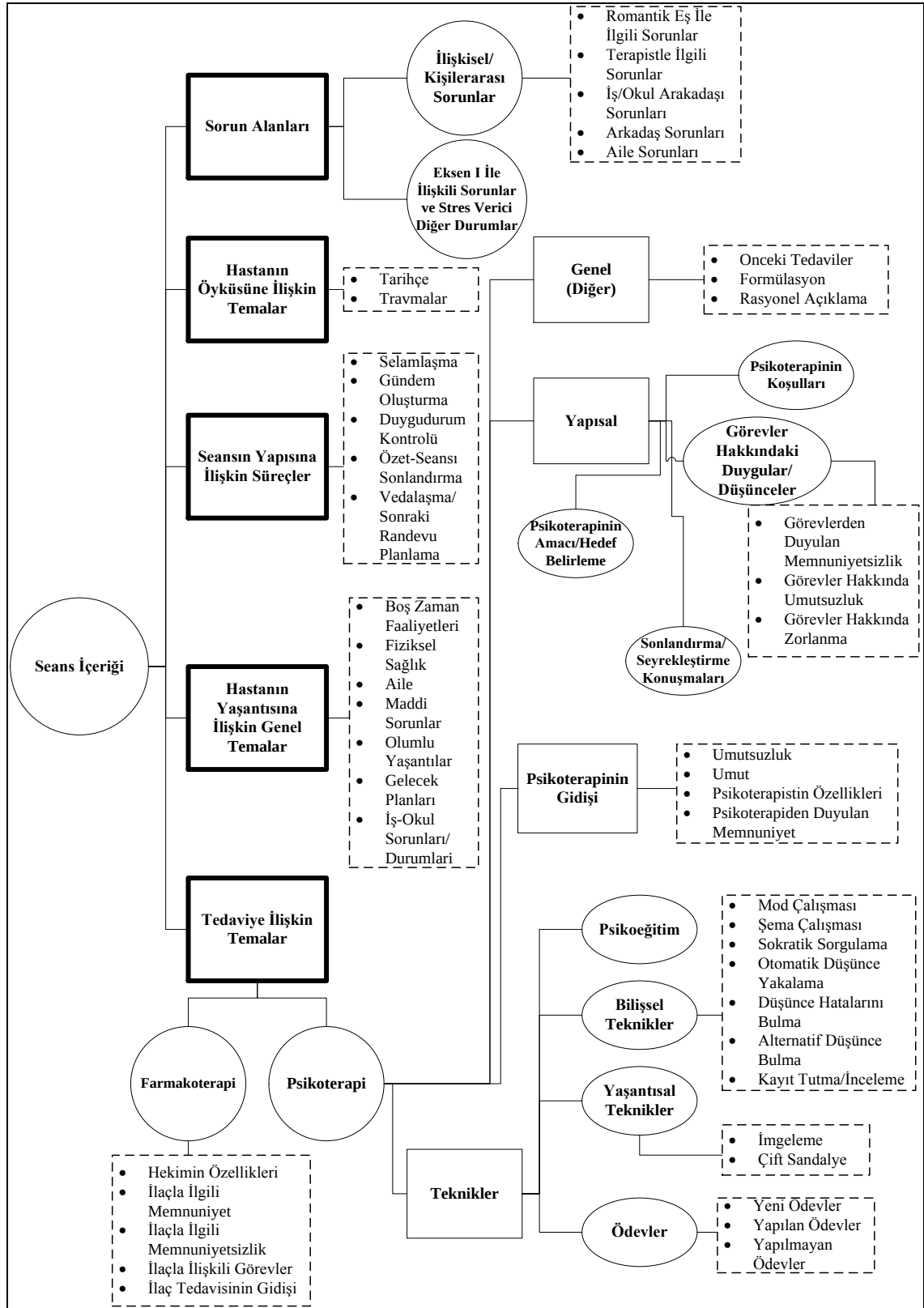
Terapist: Peki nasıl hissettirdi sana? Zaten biliyordum diyorsun ama bir de onun duygu kısmı var, nasıl hissettirdi sana? (K-4: Terapistin Israrıcı Davranışları)

Elimizdeki verilerde, terapötik ittifakta kırılmayı çözmeye yönelik olarak önceden tanımlanmış davranışlara çok sık rastlanmamıştır. Çok seyrek olarak ortaya çıkan bu alt temaya ilişkin örnek bir kesit şöyledir:

Terapist: Olsun, gayet güzel. Bu ödevler bizim tedavimiz için önemli zaten. Sizle de iyi şekilde gittiğimiz için çok fazla sıkıntı değil. Önümüzdeki hafta için, terapinin başından beri o zaman neler yaptık, neler düşündünüz, hangi aşamalardan geçtiğinizi düşündünüz? Nelerin üstesinden gelebildiğinizi düşünüyorsunuz? Neler eksik kaldı, neler düzelse daha iyi olur? Bunları yazarsanız önümüzdeki hafta yine bununla ilgili konuşabiliriz. İki hafta sonra, pardon. (K-1: Tedavinin Gidişatını Değerlendirme ve Tartışma)

2.2.3. Seans İçeriği Ana Teması

Bu ana temanın oluşturulma amacı seans içerisinde ortaya çıkan her türlü içeriği değerlendirebilmek ve sonrasında da gerekli karşılaştırmaların yapılmasına olanak sağlamaktır. ‘Sorun alanları, hastanın öyküsüne ilişkin temalar, seansın yapısına ilişkin süreçler, hastanın yaşantısına ilişkin genel süreçler ve tedaviye ilişkin temalar’ olmak üzere 5 temel eksenden oluşan bu ana tema kendi içerisinde de pek çok kola ayrılmaktadır. Seans içeriği teması, şekil 4’te de görülebileceği gibi çok sayıda alt tema ve kodu kapsamaktadır. Bu ana temanın yapısı sayesinde BDT ve şT seanslarını bir arada değerlendirmek de mümkün olacaktır. Ayrıca bu ana temanın, diğer iki ana temanın aksine hem hasta ve terapist davranışlarını hem de hasta terapist etkileşimlerini içerdiği de belirtilmelidir.



Şekil 4 Seans İçeriği Ana Teması, Alt Temaları ve Kodları

* Devamlı çizgilerle çerçevesi çizilmiş olan alt tema ve kodlar sonraki analizlerde kullanılan bileşenlerdir. Kesik çizgilerle çevrelenmiş olan kodlar kendilerine en yakın temanın içerisine dâhil edilmiştir.

Bu ana temada yer alan alt tema ve kodlar gizil anlamlardan daha çok, açık bir şekilde, adlarının ifade ettiği (Braun ve Clark, 2006) kesitleri kodlamak amacıyla oluşturulduğundan, kod adları ve içerikleri büyük oranda eşleşmektedir. Örneğin, Seans İçeriği/Tedaviye İlişkin Temalar/Genel (Diğer) alt teması altındaki ‘Formülasyon’ kodu şu şekilde bir paragrafı içermektedir:

Terapist: Şimdi, ben işleyişini, ne olduğunu anlatayım size, sonra da, sizi yönlendireceğim zaten. Ben kendim bir şeyler hazırladım bununla ilgili, ama birlikte şey yaparız, fikir alışverişinde bulunuruz, ona göre şekillendiririz. Şimdi az önce dediğimiz şeydi: yalnız olduğumuzda ya da duygusal yoksunluğumuzu tetikleyecek herhangi bir şey, ben burada ‘evde yalnız kalmak’ şeklinde bir örnek düşündüm. O duygusal yoksunluğunuz tetikleniyor, şemamız tetikleniyor, tetiklendikten sonra aklımızdan olumsuz düşünceler geçiyor. Olumsuz düşüncelerden kaçmak için de bazı yollar izliyoruz. Şimdi temelde benim söylediğim, eğer o anda duygusal yoksunluğun tetiklendiğini fark edebilirsek ve aslında aklımızdan geçen düşünceleri yanlış olabildiğini kendimize hatırlatabilirsek, peşinden durdurma şansımız ortaya çıkacak. Şimdi bunun için şu, bu hazırlayacağımız başa çıkma kartı diye ifade ettiğimiz bir şey, bu konuştuklarımızı size hatırlatacak bir şey. (K-11)

Ancak hem daha açıklayıcı olmak amacıyla hem de bu ana tema ile kırılma ana teması arasında ‘görünürde benzer’ bazı kod isimleri olması nedeniyle bazı örnekler sunmakta fayda vardır. Bu iki ana temayı ayırtırmak için kullanılan temel fark, davranışın iş birliğinden uzak bir şekilde ortaya çıkması ya da iş birliğine açık bir şekilde ortaya çıkmasıdır.

Aşağıdaki örnek Seans İçeriği/Sorun Alanları/İlişkisel-Kişilerarası Sorunlar etiketi ile kodlanan bir kesittir.

Hasta: Evet evet yani böyle bir suçlama. Aslına bakarsanız hiç ilgisi yok yani bununla bu durumun. Ailemle hiç ilgisi yok çünkü zaten ben aileme, um, karşı durarak Kerim’in yanına gittim çok defalar yani. Bunun ailemle hiçbir ilgisi yok ama şeyi keşfediyorum yani: bende, aileme çocukluktan gelen bir kızgınlık var, aileme karşı. Kızıyorum, kızıyorum ama böyle şeylerle. Yani onlara karşı bir isyan içerisindeyim ve Kerim de böyle sığındığım bir liman. Yani aileme kızıyorum ona sığınıyorum yani. Sonra Kerim’e kızdığım da bu sefer hani bir şekilde aileme sığınmaya çalışıyorum. Böyle sağlıklı bir iletişim, sağlıklı bir ilişki, sağlıklı bir duruş. Sonra onun duruşunu düşünüyorum. Onun bugüne kadar hep ayrılmak isteyip de ayrılamamasında benim nasıl bir etkim oldu. Yani evet git dedim ama gittikten sonra ya ben Zeynep’siz yapamam deyip her geri gelişinde de kabul ettim. Yani o gitsin de dönsün diye bekleyen bir Zeynep oldum hep. Ve aslında döndüğünde kızgın olmama rağmen hani atlatacağız şeklinde hep onu sarıp sarmalamaya çalıştım. Ve içsel olarak da galiba ben de

hep sarıp sarmalanmayı bekledim. Perşembe akşamı oraya gittim, Kerim'in yanına... (K-12)

Aşağıdaki örnek ise Seans İçeriği/Tedaviye İlişkin Temalar/Eksen I İle İlişkili Sorunlar ve Stres Verici Diğer Durumlar etiketi ile kodlanan bir kesittir.

Terapist: Bunlar da dediğiniz gibi sizde sıkıntı yaratan şeyler ve ileride gelecekte de olsa birtakım bedensel belirtiler ortaya çıkarıyor, ruh durumunuzu değiştiriyor. Olumsuz duygular hissediyorsunuz, olumsuz düşünceler ortaya çıkıyor. Ve hatta şey dediğinizi hatırlıyorum sonuçta da o imgeyi düşündüğünüzde, “oradan uzaklaşıyorum”, giderken de “kahretsin her şey çok olumsuz, hastalığım geçmiyor mu acaba” diye düşünüyorum demiştiniz. Bunu da hastalıkla bağdaştırmıştık. Böyle bir şey olmuştu bunu hatırlayabildiniz mi?

Hasta: Kendimle ilgili tepkilerden dolayı ama oradaki insanlardan dolayı değil, fiziksel tepkilerim abartılı yaşanınca.

Terapist: Hı hı o tepkilerin de abartılı olduğunu söylediniz, nefes alamıyorum, kaskatı kesildim diye.

Hasta: Kendimle ilgiliydi, oradaki kişilerle ilgili değildi. (K-5)

Aşağıdaki örnek ise Seans İçeriği/Tedaviye İlişkin Temalar/Psikoterapi/Yapısal/Psikoterapinin Koşulları etiketi ile kodlanan bir kesittir. Fark edilebileceği gibi Kırılma ana teması içerisinde de benzer bazı durumları değerlendirmek amacıyla kullanılabilecek bir kod bulunmaktadır (Yüzleşme/Terapi Değişkenleri Hakkında Yakınmalar). Bu kod, psikoterapinin koşulları hakkında konuşulan ancak bu konuşmanın işbirliği içerisinde olduğu ya da işbirliği olmadığına dair açık ipuçları olmayan durumları kodlamak üzere oluşturulmuştur. Aşağıdaki örnekte de görülebileceği gibi hasta, terapi sıklığına ilişkin endişelerini terapistle paylaşmakta ve bu endişelerine yönelik çözüm arayışına terapisti de ortak etmektedir. Bunu yaparken kullanılan dil ve fikirlerin ifade ediliş şekli de Kırılma ana temasındaki kodlardan açıkça farklılaşmaktadır.

Hasta: Söylemek istediğim, mümkün mü bilmiyorum, daha sıklaştırmak bu görüşmeleri. Belki daha iyi olur düşünüyorum. Çünkü böyle bir hafta geçiyor, soğuk kalıyorum artık. Buradan böyle çıktığım gibi, etkisi kalıyor, etkisi kalıyor ama bir hafta geçiyor, bir hafta sonra unutuyorum her şeyi. Her şey tekrar aynı şekilde devam ediyor. Kötü oluyor. Moral bozuklukları falan tekrar buraya geliyorum işte. Ancak daha sık olursa belki daha fazla etki görebilirim diye düşünüyorum. Sizin için mümkünse. Olmazsa da işte başka yerlere mi başvorsam ya da bıraksam mı düşüncesi var bu hafta bende. Bırakmak da çare olur mu? ... (K-7A)

Yukarıda örneğe benzer bir durum aşağıdaki örnekte de söz konusudur. Aşağıdaki kesit Seans İçeriği/Tedaviye İlişkin Temalar/Psikoterapi/Yapısal/Görevler Hakkındaki Duygular ve Düşünceler şeklinde kodlanmıştır ve görülebileceği üzere psikoterapideki görevler hakkında işbirliğine açık bir şekilde yürütülen bir konuşma vardır.

Terapist: Peki nasıl hissettirdi sana? Zaten biliyordum diyorsun ama bir de onun duygu kısmı var, nasıl hissettirdi sana?

Hasta: Yani dışarıdan bakmak pek bir şey fark etmiyor.

Terapist: Peki etkili olmadığını düşünüyor olabilir misin?

Hasta: Yani etkili olması, benim yazmam ya da yazmamam değil onun etkisi. Onu yazıp mesela belki sizinle tartışacak olmam etkili olan, benim onu yazmam değil.

Terapist: Yani o an için belki çok fazla etkisi olmadığını düşünüyorsun ama belki gelip de burada benimle beraber konuşunca, üzerinden geçince daha faydalı olabileceğini düşünüyorsun.

Hasta: Hı hı. (K-4)

2.2.4. PYB Öncesi Seansların Karşılaştırılması

Çalışmada, PYB'nin hemen öncesindeki iki seans da PYB öncesi seanslar olarak analizlerimize dâhil edilmiştir. Örneğin, 9. seanstan sonra görüşmelere devam etmeyen bir hastanın 8. ve 9. seansları analiz edilmiştir. Buradaki esas amaç PYB öncesi süreci daha iyi analiz edebilmek ve PYB durumlarının ortaya çıkış mekanizmalarına dair daha fazla bilgi edinebilmektedir. Ancak, kırılma seansları ile PYB seansları arasındaki benzerlik ve/veya farklılıklar incelenirken PYB öncesindeki tüm seansların karşılaştırmalara dâhil edilip edilmemesine karar verebilmek için de bu seansların kendi içlerinde karşılaştırılması ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Bu nedenle bu bölümde PYB öncesi son seanslar (PYB-Son) ve sondan bir önceki seansların (PYB-1) içerikleri karşılaştırılacaktır.

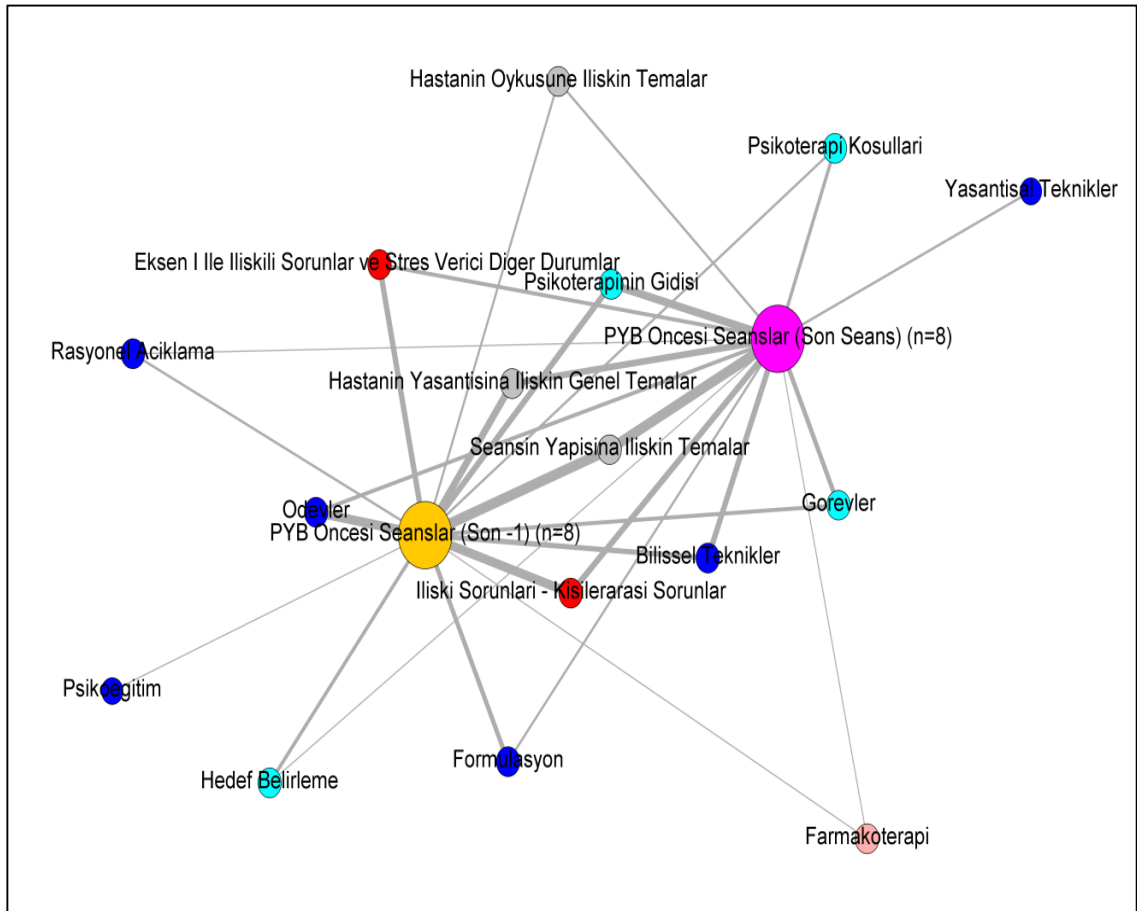
Yukarıda belirtilen amaç doğrultusunda her iki seans grubunun 'Seans İçeriği', 'Terapötik İttifakta Kırılma' sınıflandırmaları ve 'Terapist Davranışları' değerlendirilecektir. Bunu yapmak için de nitel veri analizi sonucu elde edilen kodlamalara göre hazırlanan görseller kullanılacaktır. Oluşturulan görseller 'kesit temelli' değil, 'belge temellidir'. Yani bir kod bir görüşmede pek çok farklı yerde ortaya

çıkmiş olsa da oluşturulan şekle sadece bir kere yansıyacaktır. Böyle yapılarak, herhangi bir görüşmenin gündemi gereği sıklıkla ortaya çıkan bir kodun yanıltıcı bir şekilde bütün seans grubuna genellenmesinin önüne geçilmesi amaçlanmıştır.

Şekillerde yer alan bağlantı çizgilerinin kalınlaşması daha güçlü bir ilişkiyi ifade ederken bu bağlantı çizgilerinin incilmesi ilişkinin zayıfladığına işaret etmektedir. Yani, daha kalın çizgilerle gösterilen bağlantılar söz konusu kodun/içeriğin görüldüğü seansların sayısının arttığını belirtmektedir.

2.2.4.1. PYB-Son ve PYB-1 Seanslarının İçeriklerinin Karşılaştırılması

Şekil 5'te PYB-Son ve PYB-1 seanslarında benzeşen ve farklılaşan seans içerikleri görülebilmektedir.



Şekil 5 PYB-Son ve PYB-1 Seanslarının İçeriklerinin Karşılaştırılması

Tablo 4’te de PYB-Son ve PYB-1 seanslarındaki seans içeriklerine ilişkin benzerlik ve farklılıkların bir listesi sunulmaktadır.

Tablo 4 PYB-Son ve PYB-1 Seanslarının İçeriklerinin Sıklığı

Alt Tema ya da Kod (Seans İçeriği)	Seans Grubu	Durum
Psikoeğitim	PYB-1	~-
	PYB-Son	-
Yaşantısal Teknikler	PYB-1	-
	PYB-Son	~-
Rasyonel Açıklama	PYB-1	~-
	PYB-Son	~-
Psikoterapinin Amacı/Hedefini Belirleme	PYB-1	+
	PYB-Son	~-
Formülasyon Açıklama	PYB-1	+
	PYB-Son	~-
Hastanın Yaşantısına İlişkin Genel Temalar	PYB-1	++
	PYB-Son	++
Seansın Yapısına İlişkin Temalar	PYB-1	++
	PYB-Son	++
Psikoterapinin Gidişi	PYB-1	+
	PYB-Son	++
Görevler Hakkındaki Duygular ve Düşünceler	PYB-1	+
	PYB-Son	+
Bilişsel Teknikler	PYB-1	+
	PYB-Son	+
Ödevler	PYB-1	++
	PYB-Son	+
İlişki Sorunları-Kişilerarası Sorunlar	PYB-1	++
	PYB-Son	+

Eksen I İle İlişkili Sorunlar ve Stres Verici Diğer Durumlar	PYB-1	+
	PYB-Son	+
Psikoterapinin Koşulları	PYB-1	~-
	PYB-Son	+
Hastanın Öyküsüne İlişkin Temalar	PYB-1	~-
	PYB-Son	~-
Farmakoterapi	PYB-1	~-
	PYB-Son	~-

“-“ Yok

“~-“ Seyrek (1,2)

“+” Var (3-5)

“++“ Sık (6-8)

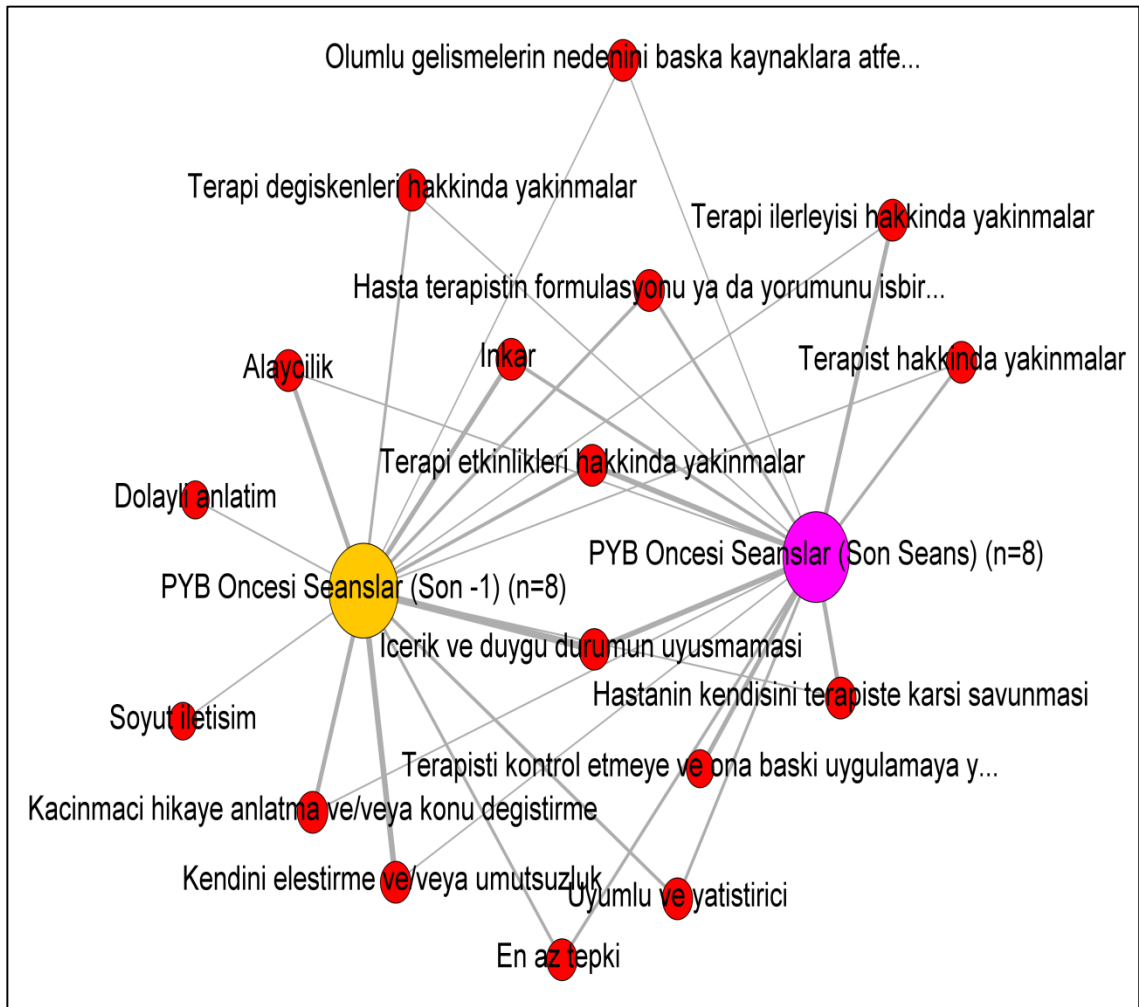
Şekil 5 ve Tablo 4 incelendiğinde aşağıda belirtilen bazı noktaların öne çıktığı görülecektir.

- PYB-1’de seyrek bir şekilde olsa da yer alan ancak PYB-Son’da hiç yer almamış olan ‘Psikoeğitim’ kodu dikkat çekmektedir.
- PYB-Son’da ise PYB-1’de görülmeyen ‘Yaşantısal Teknikler’ kodunun seyrek bir şekilde de olsa var olduğu dikkat çekmektedir.
- PYB-Son’da, ‘Psikoterapinin Koşulları’ kodunun PYB-1’e göre daha fazla görüldüğü dikkat çekmektedir.
- PYB-1’de, ‘Psikoterapinin Amacı/Hedefini Belirleme’, ‘Formülasyon Açıklama’ gibi kodlar PYB-Son’a göre daha fazla görülse de bu kodlar her iki seans grubunda da görülmektedir.
- Her iki seans grubunda da benzer ve görece sık bir yoğunlukta görülen kodlar şöyledir: ‘Hastanın Yaşantısına İlişkin Genel Temalar’, ‘Seansın Yapısına İlişkin Temalar’, ‘Psikoterapinin Gidişi’, ‘Görevler Hakkındaki Duygular ve Düşünceler’, ‘Bilişsel Teknikler’, ‘Ödevler’, ‘İlişki Sorunları-Kişilerarası Sorunlar’, ‘Eksen I İle İlişkili Sorunlar ve Stres Verici Diğer Durumlar’.

- Her iki seans grubunda da benzer ve görece seyrek bir yoğunlukta görülen kodlar şöyledir: ‘Rasyonel Açıklama’, ‘Farmakoterapi’, ‘Hastanın Öyküsüne İlişkin Temalar’.

2.2.4.2. PYB-Son ve PYB-1 Seanslarındaki Terapötik İttifaktaki Kırılma Türlerinin Karşılaştırılması

Şekil 6’da PYB-Son ve PYB-1 seanslarında benzeşen ve farklılaşan terapötik ittifakta kırılmalar görülebilmektedir.



Şekil 6 PYB-Son ve PYB-1 Seanslarındaki Terapötik İttifaktaki Kırılma Türlerinin Karşılaştırılması

Tablo 5’te de PYB-Son ve PYB-1 seanslarındaki terapötik ittifakta kırılma türlerine ilişkin benzerlik ve farklılıkların bir listesi sunulmaktadır.

Tablo 5 PYB-Son ve PYB-1 Seanslarındaki Terapötik İttifaktaki Kırılma Türlerinin Sıklığı

Alt Tema ya da Kod (Kırılma Türleri)	Seans Grubu	Durum
Dolaylı Anlatım	PYB-1	~-
	PYB-Son	-
Soyut İletişim	PYB-1	~-
	PYB-Son	-
Terapisti Kontrol Etmeye ve Ona Baskı Uygulamaya Yönelik Davranış	PYB-1	-
	PYB-Son	++
Alaycılık	PYB-1	++
	PYB-Son	~-
Kendini Eleştirme	PYB-1	++
	PYB-Son	~-
Kaçınmacı Hikâye Anlatma	PYB-1	++
	PYB-Son	~-
Terapist Hakkında Yakınmalar	PYB-1	~-
	PYB-Son	+
Hastanın Kendisini Terapistle Karşı Savunması	PYB-1	~-
	PYB-Son	++
Terapi İlerleyişi Hakkında Yakınmalar	PYB-1	~-
	PYB-Son	++
Terapi Etkinlikleri Hakkında Yakınmalar	PYB-1	+
	PYB-Son	++
Terapi Değişkenleri Hakkında Yakınmalar	PYB-1	+
	PYB-Son	~-
Olumlu Gelişmelerin Nedenini Başka Kaynaklara Atfetme	PYB-1	~-
	PYB-Son	~-
Hastanın Terapistin Formülasyonunu İşbirliğinden Uzak Bir Şekilde Reddi	PYB-1	+
	PYB-Son	+

İnkâr	PYB-1	++
	PYB-Son	+
İçerik ve Duygu Durumun Uyuşmaması	PYB-1	++
	PYB-Son	++
En Az Tepki	PYB-1	+
	PYB-Son	+
Uyumlu ve Yatıştırıcı	PYB-1	+
	PYB-Son	+
Yüzleşme (Özet)	PYB-1	~-
	PYB-Son	++
Geri Çekilme (Özet)	PYB-1	~-
	PYB-Son	++

“-“ Yok

“~-“ Seyrek (1)

“+” Var (2)

“++“ Sık (3,4)

Şekil 6 ve Tablo 5 incelendiğinde aşağıda belirtilen noktaların öne çıktığı görülecektir.

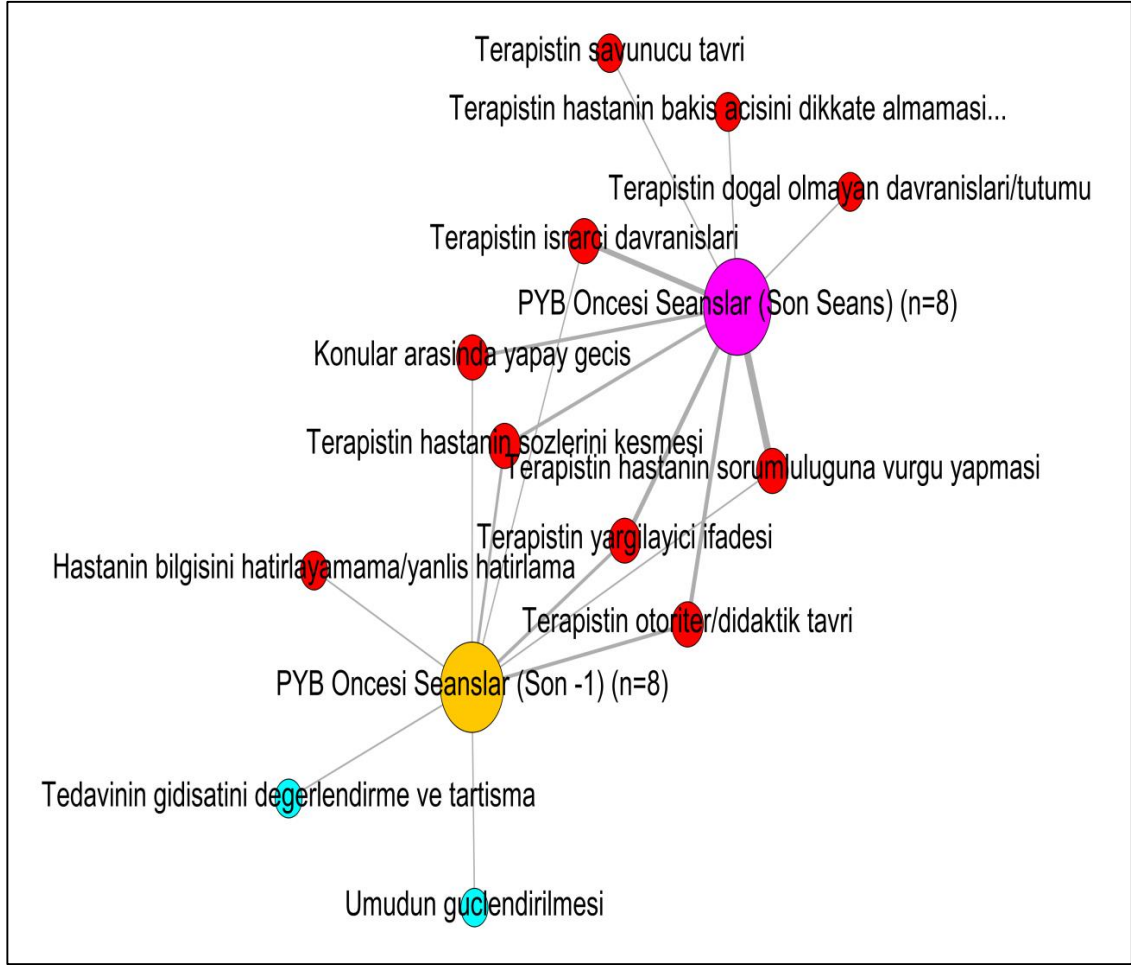
- ‘Dolaylı Anlatım’ ve ‘Soyut İletişim’ gibi kırılmalar sadece PYB-1 seanslarında görülmüştür.
- ‘Terapisti Kontrol Etmeye ve Ona Baskı Uygulamaya Yönelik Davranış’ türü kırılma sadece PYB-Son seanslarında ve sık olarak görülmüştür.
- Görülen 17 farklı kırılma türünün büyük çoğunluğunun (14 farklı terapötik ittifakta kırılma türünde) her iki seans grubunda da görüldüğü dikkat çekmiştir.
- ‘Olumlu Gelişmelerin Nedenini Başka Kaynaklara Atfetme’ kodu her iki seans grubunda da seyrek bir şekilde ama benzer bir sıklıkta; ‘Hastanın Terapistin Formülasyonunu İşbirliğinden Uzak Bir Şekilde Reddi’, ‘İnkâr’, ‘İçerik ve Duygu Durumun Uyuşmaması’, ‘En Az Tepki’, ‘Uyumlu ve Yatıştırıcı’ kodlarının ise her iki seans grubunda

da görece sık bir şekilde ve benzer yoğunlukta görüldüğü dikkat çekmiştir.

- ‘Alaycılık’, ‘Kendini Eleştirme’, ‘Kaçınmacı Hikâye Anlatma’ ve ‘Terapi Değişkenleri Hakkında Yakınmak’ gibi kırılma türleri her iki seans grubunda da görülse de bu türdeki kırılmaların PYB-1 seanslarında daha fazla görüldüğü dikkat çekmektedir.
- ‘Terapist Hakkında Yakınmalar’, ‘Hastanın Kendisini Terapist Karşı Savunması’, ‘Terapi İlerleyişi Hakkında Yakınmalar’ ve ‘Terapi Etkinlikleri Hakkında Yakınmalar’ gibi kırılma türleri her iki seans grubunda da görülse de bu türdeki kırılmaların PYB-Son seanslarında daha fazla görüldüğü dikkat çekmektedir.
- Sadece PYB-Son seans grubunda görülen kırılma türü ve bu seans grubunda daha fazla rastlanan ve yukarıda sıralanan kırılma türlerinin ‘Yüzleşme’ türü kırılmalar olduğu dikkat çekmektedir.
- Sadece PYB-1 seans grubunda görülen kırılma türü ve bu seans grubunda daha fazla rastlanan ve yukarıda sıralanan kırılma türlerinin ‘Geri Çekilme’ türü kırılmalar olduğu dikkat çekmektedir. Bu şekilde sıralanan fakat bu sınıfa girmeyen kırılmalar ise bu çalışmada kapsamında tanımlanan yeni kırılma türlerinden ‘Alaycılıktır’.

2.2.1.1. PYB-Son ve PYB-1 Seanslarındaki Terapist Davranışlarının Karşılaştırılması

Şekil 7’de PYB-Son ve PYB-1 seanslarında benzeşen ve farklılaşan terapist davranışları görülebilmektedir.



Şekil 7 PYB-Son ve PYB-1 Seanslarındaki Terapist Davranışlarının Karşılaştırılması

Tablo 6’da da PYB-Son ve PYB-1 seanslarındaki terapist davranışlarına ilişkin benzerlik ve farklılıkların bir listesi sunulmaktadır.

Tablo 6 PYB-Son ve PYB-1 Seanslarındaki Terapist Davranışlarının Sıklığı

Alt Tema ya da Kod (Terapist Davranışları)	Seans Grubu	Durum
Konular Arasında Yapay Geçiş	PYB-1	+
	PYB-Son	~
Hastanın Sorumluluğuna Yapılan Vurgu	PYB-1	~
	PYB-Son	++
Yargılayıcı İfade	PYB-1	+
	PYB-Son	++
Otoriter/Didaktik Tavrı	PYB-1	+
	PYB-Son	++
Israrıcı Davranış	PYB-1	~
	PYB-Son	++
Hastanın Sözlerini Kesme	PYB-1	+
	PYB-Son	+
Savunucu Tavrı	PYB-1	-
	PYB-Son	~
Hastanın Bakış Açısını Dikkate Almama	PYB-1	-
	PYB-Son	~
Doğal Olmayan Davranışlar	PYB-1	-
	PYB-Son	~
Terapistin Hastanın Bilgisini Hatırlayamaması	PYB-1	~
	PYB-Son	-
Tedavinin Gidişatını Değerlendirme ve Tartışma	PYB-1	~
	PYB-Son	-
Umudun Güçlendirilmesi	PYB-1	~
	PYB-Son	-
Olumlu Terapist Davranışları (özet)	PYB-1	+
	PYB-Son	-
Olumsuz Terapist Davranışları (özet)	PYB-1	~
	PYB-Son	++

“-“ Yok

“~“ Seyrek (1)

“+” Var (2)

“++“ Sık (3-5)

Şekil 7 ve Tablo 6 incelendiğinde aşağıda belirtilen noktaların öne çıktığı görülecektir.

- Olumlu olarak değerlendirilebilecek terapist davranışlarının az da olsa sadece PYB-1 seans grubunda görüldüğü dikkat çekmektedir.
- Her iki seans grubunda da ortak olarak görülen olumsuz terapist davranışları şöyledir: ‘Konular Arasında Yapay Geçiş’, ‘Hastanın Sorumluluğuna Yapılan Vurgu’, ‘Yargılayıcı İfade’, ‘Otoriter/Didaktik Tavır’, ‘İsrarcı Davranış’, ‘Hastanın Sözlerini Kesme’.
- ‘İsrarcı Davranış’ın PYB-Son’da PYB-1’e göre daha fazla görüldüğü; ‘Konular Arasında Yapay Geçiş’in PYB-1’de PYB-Son’a göre daha fazla görüldüğü; ‘Yargılayıcı İfade’, ‘Hastanın Sözlerini Kesme’ ve ‘Otoriter/Didaktik Tavır’ kodlarının ise her iki seans grubunda da benzer bir şekilde ve görece sık olarak görüldüğü dikkat çekmiştir.
- PYB-1’de seyrek de olsa görülen ancak PYB-Son seans grubunda görülmeyen ‘Terapistin Hastanın Bilgilerini Hatırlayamaması’ kodu dikkat çekmiştir.
- PYB-Son seans grubunda PYB-1 seanslarında görülmeyen 3 farklı olumsuz terapist davranışı daha vardır, bunlar: ‘Savunucu Tavır’, ‘Hastanın Bakış Açısını Dikkate Almama’ ve ‘Doğal Olmayan Davranışlar’.
- Olumsuz terapist davranışlarının PYB-Son seans grubunda PYB-1 seanslarına göre az da olsa daha fazla görüldüğü dikkat çekmektedir.

2.2.1.2. PYB-Son ve PYB-1 Seans Gruplarına İlişkin Genel Değerlendirme

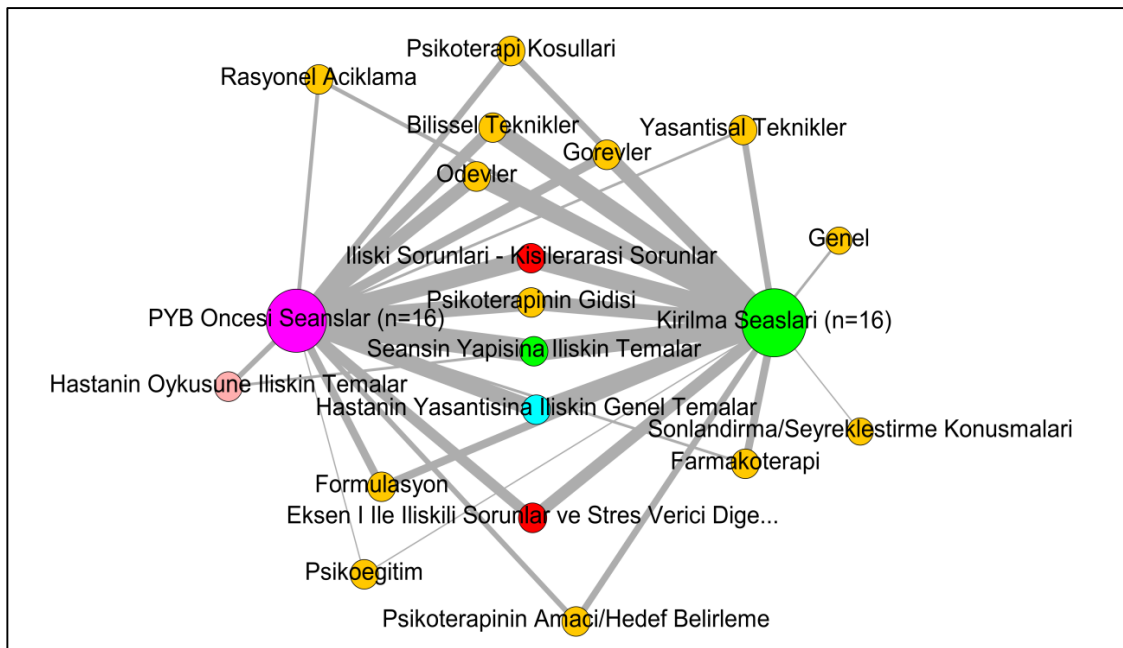
Seans İçeriği, Kırılma Türleri ve Terapist Davranışlarına ilişkin olarak yapılan incelemeler sonucunda bu iki seans grubu arasında bazı farklar ve benzerlikler olduğu dikkat çekmiştir. En dikkat çekici fark ‘olumlu terapist davranışlarının’ sadece PYB-1

seanslarında görülmüş olmasıdır. Ancak genel olarak bir değerlendirme yapıldığında bu iki seans grubun bir arada kullanılmasının bir sakınca yaratmayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle de, elde edilen karşılaştırmalar değerlendirilirken yukarıda açıklanan bilgilerin de göz önünde bulundurulması koşuluyla, bundan sonraki analizlerde kırılma seansları ile PYB seansları karşılaştırırken bu iki seans grubu analizlere bir arada dâhil edilecektir.

2.2.5. Kırılma Seansları ve PYB Öncesi Seansların İçeriklerinin Karşılaştırılması

2.2.5.1. Seans İçerikleri

Kırılma seansları ve PYB öncesi seansların içeriklerindeki ortaklaşma ve farklılaşmalar Şekil 8’te gösterilmiştir.



Şekil 8 Kırılma Seansları ve PYB Öncesi Seansların Karşılaştırılması: Seans İçerikleri

Şekil 8’de gösterilen ilişkilerin sayısal değerleri temel alınarak oluşturulan içerik karşılaştırması Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7 Kırılma Seansları ve PYB Öncesi Seansların Karşılaştırılması: Seans İçeriklerinin Sıklığı*

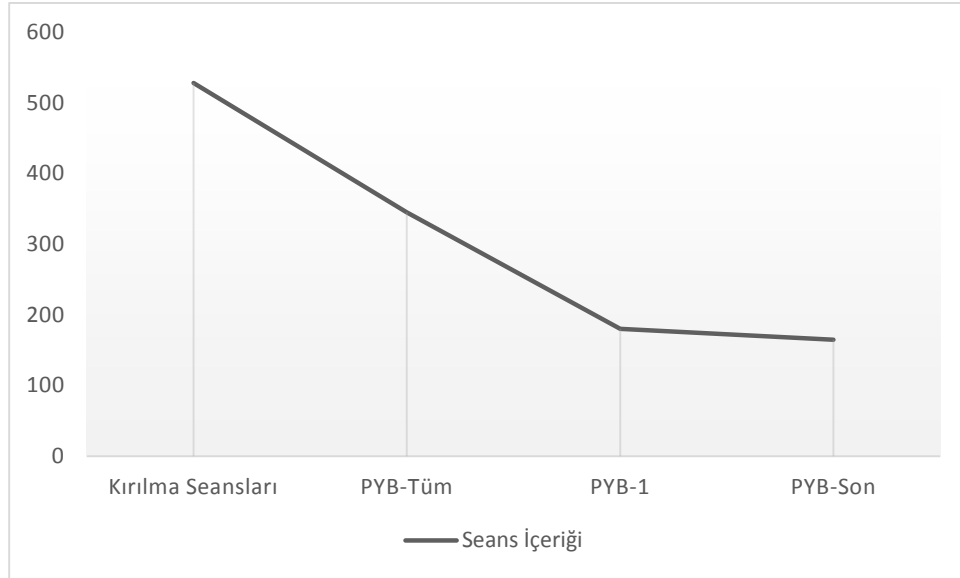
Temalar ve Kodlar	Seans Grubu	Sıklık
Eksen I İle İlişkili Sorunlar ve Stres Verici Diğer Durumlar	Kırılma Seansları	Orta Düzeyde
	PYB Öncesi Seanslar	Orta Düzeyde
İlişkisel/Kişilerarası Sorunlar	Kırılma Seansları	Yoğun
	PYB Öncesi Seanslar	Yoğun
Hastanın Yaşantısına İlişkin Genel Temalar	Kırılma Seansları	Yoğun
	PYB Öncesi Seanslar	Yoğun
Seansın Yapısına İlişkin Süreçler	Kırılma Seansları	Yoğun
	PYB Öncesi Seanslar	Yoğun
Hastanın Öyküsüne İlişkin Temalar	Kırılma Seansları	Seyrek
	PYB Öncesi Seanslar	Seyrek
Psikoterapinin Gidişi	Kırılma Seansları	Yoğun
	PYB Öncesi Seanslar	Yoğun
Rasyonel Açıklama	Kırılma Seansları	Seyrek
	PYB Öncesi Seanslar	Seyrek
Formülasyon	Kırılma Seansları	Orta Düzeyde
	PYB Öncesi Seanslar	Orta Düzeyde
Yaşantısal Teknikler	Kırılma Seansları	Seyrek
	PYB Öncesi Seanslar	Seyrek
Bilişsel Teknikler	Kırılma Seansları	Yoğun
	PYB Öncesi Seanslar	Orta Düzeyde
Psikoeğitim	Kırılma Seansları	Seyrek
	PYB Öncesi Seanslar	Seyrek
Ödevler	Kırılma Seansları	Yoğun
	PYB Öncesi Seanslar	Yoğun
Görevler Hakkındaki Duygular ve Düşünceler	Kırılma Seansları	Yoğun
	PYB Öncesi Seanslar	Orta Düzeyde
Sonlandırma/Seyrekleştirme Konuşmaları	Kırılma Seansları	Seyrek
Psikoterapinin Amacı/Hedef Belirleme	Kırılma Seansları	Seyrek
	PYB Öncesi Seanslar	Seyrek
Psikoterapinin Koşulları	Kırılma Seansları	Seyrek
	PYB Öncesi Seanslar	Seyrek
Psikoterapi-Genel (Diğer)	Kırılma Seansları	Seyrek
Farmakoterapi	Kırılma Seansları	Orta Düzeyde
	PYB Öncesi Seanslar	Seyrek

* Sıklık düzeyleri belirlenirken belirtilen alt tema ya da kodun, en az ve en fazla kaç seansta görüldüğü temel alınmıştır. Eldeki aralık 3 dilime ayrılarak, görülme sıklıkları, ‘seyrek, orta düzeyde ve yoğun’ olarak sıralanmıştır.

Şekil 8 ve Tablo 7 incelendiğinde aşağıda sıralanan bazı noktaların öne çıktığı görülebilecektir:

- ‘Sonlandırma/Seyrekleştirme Konuşmaları’ ve ‘Psikoterapi/Genel (Diğer)’ temaları sadece kırılma seanslarında görülmüştür.
- ‘Farmakoterapi’ ile ilişkili konuşmalar her iki seans grubunda da görülmüşse de bu temanın kırılma seanslarında, görece, daha sık ortaya çıktığı dikkat çekmektedir.
- ‘Yaşantısal Teknikler’, ‘Bilişsel Teknikler’, ‘Ödevler’ ve ‘Görev’ temaları her iki seans grubunda da görülmekte ancak bu tip uygulamaların kırılma seanslarında, görece, daha sık görüldüğü dikkat çekmektedir.
- ‘Hastanın Öyküsüne İlişkin Temalar’ her iki seans grubunda da görülmüşse de bu temanın PYB öncesi seanslarda, görece, daha sık ortaya çıktığı gözlenmektedir.
- ‘Hastanın Yaşantısına İlişkin Genel Temalar’, ‘Seansın Yapısına İlişkin Temalar’, ‘Psikoterapinin Gidişi’, ‘Eksen I İle İlişkili Sorunlar ve Stres Verici Diğer Durumlar’ ve ‘İlişkisel-Kişilerarası Sorunlar’ gibi seans içeriklerine, her iki seans grubunda da yoğun bir şekilde rastlanıldığı dikkat çekmektedir.
- ‘Sonlandırma/Seyrekleştirme Konuşmaları’ ise çok seyrek olarak sadece kırılma seanslarında görülmüştür.
- ‘Psikoeğitim’ konuşmalarına her iki seans grubunda da rastlanmış olsa da bu tema, ortaklaşan diğer temalara göre görece, daha az ortaya çıkmıştır.

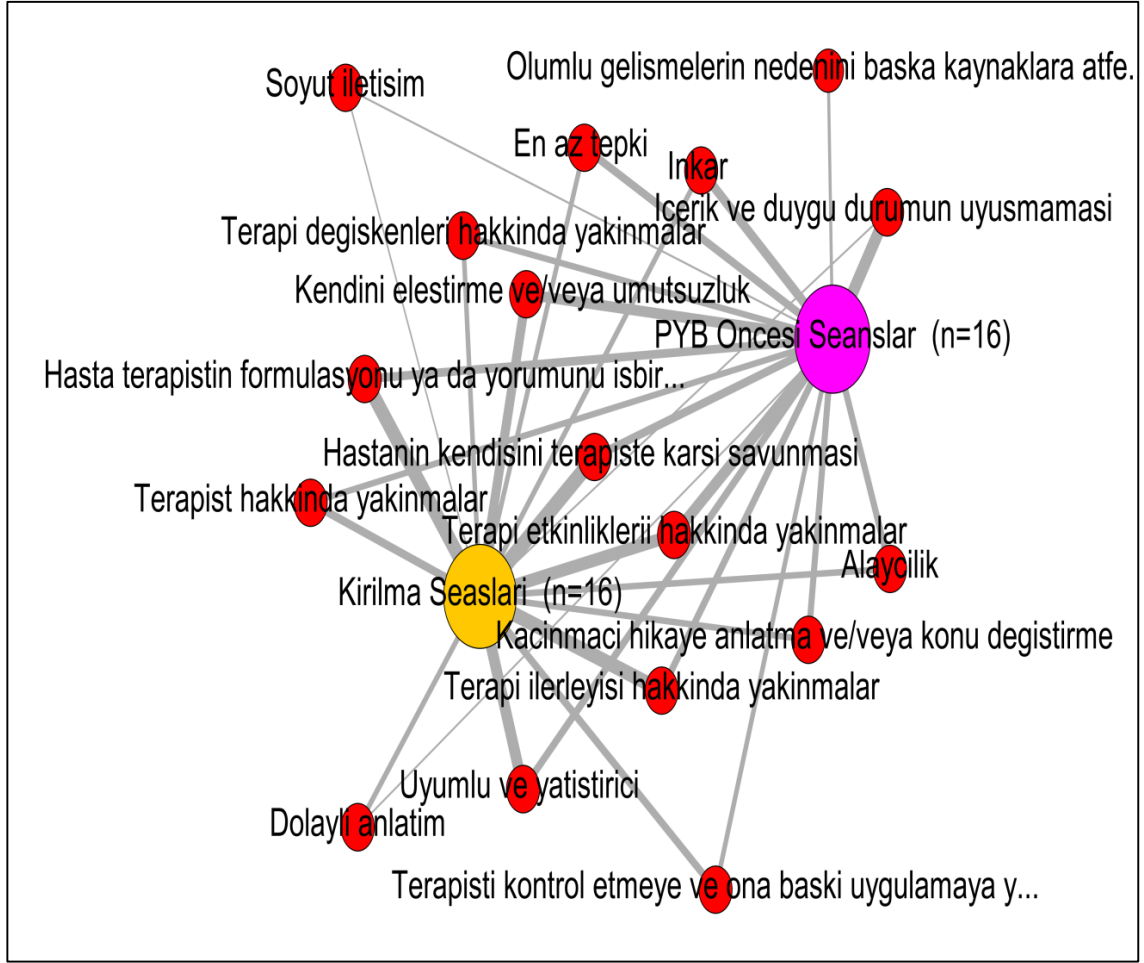
Seans içeriklerinin seans grupları arasındaki farklılaşmalarını değerlendirmek amacıyla Şekil 9 oluşturulmuştur. Bu şekil oluşturulurken her bir kodun toplamda ne kadar kullanıldığından (kodun seanslar içerisindeki kullanım sıklığından) yola çıkılmıştır. Buna göre kırılma seansları ile PYB seansları arasından Seans İçeriği açısından bir fark vardır. Kırılma seanslarının içeriği, bu ana tema açısından, PYB öncesi seanslara göre daha yoğundur.



Şekil 9 Seans İçeriği Ana Temasına Ait Kodlama Sayısının Seans Grupları Açısından Değişimi

2.2.5.2. Terapötik İttifakta Kırılma Türleri

Kırılma seansları ve PYB öncesi seanslarda ortaya çıkan terapötik ittifakta kırılma türlerinin ortaklaşma ve farklılaşmaları Şekil 10’da gösterilmiştir.



Şekil 10 Kırılma Seansları ve PYB Öncesi Seansların Karşılaştırılması: Terapötik İttifakta Kırılma Türleri

Şekil 10’da gösterilen ilişkilerin sayısal değerleri temel alınarak oluşturulan içerik karşılaştırması Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 8 Kırılma Seansları ve PYB Öncesi Seansların Karşılaştırılması: Terapötik İttifakta Kırılma Türlerinin Sıklığı*

Temalar ve Kodlar	Seans Grubu	Sıklık
Olumlu Gelişmelerin Nedenini Başka Kaynaklara Atfetme	PYB Öncesi Seanslar	Seyrek
Dolaylı Anlatım	Kırılma Seansları	Seyrek
	PYB Öncesi Seanslar	Seyrek
Alaycılık	Kırılma Seansları	Seyrek
	PYB Öncesi Seanslar	Orta Düzeyde
Hastanın Kendisini Terapistle Karşı Savunması	Kırılma Seansları	Yoğun
	PYB Öncesi Seanslar	Orta Düzeyde
Terapi İlerleyişi Hakkında Yakınmalar	Kırılma Seansları	Yoğun
	PYB Öncesi Seanslar	Orta Düzeyde
Terapi Değişkenleri Hakkında Yakınmalar	Kırılma Seansları	Seyrek
	PYB Öncesi Seanslar	Seyrek
Terapisti Kontrol Etmeye veya Ona Baskı Uygulamaya Yönelik Doğrudan Çaba	Kırılma Seansları	Orta Düzeyde
	PYB Öncesi Seanslar	Seyrek
Terapi Etkinlikleri Hakkında Yakınmalar	Kırılma Seansları	Orta Düzeyde
	PYB Öncesi Seanslar	Orta Düzeyde
Hastanın, Terapistin Formülasyonunu İşbirliğinden Uzak Bir Şekilde Reddetmesi	Kırılma Seansları	Yoğun
	PYB Öncesi Seanslar	Orta Düzeyde
Terapist Hakkında Yakınmalar	Kırılma Seansları	Orta Düzeyde
	PYB Öncesi Seanslar	Seyrek
Kendini Eleştirme ve/veya Umutsuzluk	Kırılma Seansları	Orta Düzeyde
	PYB Öncesi Seanslar	Orta Düzeyde
İçerik ve Duygudurumun Uyuşmaması	Kırılma Seansları	Seyrek
	PYB Öncesi Seanslar	Yoğun
Uyumlu ve Yatıştırıcı	Kırılma Seansları	Yoğun
	PYB Öncesi Seanslar	Orta Düzeyde
Kaçınmacı Hikaye Anlatma ve/veya Konu Değiştirme	Kırılma Seansları	Seyrek
	PYB Öncesi Seanslar	Orta Düzeyde
En Az Tepki	Kırılma Seansları	Seyrek
	PYB Öncesi Seanslar	Orta Düzeyde
Soyut İletişim	Kırılma Seansları	Seyrek
	PYB Öncesi Seanslar	Seyrek
İnkâr	Kırılma Seansları	Seyrek
	PYB Öncesi Seanslar	Orta Düzeyde

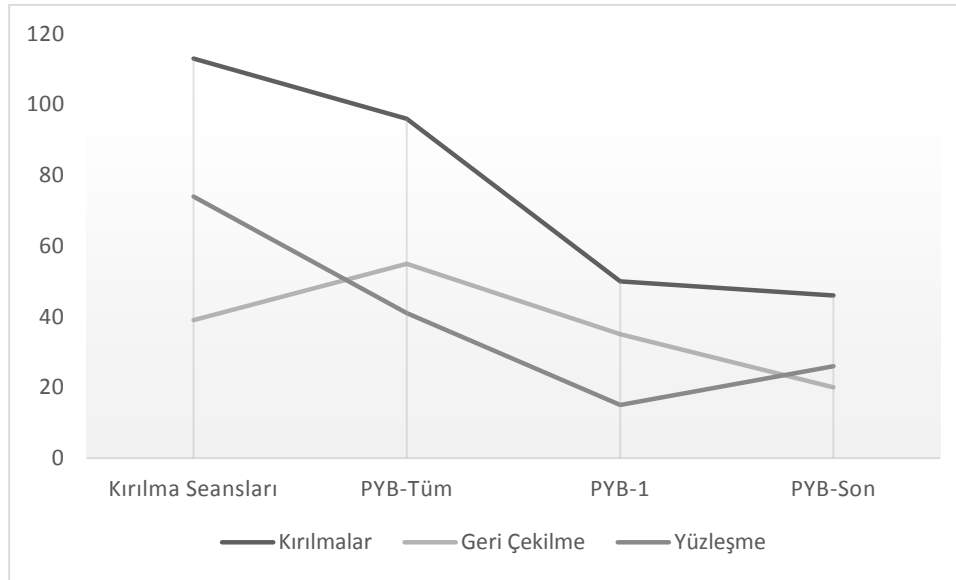
* Sıklık düzeyleri belirlenirken belirtilen alt tema ya da kodun, en az ve en fazla kaç seansta görüldüğü temel alınmıştır. Eldeki aralık 3 dilime ayrılarak, görülme sıklıkları, ‘seyrek, orta düzeyde ve yoğun’ olarak sıralanmıştır.

Şekil 10 ve Tablo 8 incelendiğinde aşağıda sıralanan bazı noktaların öne çıktığı görülebilecektir:

- Kırılma seansları ve PYB seanslarında görülen kırılma türlerinin çeşitliliği büyük oranda benzeşmektedir: Kırılma seanslarında 16, PYB öncesi seanslarda 17 farklı türde kırılma tespit edilmiştir.
- ‘Olumlu Gelişmelerin Nedenini Başka Kaynaklara Atfetme’ şeklinde ortaya çıkan kırılma türü sadece PYB Öncesi seanslarda görülmüştür.
- ‘İçerik ve Duygudurumun Uyuşmaması’ şeklinde ortaya çıkan kırılma türü her iki seans grubundan da görülse de bu şekildeki kırılmaların belirgin bir şekilde PYB öncesi seanslarda daha çok görüldüğü dikkat çekmektedir.
- ‘Dolaylı Anlatım’, ‘Hastanın, Terapistin Formülasyonunu İşbirliğinden Uzak Bir Şekilde Reddetmesi’, ‘Hastanın Kendisini Terapiste Karşı Savunması’, ‘Terapi İlerleyişi Hakkında Yakınmalar’ ve ‘Uyumlu ve Yatıştırıcı’ şekillerinde ortaya çıkan kırılma türlerinin her iki seans grubundan da görülse de bu şekildeki kırılmaların daha çok kırılma seanslarında görüldüğü dikkat çekmektedir.
- ‘İnkâr’ şeklinde ortaya çıkan kırılma türü her iki seans grubunda görülmüşse de bu şekilde kırılma anlarının PYB öncesi seanslarda daha fazla ortaya çıktığı gözlemlenmiştir.
- Her iki seans grubunda da görülen 17 kırılma türünün 10 tanesinin her iki grupta da neredeyse benzer sıklıklarda ortaya çıktığı dikkat çekmektedir. Ortaklaşan bu kırılma türleri şöyledir: ‘Soyut İletişim’, ‘En Az Tepki’, ‘Kendini Eleştirme ve/veya Umutsuzluk’, ‘Kaçınmacı Hikaye Anlatma ve/veya Konu Değiştirme’, ‘Alaycılık’, ‘Terapist Hakkında Yakınmalar’, ‘Terapi Değişkenleri Hakkında Yakınmalar’, ‘Terapi Etkinlikleri Hakkında Yakınmalar’ ve ‘Terapisti Kontrol Etmeye veya Ona Baskı Uygulamaya Yönelik Doğrudan Çaba’.

Kırılma türlerinin ve bunların sıklığının seans grupları arasındaki farklılaşmalarını değerlendirmek amacıyla Şekil 11 oluşturulmuştur. Bu şekil oluşturulurken her bir kodun toplamda ne kadar kullanıldığından yola çıkılmıştır. Buna göre kırılma seansları ile PYB seansları arasından Kırılma türleri ve sıklıkları açısından farklılıklar vardır. Kırılma seansları olarak belirlenen seanslardaki kırılma sıklığı, bu ana tema açısından, PYB öncesi

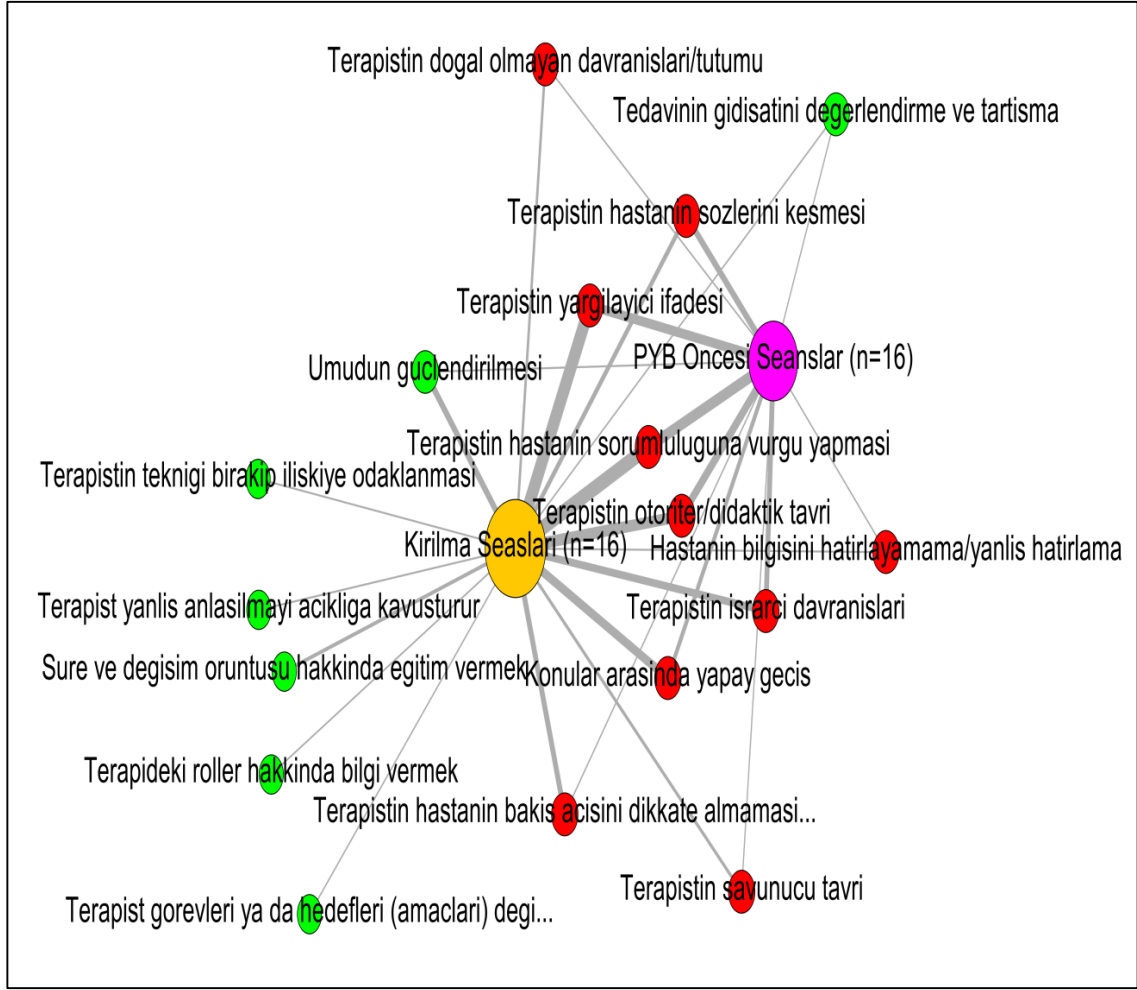
seanslara göre daha yoğundur. PYB-1 ile PYB-Son arasında ise bu açıdan belirgin bir farklılık gözlemlenmemiştir. Ek olarak, kırılma seanslarında görülen Yüzleşme türündeki kırılmaların Geri Çekilme türündeki kırılmalardan daha fazla olduğu dikkat çekmiştir. PYB-Son seans grubunda da tam tersi yönde bir farklılaşma olduğu görülmüştür.



Şekil 11 Kırılmalar Ana Temasına Ait Kodlama Sayısının Seans Grupları Açısından Değişimi

2.2.5.3. Terapist Davranışları

Kırılma seansları ve PYB öncesi seanslarda ortaya çıkan terapist davranışlarındaki ortaklaşma ve farklılaşmalar Şekil 12’de gösterilmiştir.



Şekil 12 Kırılma Seansları ve PYB Öncesi Seansların Karşılaştırılması: Terapist Davranışları

Şekil 12’de gösterilen ilişkilerin sayısal değerleri temel alınarak oluşturulan içerik karşılaştırması Tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9 Kırılma Seansları ve PYB Öncesi Seansların Karşılaştırılması: Terapist Davranışlarının Sıklığı*

Temalar ve Kodlar	Seans Grubu	Sıklık
Terapistin Yargılayıcı İfadeleri	Kırılma Seansları	Yoğun
	PYB Öncesi Seanslar	Yoğun
Terapistin Hastanın Sorumluluğuna Vurgu Yapması	Kırılma Seansları	Orta Düzeyde
	PYB Öncesi Seanslar	Seyrek
Terapistin Israrcı Davranışlarının	Kırılma Seansları	Orta Düzeyde
	PYB Öncesi Seanslar	Seyrek
Terapistin Savunucu Tavrı	Kırılma Seansları	Orta Düzeyde
	PYB Öncesi Seanslar	Seyrek
Terapistin Didaktif-Otoriter Tavrı	Kırılma Seansları	Orta Düzeyde
	PYB Öncesi Seanslar	Seyrek
Terapistin Hastanın Sözlerini Kesmesi	Kırılma Seansları	Orta Düzeyde
	PYB Öncesi Seanslar	Seyrek
Terapistin Hastanın Bakış Açısını Dikkate Almaması	Kırılma Seansları	Seyrek
	PYB Öncesi Seanslar	Seyrek
Terapistin Doğal Olmayan Davranışları ve Tutumları	Kırılma Seansları	Seyrek
	PYB Öncesi Seanslar	Orta Düzeyde
Konular Arasında Yapay Geçiş	Kırılma Seansları	Orta Düzeyde
	PYB Öncesi Seanslar	Orta Düzeyde
Hastaya ilişkin Bilginin Hatırlanamaması	Kırılma Seansları	Seyrek
	PYB Öncesi Seanslar	Orta Düzeyde
Terapistin Görevleri ya da Amaçları Değiştirmesi	Kırılma Seansları	Seyrek
Terapistin Yanlış Anlaşılmayı Açıklığa Kavuşturması	Kırılma Seansları	Seyrek
Umudun Güçlendirilmesi	Kırılma Seansları	Orta Düzeyde
	PYB Öncesi Seanslar	Seyrek
Terapistin Teknik Müdahaleleri Bırakıp İlişkiye Odaklanması	Kırılma Seansları	Seyrek
Terapideki Roller ve Beklentiler Hakkında Bilgi Vermek	Kırılma Seansları	Seyrek
Tedavinin Gidişatını Değerlendirme ve Tartışma	Kırılma Seansları	Seyrek
	PYB Öncesi Seanslar	Seyrek
Süre ve Değişim Örüntüsü Hakkında Bilgi Verme	Kırılma Seansları	Seyrek

*Sıklık düzeyleri belirlenirken belirtilen alt tema ya da kodun, en az ve en fazla kaç seansta görüldüğü temel alınmıştır. Eldeki aralık 3 dilime ayrılarak, görülme sıklıkları, ‘seyrek, orta düzeyde ve yoğun’ olarak sıralanmıştır.

Şekil 12 ve Tablo 9 incelendiğinde aşağıda sıralanan bazı noktaların öne çıktığı görülebilecektir:

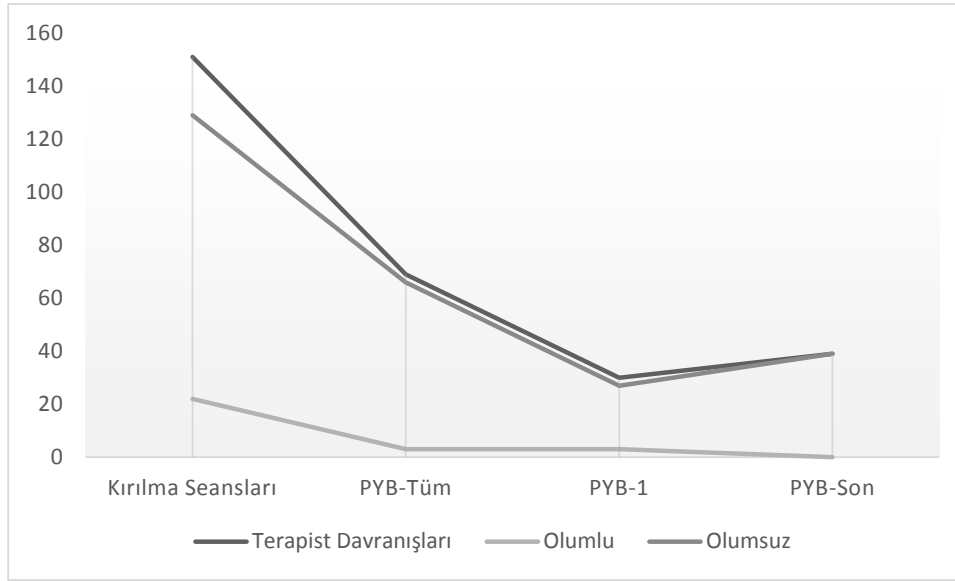
- Olumlu terapist davranışlarından ‘Tedavinin Gidişatını Değerlendirme ve Tartışma’ ve ‘Umudun Güçlendirilmesi’ her iki seans grubunda da ortaklaşmaktadır ancak ‘Umudun

Güçlendirilmesi' şeklindeki olumlu terapist davranışının kırılma seanslarında görece daha fazla görüldüğü dikkat çekmektedir.

- Olumlu terapist davranışlarından olan 'Terapistin Teknik Uygulamayı Bırakıp İlişkiye Odaklanması', 'Terapistin Yanlış Anlaşılmayı Açıklığa Kavuşturması', 'Süre ve Değişim Örüntüsü Hakkında Bilgi Verme', 'Terapideki Roller ve Beklentiler Hakkında Bilgi Verme' ve 'Terapistin Görevleri ya da Amaçları Değiştirmesi' davranışları sadece kırılma seanslarında ortaya çıkmıştır.
- Olumlu terapist davranışlarından farklı olarak görülen olumsuz terapist davranış türlerinin tümü, her iki seans grubunda da ortaklaşmaktadır.
- 'Terapistin Hastanın Sorumluluğuna Vurgu Yapması', 'Terapistin Israrcı Davranışları', 'Terapistin Didaktik-Otoriter Tavrı', 'Terapistin Hastanın Sözlerini Kesmesi', 'Konular Arasında Yapay Geçiş' ve 'Terapistin Savunucu Tavrı' şeklindeki olumsuz terapist davranışları her iki seans grubunda da görülse de bu davranışların kırılma seanslarında görece daha sık ortaya çıktığı dikkat çekmektedir.
- Diğer olumsuz terapist davranışlarından farklı olarak 'Hastaya ilişkin Bilginin Hatırlanamaması' ve 'Terapistin Doğal Olmayan Davranışları ve Tutumları' şeklindeki davranışların her iki seans grubunda da görülse de bu davranışların PYB öncesi seanslarda görece daha sık ortaya çıktığı görülmektedir.
- 'Terapistin Hastanın Bakış Açısını Dikkate Alamaması' her iki seans grubunda da seyrek ve eşit sayıda görülürken; 'Terapisin Yargılayıcı Tavrının' ise her iki seans grubunda da sık bir şekilde ve görece denk bir sıklıkta ortaya çıktığı dikkat çekmektedir.

Olumlu ve olumsuz terapist davranışlarını ve bunların sıklığının seans grupları arasındaki farklılaşmalarını değerlendirmek amacıyla Şekil 13 oluşturulmuştur. Bu şekil oluşturulurken her bir kodun toplamda ne kadar kullanıldığından yola çıkılmıştır. Buna göre kırılma seansları ile PYB seansları arasında terapist davranışlarının türleri ve sıklıkları açısından farklılıklar vardır. Kırılma seansları olarak belirlenen seanslardaki terapist davranışlarının sıklığı, bu ana tema

açısından, PYB öncesi seanslara göre daha yoğundur. Bu farklılık hem olumlu hem de olumsuz terapist davranışları için de geçerlidir. PYB-1 ile PYB-Son arasında da hem olumlu hem de olumsuz terapist davranışları açısından az da olsa bir farklılaşma bulunmaktadır. PYB-1 seanslarında PYB-Son seanslarına göre daha az olumsuz terapist davranışı varken, PYB-Son seanslarında PYB-1 seanslarında az da olsa görülen olumlu terapist davranışlarına rastlanmamıştır.

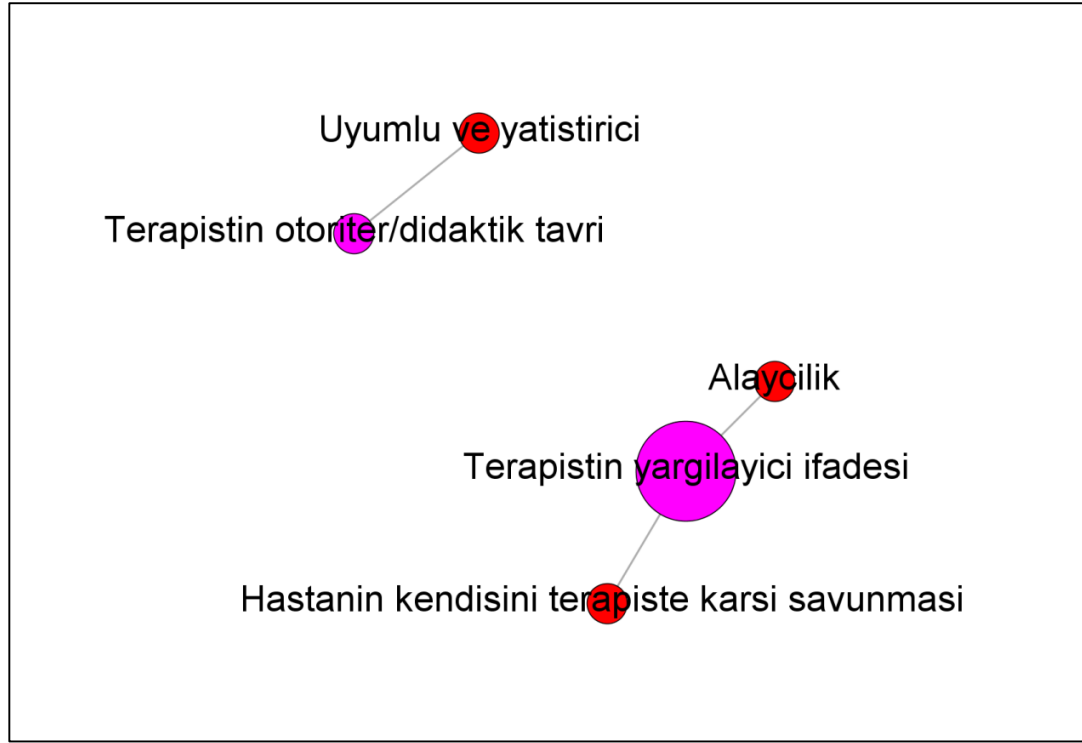


Şekil 13 Terapist Davranışları Ana Temasına Ait Kodlama Sayısının Seans Grupları Açısından Değişimi

2.2.6. Kırılma Seansları ve PYB Öncesi Seansların İçerik Etkileşimlerinin Değerlendirilmesi

Seans kayıtlarını analiz etmek amacıyla kullanılan MAXQDA 11 yazılımı herhangi bir seans kesitinin farklı kodlar kullanılarak analiz edilmesine olanak sağlamaktadır. Bu sayede kodların birbirleriyle etkileşimini görebilmek mümkün olmaktadır. Yazılım bunu yaparken ya ‘tam’ yani tam olarak üst üste gelen kodlara ilişkin tablolar hazırlayabilmekte ya da ‘yakın’ yani herhangi bir kodun belirtilen miktarda öncesindeki ya da sonrasındaki paragrafları da hesaba katarak etkileşim tabloları hazırlayabilmektedir.

Kodların birbirleriyle etkileşimini görebilmek için öncelikle ‘tam’ komutu kullanılmıştır. Tam komutu kullanılarak oluşturulan bir örnek Şekil 14’te görülebilmektedir.



Şekil 14 PYB Öncesi Seanslar: Kırılma Türleri ve Terapist Davranışları Etkileşimi (Tam Komutu İle)

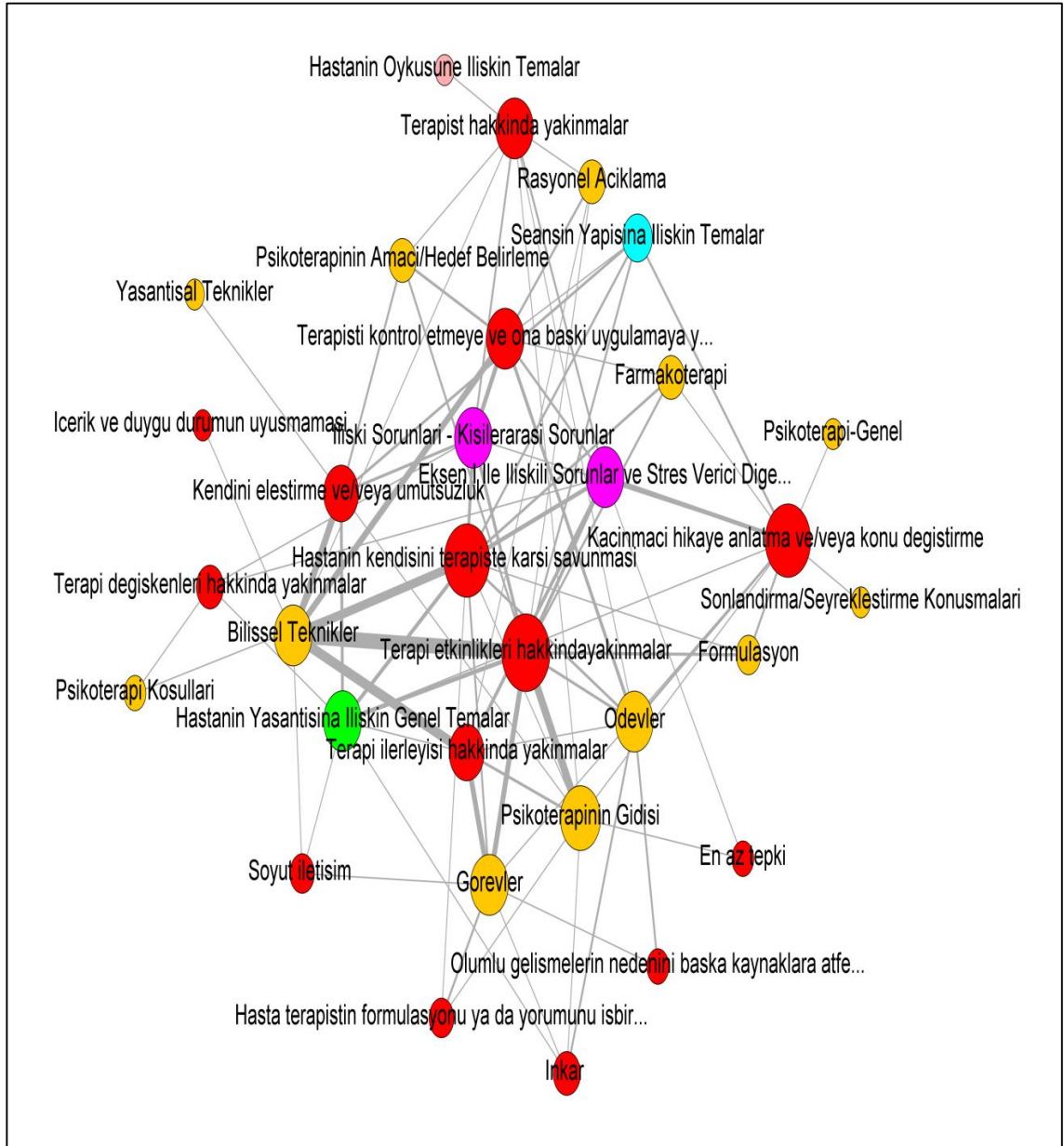
Örnek olarak verilen Şekil 14’te de görülebileceği gibi tam komutu bazı durumlarda çok kısıtlı, yorumlaması güç ya da eksik bilgiler verebilmektedir. Bu nedenle bütün etkileşim görselleri ‘yakın’ komutu kullanılarak yeniden oluşturulmuştur. Yakın komutu kullanılırken ölçüt olarak alınan yakınlık ‘2 birim’ olmuştur¹⁸. Bu ölçütün oluşturulması aşamasında konuya ilişkin, bilinen herhangi bir alan yazın bulgusu olmamasından dolayı, analiz deneyimlerinden faydalanılmıştır. Aşağıda da görülebileceği gibi ‘yakın’ komutuyla oluşturulan görseller daha fazla bilgi sağlamaktadır.¹⁹

¹⁸ Burada “birim” olarak belirtilen mesafe bir konuşma döngüsünü ifade etmektedir. Hastanın “peki” demesi ya da terapistin bir paragraflık yorum yapması yazılım tarafından “birim” olarak değerlendirilmektedir.

¹⁹ Karşılaştırma yapabilmek için “tam” komutuyla oluşturulan Şekil 14 ile “yakın” komutuyla oluşturulan Şekil 18’in incelenmesi yeterli olacaktır.

2.2.6.1. Kırılma Seansları: Seans İçeriği ve Kırılma Türleri Etkileşimi

TİÖ-H değerlendirmeleri ölçüt alınarak belirlenen kırılma seanslarının içeriği ve bu seanslarda yaşanan terapötik ittifakta kırılma türleri arasındaki etkileşimi görebilmek amacıyla Şekil 15'teki grafik oluşturulmuştur.



Şekil 15 Kırılma Seansları: Seans İçeriği ve Kırılma Türleri Etkileşimi

Şekil 15'te de görülebileceği gibi bazı kırılma türleri seans içindeki bazı temalarla yoğun bazılarıyla ise görece daha az etkileşim içindedir. Öne çıkan bazı noktalar şöyle sıralanabilir:

- 'Terapi Etkinlikleri Hakkında Yakınmalar' şeklinde ortaya çıkan kırılmanın, seans içerisindeki pek çok farklı temayla etkileştiği ancak özellikle 'Bilişsel Teknikler', 'Görevler Hakkındaki Duygular ve Düşünceler', 'Psikoterapinin Gidişi', 'İlişki Sorunları/Kişilerarası Sorunlar', 'Eksen I ile İlişkili Sorunlar ve Stres Verici Diğer Durumlar' gibi kodlarla, yüksek sıklıkla, birlikte görüldüğü dikkat çekmektedir.
- 'Terapi İlerleyişi Hakkında Yakınmalar' şeklinde ortaya çıkan kırılmanın, seans içerisindeki pek çok temayla etkileştiği ancak yüksek sıklıkla, 'Bilişsel Teknikler' ve 'Görevler Hakkındaki Duygular ve Düşünceler' gibi temalarla; sıklıkla da 'Eksen I ile İlişkili Sorunlar ve Stres Verici Diğer Durumlar' kodu ile birlikte görüldüğü dikkat çekmektedir.
- 'Terapisti Kontrol Etmeye ve Ona Baskı Uygulamaya Yönelik Davranış' şeklinde ortaya çıkan kırılmanın, seans içerisindeki pek çok temayla etkileştiği ancak yüksek sıklıkla 'Bilişsel Teknikler'; sıklıkla da 'Ödevler' ve 'İlişkisel/Kişilerarası Sorunlar' gibi kodlarla, sıklıkla, birlikte görüldüğü dikkat çekmektedir.
- 'Kendini Eleştirme ve/veya Umutsuzluk' şeklinde ortaya çıkan kırılmanın, seans içerisindeki pek çok temayla etkileştiği ancak yüksek sıklıkla 'Bilişsel Teknikler' ve sıklıkla da 'Hastanın Yaşantısına İlişkin Genel Temalar' ve 'Psikoterapinin Amacı/Hedef Belirleme' gibi kodlarla birlikte görüldüğü dikkat çekmektedir.
- 'Hastanın Kendisini Terapistle Karşı Savunması' şeklinde ortaya çıkan kırılmanın, seans içerisindeki pek çok temayla etkileştiği ancak yüksek sıklıkla 'Bilişsel Teknikler'; sıklıkla da 'Hastanın Yaşantısına İlişkin Genel Temalar', 'Eksen I ile İlişkili Sorunlar ve Stres Verici Diğer Durumlar', 'İlişki Sorunları/Kişilerarası Sorunlar' ve 'Seansı

Yapısına İlişkin Temalar’ gibi kodlarla, birlikte görüldüğü dikkat çekmektedir.

- ‘Kaçınmacı Hikaye Anlatma ve/veya Konu Değiştirme’ şeklinde ortaya çıkan kırılmanın da, ‘Eksen I İle İlişkili Sorunlar ve Stres Verici Diğer Durumlar’ kodu ile sıklıkla bir arada görüldüğü dikkat çekmektedir.
- Etkileşim yoğunluğu açısından özellikle öne çıkan seans içi temalar olmasa da ‘Kaçınmacı Hikâye Anlatma ve/veya Konu Değiştirme’, ‘Terapist Hakkında Yakınmalar’ ve ‘Terapi Değişkenleri Hakkında Yakınmalar’ şeklindeki kırılmaların seans içerisinde öne çıkan bazı temalarla sıklıkla etkileşim içerisinde olduğu çekmektedir.
- Terapötik ittifakta kırılma yaşantılarıyla sıklık ve çeşit bakımından en fazla etkileşim içerisinde olan seans içi temalar ise şöyle sırlanabilir: ‘Bilişsel Teknikler’, ‘Hastanın Yaşantısına İlişkin Genel Temalar’, ‘Görevler Hakkındaki Duygular ve Düşünceler’, ‘Ödevler’, ‘Psikoterapinin Gidişi’, ‘İlişkisel-Kişilerarası Sorunlar’ ve ‘Eksen I İle İlişkili Sorunlar ve Stres Verici Diğer Durumlar’dır.
- Daha önce tanımlanmamış olan kırılma türlerinden ‘Olumlu Gelişmelerin Nedenini Başka Kaynaklara Atfetme’ şeklinde ortaya çıkan kırılmanın ise ‘Görevler Hakkındaki Duygular ve Düşünceler’ ve ‘Ödevler’ temalarıyla etkileşim içerisinde ortaya çıktığı görülmektedir.

2.2.6.2. Kırılma Seansları: Kırılma Türleri ve Terapist Davranışları Etkileşimi

TİÖ-H değerlendirmeleri ölçüt alınarak belirlenen kırılma seanslarında yaşanan kırılma süreçleri ile terapist davranışları arasındaki etkileşimi görebilmek amacıyla Şekil 16’daki grafik oluşturulmuştur.

türüyle, düşük sıklıkta etkileşim içerisinde görülmektedir. Bu kırılma türleri şunlardır: ‘En Az Tepki’, ‘İçerik ve Duygudurumun Uyuşmaması’, ‘Uyumlu ve Yatıştırıcı’ ve ‘İnkâr’.

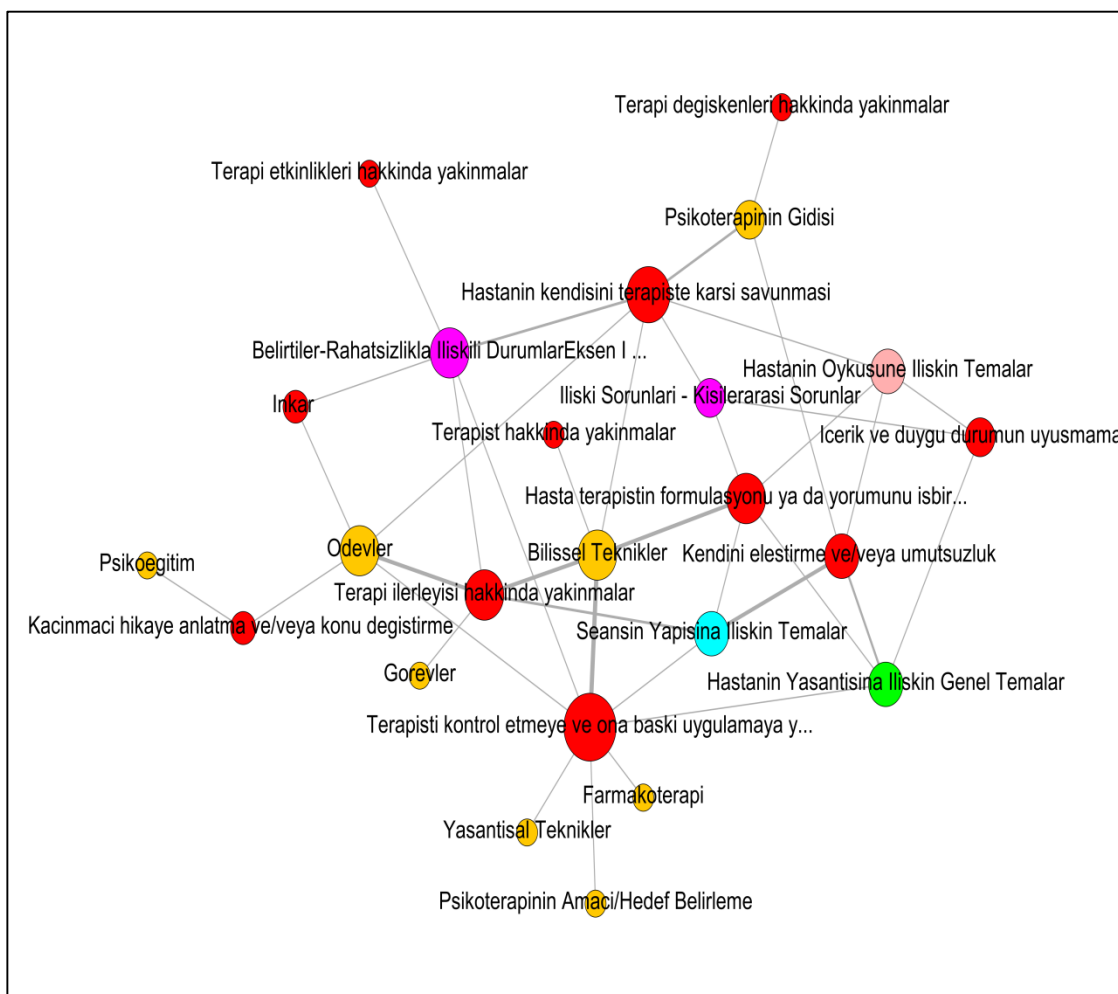
- Olumlu terapist davranışlarından olan ‘Terapistin Teknik Müdahaleleri Bırakıp İlişkiye Odaklanması’ şeklindeki davranışın sadece ‘Geri Çekilme’ sınıflandırmasına giren kırılma türleriyle etkileşim içerisinde olduğu dikkat çekmektedir.
- Olumlu terapist davranışlarından olan ‘Umudun Güçlendirilmesi’ de dört farklı kırılma türüyle ve düşük sıklıkta etkileşim içerisinde görülmektedir. Bu kırılma türleri şunlardır: ‘Terapisti Kontrol Etmeye ve Ona Baskı Uygulamaya Yönelik Davranış’, ‘Kendini Eleştirme ve/veya Umutsuzluk’, ‘Hastanın, Terapistin Formülasyonunu ya da Yorumunu İşbirliğinden Uzak Bir Şekilde Reddetmesi’ ve ‘Terapi İlerleyişi Hakkında Yakınmalar’.
- Olumlu terapist davranışlarından olan ‘Umudun Güçlendirilmesi’ şeklindeki davranışın ilişkili olduğu dört farklı kırılma türünün biri haricinde hepsinin Yüzleşme sınıflandırmasına girmesi dikkat çekmektedir.
- Olumsuz terapist davranışlarından olan ‘Terapistin Yargılayıcı İfadeleri’, ‘Terapistin Israrcı Davranışları’ ve ‘Terapistin Hastanın Sorumluluğuna Vurgu Yapması’ şeklindeki davranışların, 7’şer farklı kırılma türüyle etkileşime girebildiği ancak bu etkileşimlerin yoğunlukları açısından birbirlerinden belirgin bir şekilde farklılaşmadığı dikkat çekmektedir.
- En sık görülen etkileşimin ‘Terapistin Yargılayıcı İfadesi’ ile şu üç kırılma türü arasında olduğu görülmüştür: ‘Hastanın Kendisini Terapistine Karşı Savunması’, ‘Kendini Eleştirme ve/veya Umutsuzluk’ ve ‘Hastanın Terapistin Formülasyonunu İşbirliğinden Uzak Bir Şekilde Reddetmesi’.
- Diğer etkileşimlerden daha sık olduğu görülen bir diğer ilişki de ‘Terapistin Hastanın Bakış Açısını Dikkate Almaması’ ile ‘Hastanın

Terapistin Formülasyonunu İşbirliğinden Uzak Bir Şekilde Reddetmesi' arasındadır.

- ‘Terapistin Hastanın Sorumluluğuna Vurgu Yapması’ ve ‘Hastanın Kendisini Terapistine Karşı Savunması’; ‘Terapistin Israrlı Davranışları’ ve ‘Kendini Eleştirme ve/veya Umutsuzluk’ arasındaki etkileşimlerin görece sık bir şekilde ortaya çıktığı dikkat çekmektedir.

2.2.6.3. PYB Öncesi Seanslar: Seans İçeriği ve Kırılma Türleri Etkileşimi

PYB öncesindeki seansların içeriği ve bu seanslarda yaşanan terapötik ittifakta kırılmaların türleri arasındaki etkileşimi görebilmek amacıyla Şekil 17'deki grafik oluşturulmuştur.



Şekil 17 PYB Öncesi Seanslar: Seans İçeriği ve Kırılma Türleri Etkileşimi

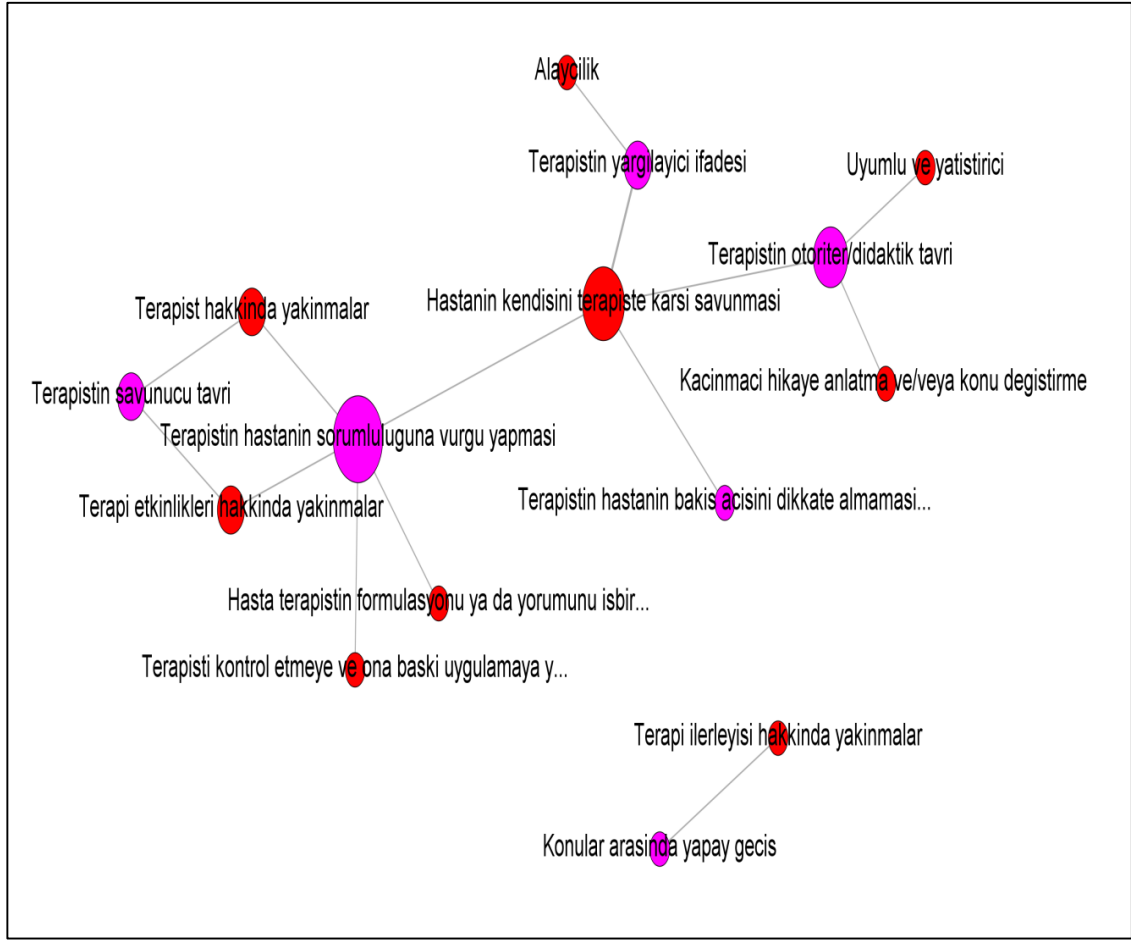
Şekil 17’de de görülebileceği gibi bazı kırılma türleri seans içindeki bazı temalarla yoğun, bazılarıyla ise görece daha az etkileşim içindedir. Öne çıkan bazı noktalar şöyle sıralanabilir:

- ‘Terapisti Kontrol Etmeye ve Ona Baskı Uygulamaya Yönelik Davranış’ şeklinde ortaya çıkan kırılmanın, seans içerisinde ortaya çıkan 8 farklı temayla ilişkili olduğu ve diğer kırılma türlerine göre seans içerikleriyle en fazla etkileşim içerisinde olan kırılma türü olduğu dikkat çekmiştir.
- ‘Terapisti Kontrol Etmeye ve Ona Baskı Uygulamaya Yönelik Davranış’ şeklinde ortaya çıkan kırılmanın seans içerisindeki pek çok tema ile ilişkili olduğu ancak ‘Bilişsel Teknikler’ ile daha sık bir şekilde etkileşim içerisinde olduğu dikkat çekmektedir.
- ‘Terapi İlerleyişi Hakkında Yakınmalar’ şeklinde ortaya çıkan kırılmaların diğer bazı temalara ek olarak özellikle ‘Ödevler’ ve ‘Bilişsel Teknikler’ temalarıyla görece daha fazla bir etkileşim sergilediği görülmektedir.
- ‘Kendini Eleştirme ve/veya Umutsuzluk’ şeklinde ortaya çıkan kırılmanın diğer bazı temalara ek olarak özellikle ‘Seansın yapısına İlişkin Temalar’ olarak adlandırılan kod ile görece daha fazla bir etkileşim sergilediği görülmektedir.
- ‘Hastanın, Terapistin Formülasyonunu İşbirliğinden Uzak Bir Şekilde Reddetmesi’ şeklinde ortaya çıkan kırılmanın diğer bazı temalara ek olarak özellikle ‘Bilişsel Teknikler’ temasıyla etkileştiği görülmektedir.
- ‘Terapi Etkinlikleri Hakkında Yakınmalar’, ‘Hastanın Kendisini Terapiste Karşı Savunması’, ‘Kaçınmacı Hikaye Anlatma ve/veya Konu Değiştirme’, ‘Terapist Hakkında Yakınmalar’, ‘İnkâr’, ‘Terapi Değişkenleri Hakkında Yakınmalar’, ‘Soyut İletişim’, ‘En Az Tepki’ ve ‘İçerik ve Duygu Durumun Uyuşmaması’ şeklindeki kırılmalar ile seans içerikleri arasında belirgin bir şekilde öne çıkan etkileşimlerin olmadığı dikkat çekmektedir.

- ‘Terapist Değişkenleri Hakkında Yakınmalar’ şeklinde ortaya çıkan kırılmanın sadece ‘Psikoterapinin Gidişi’ temasıyla birlikte gündeme geldiği dikkat çekmektedir.
- ‘Yaşantısal Teknikler’, ‘Psikoterapinin Amacının/Hedefinin Belirlenmesi’ ve ‘Farmakoterapi’ gibi temaların sadece ‘Terapisti Kontrol Etmeye ve Ona Baskı Uygulamaya Yönelik Davranış’ şeklinde ortaya çıkan temaların, kırılmalarla etkileşim içerisinde olduğu görülmektedir.
- ‘Görevler Hakkındaki Duygular ve Düşünceler’ temasının sadece ‘Terapi İlerleyişi Hakkında Yakınmalar’ şeklinde ortaya çıkan kırılmalarla ilişkili olduğu görülmüştür.
- ‘Psikoeğitim’ temasının sadece ‘Kaçınmacı Hikaye Anlatma ve/veya Konu Değiştirme’ şeklinde ortaya çıkan kırılmalarla ilişkili olduğu görülmüştür.

2.2.6.4. PYB Öncesi Seanslar: Kırılma Türleri ve Terapist Davranışları Etkileşimi

PYB öncesindeki seanslarda yaşanan terapötik ittifakta kırılmaların türleri ile terapist davranışları arasındaki etkileşimi görebilmek amacıyla Şekil 18’deki grafik oluşturulmuştur.



Şekil 18 PYB Öncesi Seanslar: Kırılma Türleri ve Terapist Davranışları Etkileşimi

Şekil 18’de de görülebileceği gibi bazı kırılma türleri seans içindeki bazı temalarla yoğun bazılarıyla ise görece daha az etkileşim içindedir. Öne çıkan bazı noktalar şöyle sıralanabilir:

- PYB öncesi seanslarda ‘olumlu terapist davranışlarının’ herhangi bir kırılma türüyle etkileştiği görülmemiştir.
- Olumsuz terapist davranışları ve kırılma türleri arasındaki etkileşimde öne çıkan, sık etkileşimler dikkat çekmemektedir. Etkileşimlerin zayıf ve seyrek olduğu dikkat çekmektedir.
- Sadece, ‘Terapistin Yargılayıcı İfadesi’ ve ‘Hastanın Kendisini Terapistine Karşı Savunması’ kodları arasında görece sık bir etkileşim olduğu dikkat çekmiştir.

- Olumsuz terapist davranışlarından olan ‘Terapistin Hastanın Sorumluluğuna Vurgu Yapmasının’ 5 farklı kırılma türüyle ilişkili olduğu ve PYB öncesi seanslarda kırılma türleriyle en fazla etkileşime giren terapist davranışının bu olduğu dikkat çekmektedir.
- Kırılma türlerinden olan ‘Hastanın Kendisini Terapiste Karşı Savunmasının’ ise 4 farklı olumsuz terapist davranışıyla ilişkili olduğu ancak olumsuz davranışlardan sadece ‘Terapistin Yargılayıcı İfadesi’ ile görece daha fazla etkileştiği görülmektedir.
- Olumsuz terapist davranışlarından olan ‘Konular Arasında Yapay Geçiş’ ile ‘Terapi İlerleyişi Hakkında Yakınmalar’ şeklinde ortaya çıkan kırılmanın sadece birbirleriyle etkileşim içerisinde oldukları dikkat çekmektedir.
- ‘Terapisti Kontrol Etmeye ve Ona Baskı Uygulamaya Yönelik Davranış’ ve ‘Hastanın, Terapistin Formülasyonunu İşbirliğinden Uzak Bir Şekilde Reddetmesi’ şekillerinde ortaya çıkan kırılmaların olumsuz davranışlardan sadece ‘Terapistin Hastanın Sorumluluğuna Vurgu Yapması’ temasıyla etkileşim içerisinde olduğu dikkat çekmektedir.
- ‘Kaçınmacı Hikaye Anlatma ve/veya Konu Değiştirme’ ve ‘Uyumlu ve Yatıştırıcı’ şeklinde ortaya çıkan kırılmaların olumsuz davranışlardan sadece ‘Terapistin Otoriter/Didaktik Tavrı’ ile etkileştiği görülmektedir.
- ‘Alaycılık’ şeklinde ortaya çıkan kırılmanın sadece ‘Terapistin Yargılayıcı İfadesi’ temasıyla etkileştiği dikkat çekmektedir.
- Olumsuz terapist davranışlarından olan ‘Terapistin Hastanın Bakış Açısını Dikkate Almaması’ ise sadece ‘Hastanın Kendisini Terapiste Karşı Savunması’ şeklinde ortaya çıkan kırılma türüyle etkileştiği görülmektedir.

2.2.7. Kırılma Seansları ve PYB Öncesi Seansların İçerik Etkileşimlerinin Karşılaştırılması

2.2.7.1. Kırılma Türleri ve Seans İçerikleri

Şekil 15 ile Şekil 17'ye ve Tablo 10'a bakarak yapılabilecek karşılaştırma sonucunda kırılma seansları ve PYB öncesi seanslardaki içerikler ile kırılma etkileşimlerine dair aşağıdaki benzerlik ve farklılıkların dikkat çektiği söylenebilir:

Tablo 10 Seans İçeriği ve Kırılma Türleri Etkileşim Sıklığı

Alt Tema ya da Kod (Kırılma Türü)	Alt Tema ya da Kod (Seans İçeriği)	Seans Grubu	Durum
Terapi Etkinlikleri Yakınmalar	Bilişsel Teknikler	Kırılma Seansları	++
		PYB Öncesi Seanslar	-
	Görevler Hakkındaki Duygular ve Düşünceler	Kırılma Seansları	++
		PYB Öncesi Seanslar	-
	Psikoterapinin Gidişi	Kırılma Seansları	++
		PYB Öncesi Seanslar	-
	İlişki Sorunları	Kırılma Seansları	+
		PYB Öncesi Seanslar	-
	Eksen I İle İlişkili Sorunlar ve Stres Verici Diğer Durumlar	Kırılma Seansları	+
		PYB Öncesi Seanslar	~-
	Rasyonel Açıklama	Kırılma Seansları	~-
		PYB Öncesi Seanslar	-
	Seansın Yapısına İlişkin Temalar	Kırılma Seansları	~-
		PYB Öncesi Seanslar	-

Terapi İlerleyişi Hakkında Yakınmalar	Ödevler		Kırılma Seansları	~-
			PYB Öncesi Seanslar	-
	Formülasyon		Kırılma Seansları	~-
			PYB Öncesi Seanslar	-
	Hastanın Yaşantısına Genel Temalar	İlişkin	Kırılma Seansları	+
			PYB Öncesi Seanslar	-
	Psikoterapinin Belirleme	Amacı/ Hedef	Kırılma Seansları	~-
			PYB Öncesi Seanslar	-
	Farmakoterapi		Kırılma Seansları	~-
			PYB Öncesi Seanslar	-
	Bilişsel Teknikler		Kırılma Seansları	++
			PYB Öncesi Seanslar	+
	Görevler Hakkındaki Duygular ve Düşünceler		Kırılma Seansları	++
			PYB Öncesi Seanslar	~-
	Ödevler		Kırılma Seansları	~-
			PYB Öncesi Seanslar	+
	Eksen I İle İlişkili Sorunlar ve Stres Verici Diğer Durumlar		Kırılma Seansları	+
			PYB Öncesi Seanslar	~-
	Psikoterapinin Gidişi		Kırılma Seansları	~-
			PYB Öncesi Seanslar	-

Terapisti Kontrol Etmeye ve Ona Baskı Uygulamaya Yönelik Davranış	Hastanın Yaşantısına İlişkin Genel Temalar	Kırılma Seansları	~-
		PYB Öncesi Seanslar	-
	Rasyonel Açıklama	Kırılma Seansları	~-
		PYB Öncesi Seanslar	-
	Seansın Yapısına İlişkin Temalar	Kırılma Seansları	-
		PYB Öncesi Seanslar	~-
	Bilişsel Teknikler	Kırılma Seansları	++
		PYB Öncesi Seanslar	+
	Ödevler	Kırılma Seansları	+
		PYB Öncesi Seanslar	~-
	İlişkisel/Kişilerarası Sorunlar	Kırılma Seansları	+
		PYB Öncesi Seanslar	-
	Rasyonel Açıklama	Kırılma Seansları	~-
		PYB Öncesi Seanslar	-
Amacı/Hedef	Farmakoterapi	Kırılma Seansları	~-
		PYB Öncesi Seanslar	~-
	Psikoterapinin Belirleme	Kırılma Seansları	~-
		PYB Öncesi Seanslar	~-
	Yaşantısal Teknikler	Kırılma Seansları	-
		PYB Öncesi Seanslar	~-

Kendini Eleştirme ve/veya Umutsuzluk	Hastanın Yaşantısına İlişkin Genel Temalar	Kırılma Seansları	-
			~
		PYB Öncesi Seanslar	~
	Seansın Yapısına İlişkin Temalar	Kırılma Seansları	-
		PYB Öncesi Seanslar	~
	Eksen I İle İlişkili Sorunlar ve Stres Verici Diğer Durumlar	Kırılma Seansları	-
		PYB Öncesi Seanslar	~
	Bilişsel Teknikler	Kırılma Seansları	++
		PYB Öncesi Seanslar	-
	Hastanın Yaşantısına İlişkin Genel Temalar	Kırılma Seansları	+
		PYB Öncesi Seanslar	~
	Seansın yapısına İlişkin Temalar	Kırılma Seansları	~
		PYB Öncesi Seanslar	+
	Psikoterapinin Belirleme Amacı/Hedef	Kırılma Seansları	~
		PYB Öncesi Seanslar	-
	Psikoterapinin Gidişi	Kırılma Seansları	~
		PYB Öncesi Seanslar	~
	Yaşantısal Teknikler	Kırılma Seansları	~
		PYB Öncesi Seanslar	-
	İlişki Sorunları/Kişilerarası Sorunlar	Kırılma Seansları	~
		PYB Öncesi Seanslar	-

Hastanın Kendisini Terapisteye Karşı Savunması			PYB Öncesi Seanslar	-
	Hastanın Öyküsüne İlişkin Temalar		Kırılma Seansları	-
			PYB Öncesi Seanslar	~-
	Bilişsel Teknikler		Kırılma Seansları	++
			PYB Öncesi Seanslar	~-
	Hastanın Yaşantısına İlişkin Genel Temalar		Kırılma Seansları	+
			PYB Öncesi Seanslar	-
	Eksen I İle İlişkili Sorunlar ve Stres Verici Diğer Durumlar		Kırılma Seansları	+
			PYB Öncesi Seanslar	~-
	Psikoterapinin Gidişi		Kırılma Seansları	~-
			PYB Öncesi Seanslar	~-
	İlişki Sorunları/Kişilerarası Sorunlar		Kırılma Seansları	+
			PYB Öncesi Seanslar	~-
	Seansın Yapısına İlişkin Temalar		Kırılma Seansları	+
			PYB Öncesi Seanslar	-
	Farmakoterapi		Kırılma Seansları	~-
			PYB Öncesi Seanslar	-
	Görevler Hakkındaki Duygular ve Düşünceler		Kırılma Seansları	~-
			PYB Öncesi Seanslar	-

	Ödevler	Kırılma Seansları	~-
		PYB Öncesi Seanslar	~-
	Formülasyon	Kırılma Seansları	~-
		PYB Öncesi Seanslar	-
	Psikoterapinin Koşulları	Kırılma Seansları	~-
		PYB Öncesi Seanslar	-
	Hastanın Öyküsüne İlişkin Temalar	Kırılma Seansları	-
		PYB Öncesi Seanslar	~-
Olumlu Gelişmelerin Nedenini Başka Kaynaklara Atfetme	Görevler Hakkındaki Duygular ve Düşünceler	Kırılma Seansları	~-
		PYB Öncesi Seanslar	-
	Ödevler	Kırılma Seansları	~-
		PYB Öncesi Seanslar	-
	Bilişsel Teknikler	Kırılma Seansları	-
		PYB Öncesi Seanslar	+
	Görevler Hakkındaki Duygular ve Düşünceler	Kırılma Seansları	~-
		PYB Öncesi Seanslar	-
Hastanın, Terapistin Formülasyonunu İşbirliğinden Uzak Bir Şekilde Reddetmesi	Psikoterapinin Gidişi	Kırılma Seansları	~-
		PYB Öncesi Seanslar	-
	İlişki Sorunları/Kişilerarası Sorunlar	Kırılma Seansları	~-
		PYB Öncesi Seanslar	-

Kaçınmacı Hikaye Anlatma ve/veya Konu Değiştirme	Hastanın Öyküsüne İlişkin Temalar	PYB Öncesi Seanslar	~-
		Kırılma Seansları	-
		PYB Öncesi Seanslar	~-
		Kırılma Seansları	-
		PYB Öncesi Seanslar	~-
		Kırılma Seansları	-
	Seansın Yapısına İlişkin Temalar	PYB Öncesi Seanslar	~-
		Kırılma Seansları	-
	Hastanın Yaşantısına İlişkin Genel Temalar	PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~-
	Eksen I İle İlişkili Sorunlar ve Stres Verici Diğer Durumlar	PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	+
Kaçınmacı Hikaye Anlatma ve/veya Konu Değiştirme	Sonlandırma/ Konuşmaları	PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~-
	İlişki Sorunları/Kişilerarası Sorunlar	PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~-
	Seansın Yapısına İlişkin Temalar	PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~-
	Farmakoterapi	PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~-
	Görevler Hakkındaki Duygular ve Düşünceler	PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~-

		PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
	Ödevler	PYB Öncesi Seanslar	~
		Kırılma Seansları	~
	Formülasyon	PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
	Psikoterapi - Genel	PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
	Psikoeğitim	PYB Öncesi Seanslar	~
		Kırılma Seansları	-
	Psikoterapinin Gidişi	PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
Terapist Hakkında Yakınmalar	Hastanın Öyküsüne İlişkin Temalar	PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
	Rasyonel Açıklama	PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
	Psikoterapinin Belirleme	PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
	Bilişsel Teknikler	PYB Öncesi Seanslar	~
		Kırılma Seansları	~
	İlişki Sorunları/Kişilerarası Sorunlar	PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
	Amacı/Hedef	PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~

İnkar	Psikoterapinin Gidişi	PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
		PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
		PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
	Ödevler	PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
		PYB Öncesi Seanslar	~
		Kırılma Seansları	~
		PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
Terapi Değişkenleri Yakınmalar Hakkında	Psikoterapinin Gidişi	PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
		PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
		PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
	Ödevler	PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
		PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
		PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
Terapi Değişkenleri Yakınmalar Hakkında	Eksen I İle İlişkili Sorunlar ve stres Verici Diğer Durumlar	PYB Öncesi Seanslar	~
		Kırılma Seansları	-
		PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
		PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
	Görevler Hakkındaki Duygular ve Düşünceler	PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
		PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
		PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
Terapi Değişkenleri Yakınmalar Hakkında	Hastanın Yaşantısına İlişkin Genel Temalar	PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
		PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
		PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
	Eksen I İle İlişkili Sorunlar ve stres Verici Diğer Durumlar	PYB Öncesi Seanslar	~
		Kırılma Seansları	-
		PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
		PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
Terapi Değişkenleri Yakınmalar Hakkında	Psikoterapi Koşulları	PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
		PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
		PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
	Seansın Yapısına İlişkin Temalar	PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
		PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~
		PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	~

					PYB Öncesi Seanslar	-
					Kırılma Seansları	~
					PYB Öncesi Seanslar	-
					Kırılma Seansları	~
					PYB Öncesi Seanslar	-
					Kırılma Seansları	-
					PYB Öncesi Seanslar	~
					Kırılma Seansları	~
					PYB Öncesi Seanslar	-
					Kırılma Seansları	~
					PYB Öncesi Seanslar	-
					Kırılma Seansları	~
Soyut İletişim	Bilişsel Teknikler				Kırılma Seansları	~
					PYB Öncesi Seanslar	-
	Görevler Hakkındaki Duygular ve Düşünceler				Kırılma Seansları	~
					PYB Öncesi Seanslar	-
	Hastanın Yaşantısına İlişkin Genel Temalar				Kırılma Seansları	~
					PYB Öncesi Seanslar	-
En Az Tepki	Psikoterapinin Gidişi				Kırılma Seansları	~
					PYB Öncesi Seanslar	-
	Eksen I İle İlişkili Sorunlar ve stres Verici Diğer Durumlar				Kırılma Seansları	~
					PYB Öncesi Seanslar	-
	İçerik ve Uyuşmaması	Duygu	Durumun	Bilişsel Teknikler	Kırılma Seansları	~

	PYB Öncesi Seanslar	-
	Kırılma Seansları	-
İlişki Sorunları/Kişilerarası Sorunlar	PYB Öncesi Seanslar	~-
	Kırılma Seansları	-
Hastanın Öyküsüne İlişkin Temalar	PYB Öncesi Seanslar	~-
	Kırılma Seansları	-
Hastanın Yaşantısına İlişkin Genel Temalar	PYB Öncesi Seanslar	~-

“-“ Yok

“~-“ Seyrek (1,2)

“+” Var (3,4)

“++“ Sık (5,>)

- ‘Terapi Etkinlikleri Hakkında Yakınmalar’ şeklinde ortaya çıkan kırılmanın seans içerisindeki etkileşimleri, kırılma seanslarında çok merkezi bir konumdayken PYB öncesi seanslarda dikkat çekici bir şekilde öne çıkmamaktadır. Bu şekilde görülen kırılmaların etkileştiği seans içerikleri de her iki seans grubunda farklılaşmaktadır. ‘Bilişsel Teknikler’, ‘Görevler Hakkındaki Duygular ve Düşünceler’, ‘Psikoterapinin Gidişi’, ‘İlişki Sorunları/Kişilerarası Sorunlar’, ‘Eksen I ile İlişkili Sorunlar ve Stres Verici Diğer Durumlar’ ve ‘Hastanın Yaşantısına İlişkin Genel Temalar’ kodlarının, ‘Terapi Etkinlikleri Hakkında Yakınmalar’ şeklindeki kırılma türüyle etkileşimi, kırılma seansların yüksek ve orta sıklıkta iken aynı etkileşimler PYB öncesi seanslarda ya seyrek olmakta ya da hiç görülmemektedir.
- ‘Terapi İlerleyişi Hakkındaki Yakınmalar’ şeklinde ortaya çıkan kırılma yoğunluk/sıklıklar farklılaşsa da her iki seans grubunda da benzer seans içerikleriyle etkileşmektedir. Bu şekilde ortaya çıkan

kırılmanın her iki seans grubunda da özellikle ‘Bilişsel Teknikler’ temasıyla etkileştiği dikkat çekmektedir.

- ‘Terapisti Kontrol Etmeye ve Ona Baskı Uygulamaya Yönelik Davranış’ şeklinde ortaya çıkan kırılmanın her iki seans grubunda da ‘Bilişsel Teknikler’ koduyla görece sık bir şekilde etkileştiği dikkat çekmektedir. Bu kırılma türünün, kırılma seanslarında ‘İlişkisel/Kişilerarası Sorunlar’ temasıyla görece sık bir şekilde etkileştiği ancak PYB öncesi seanslarda böyle bir etkileşimin olmadığı da görülmektedir. Benzer bir durum ‘Ödevler’ kodu için de geçerlidir. Bu kod, ilgili diğer kod ile, kırılma seanslarında görece sık bir şekilde etkileşim içerisindeyken, PYB öncesi seanslarında etkileşimin seyrek olduğu dikkat çekmektedir.
- ‘Kendini Eleştirme ve/veya Umutsuzluk’ şeklinde ortaya çıkan kırılmanın, ‘Bilişsel Teknikler’ ve ‘Hastanın Yaşantısına İlişkin Genel Temalar’ ile kırılma seanslarında sırasıyla yüksek ve orta seviyede etkileşim içerisinde olduğu görülürken aynı ilişki PYB öncesi seanslarda sırasıyla ‘etkileşim yok’ ve ‘seyrek etkileşim’ şeklindedir.
- ‘Kendini Eleştirme ve/veya Umutsuzluk’ şeklinde ortaya çıkan kırılmanın, ‘Seansın Yapısına İlişkin Temalar’ ile PYB öncesi seanslarda sık, kırılma seanslarında ise seyrek bir etkileşim içerisinde olduğu dikkat çekmiştir.
- ‘Hastanın Kendisini Terapist Karşı Savunması’ şeklinde ortaya çıkan kırılmaların, ‘Bilişsel Teknikler’, ‘Hastanın Yaşantısına İlişkin Genel Temalar’, ‘Eksen I ile İlişkili Sorunlar ve Stres Verici Diğer Durumlar’, ‘İlişki Sorunları/Kişilerarası Sorunlar’ ve ‘Seansın Yapısına İlişkin Temalar’ kodlarıyla, kırılma seanslarında yüksek ya da orta sıklıkta etkileşim gösterdiği ancak aynı kodların PYB öncesi seanslarda ‘etkileşimin olmadığı ya da var olan etkileşimlerinin çok seyrek olduğu dikkat çekmektedir.
- ‘Hastanın Terapistin Formülasyonunu Reddi’ şeklinde ortaya çıkan kırılmanın PYB öncesi seanslarda ‘Bilişsel Teknikler’ kodu ile sık bir

şekilde etkileştiği ancak kırılma seanslarında böyle bir etkileşimin olmadığı dikkat çekmektedir.

- ‘Kaçınmacı Hikaye Anlatma ve/veya Konu Değiştirme’ şeklinde ortaya çıkan kırılmanın, kırılma seanslarında ‘Eksen I ile İlişkili Sorunlar ve Stres Verici Diğer Durumlar’ kodu ile sık bir şekilde etkileştiği ancak aynı kodların PYB öncesi seanslarda hiç etkileşmediği dikkat çekmektedir.
- Seans içeriklerinin kırılma türleriyle etkileşimleri bakımından her iki seans grubundaki öne çıkan temaların benzeştiği dikkat çekmektedir. Bu temalar: ‘Bilişsel Teknikler’, ‘Hastanın Yaşantısına İlişkin Temalar’, ‘Ödevler’, ‘İlişkisel/Kişilerarası Sorunlar’ ve ‘Eksen I İle İlişkili Sorunlar ve Stres Verici Diğer Durumlar’dır. Ayrıca, ‘Psikoterapinin Gidişi’ teması PYB öncesi seanslarda kırılma seanslarında olduğu kadar belirgin olmasa da kırılma türleriyle etkileşim içerisindedir.
- Kırılma seans grubunda kırılma türleriyle etkileşimi öne çıkan ancak PYB öncesi seanslarda öne çıkmayan tek temanın ‘Görevler Hakkındaki Duygular ve Düşünceler’ olduğu dikkat çekmektedir.

Yukarıda sıralanan ilişkileri temalar düzeyinde özetlersek;

- ‘Tedaviye İlişkin Temalar’ her iki seans grubunda da öne çıkmaktadır ancak bu tema kırılma seanslarında daha fazla etkileşim içerisinde olduğundan daha merkezi bir konumdadır.
- ‘Sorun Alanları’ teması her iki seans grubunda da etkili olsa da bu temanın kırılma seanslarında daha fazla etkileşim içerisinde olduğu dikkat çekmektedir.
- ‘Hastanın Yaşantısına İlişkin Temalar’ teması her iki seans grubunda da etkili olsa da bu temanın kırılma seanslarında daha fazla etkileşim içerisinde olduğu dikkat çekmektedir.
- ‘Seansın Yapısına İlişkin Temalar’ her iki seans grubunda da yaklaşık olarak benzer bir konuma sahiptir.

- ‘Hastanın Öyküsüne İlişkin Temalar’ teması PYB öncesi seanslarda görece öne çıkmış bir temadır ve pek çok kırılma türüyle etkileştiği görülmektedir. Söz konusu temanın kırılma seanslarında sadece bir kırılma türüyle etkileştiği ve bu etkileşimin çok zayıf olduğu dikkat çekmektedir.
- Genel olarak bakıldığında, her iki etkileşim şablonu birbirine benzese de kırılma seanslarındaki etkileşimin sıklık/yoğunluk bakımından PYB öncesi seanslara göre belirgin bir şekilde daha zengin olduğu söylenebilmektedir.
- Seans içeriği bakımından, ‘Bilişsel Teknikler’ ve ‘Ödevler’ temasının, her iki seans grubunda da, kırılma türleriyle etkileşimi en yoğun olan temalar olduğu dikkat çekmektedir.

2.2.7.3. Kırılma Türleri ve Terapist Davranışları

Şekil 16 ile Şekil 18’e ve Tablo 11’e bakarak yapılabilecek karşılaştırma sonucunda kırılma seansları ve PYB öncesi seanslardaki içerikler ile kırılma etkileşimlerine dair aşağıdaki benzerlik ve farklılıkların dikkat çektiği söylenebilir:

Tablo 11 Kırılma Türleri ve Terapist Davranışları Etkileşim Sıklıkları

Alt Tema ya da Kod (Terapist Davranışları)	Alt Tema ya da Kod (Kırılma Türü)	Seans Grubu	Durum
Terapistin Yargılayıcı İfadesi	Hastanın Kendisini Terapiste Karşı Savunması	Kırılma Seansları	++
		PYB Öncesi Seanslar	+
	En Az Tepki	Kırılma Seansları	~-
		PYB Öncesi Seanslar	-
	Kendini Eleştirme ve/veya Umutsuzluk	Kırılma Seansları	++
		PYB Öncesi Seanslar	-
	Terapi İlerleyişi Hakkında Yakınmalar	Kırılma Seansları	~-
		PYB Öncesi Seanslar	-
	Hastanın Terapistin Formülasyonunu İşbirliğinden Uzak Bir şekilde Reddi	Kırılma Seansları	++
		PYB Öncesi Seanslar	-
	Uyumlu ve Yatıştırıcı	Kırılma Seansları	~-
		PYB Öncesi Seanslar	-
	Alaycılık	Kırılma Seansları	~-
		PYB Öncesi Seanslar	~-
Terapistin Israrcı Davranışları	Soyut İletişim	Kırılma Seansları	~-
		PYB Öncesi Seanslar	-
	Kendini Eleştirme ve/veya Umutsuzluk	Kırılma Seansları	+

				PYB Öncesi Seanslar	-
Hastanın Terapistin Formülasyonunu İşbirliğinden Uzak Bir şekilde Reddi				Kırılma Seansları	~
				PYB Öncesi Seanslar	-
Terapi Değişkenleri Hakkında Yakınmalar				Kırılma Seansları	~
				PYB Öncesi Seanslar	-
Terapist Hakkında Yakınmalar				Kırılma Seansları	~
				PYB Öncesi Seanslar	-
İçerik ve Duygudurumun Uyuşmaması				Kırılma Seansları	~
				PYB Öncesi Seanslar	-
Terapi Etkinlikleri Hakkında Yakınmalar				Kırılma Seansları	~
				PYB Öncesi Seanslar	-
Terapi Değişkenleri Hakkında Yakınmalar				Kırılma Seansları	~
				PYB Öncesi Seanslar	-
Terapisti Kontrol Etmeye ve Ona Baskı Uygulamaya Yönelik Doğrudan Çaba				Kırılma Seansları	~
				PYB Öncesi Seanslar	~
Kendini Eleştirme ve/veya Umutsuzluk				Kırılma Seansları	~
				PYB Öncesi Seanslar	-
Hastanın Kendisini Terapist Karşı Savunması				Kırılma Seansları	+
				PYB Öncesi Seanslar	~
Hastanın Terapistin Formülasyonunu İşbirliğinden Uzak Bir şekilde Reddi				Kırılma Seansları	~

		Soyut İletişim	PYB Öncesi Seanslar	~-
			Kırılma Seansları	~-
		En Az Tepki	PYB Öncesi Seanslar	
			Kırılma Seansları	~-
		Terapist Hakkında Yakınmalar	PYB Öncesi Seanslar	-
			Kırılma Seansları	-
	Terapistin Savunucu Tavrı	Terapi Değişkenleri Hakkında Yakınmalar	PYB Öncesi Seanslar	~-
			Kırılma Seansları	-
		Terapisti Kontrol Etmeye ve Ona Baskı Uygulamaya Yönelik Doğrudan Çaba	PYB Öncesi Seanslar	~-
			Kırılma Seansları	-
		Terapist Hakkında Yakınmalar	PYB Öncesi Seanslar	~-
			Kırılma Seansları	-
Terapistin Otoriter/Didaktik Tavrı	Hastanın Kendisini Terapiste Karşı Savunması	Terapisti Kontrol Etmeye ve Ona Baskı Uygulamaya Yönelik Doğrudan Çaba	PYB Öncesi Seanslar	~-
			Kırılma Seansları	-
		Terapist Hakkında Yakınmalar	PYB Öncesi Seanslar	~-
			Kırılma Seansları	-
		Terapist Etkinlikleri Yakınmalar	PYB Öncesi Seanslar	~-
			Kırılma Seansları	-

	Uyumlu ve Yatıştırıcı	PYB Öncesi Seanslar	-
		Kırılma Seansları	-
		PYB Öncesi Seanslar	~-
		Kırılma Seansları	-
	Kaçınmacı Hikaye Anlatma ve/veya Konu Değiştirme	PYB Öncesi Seanslar	~-
		Kırılma Seansları	-
	Terapistin Hastanın Bakış Açısını Dikkate Almaması	Hastanın Terapistin Formülasyonunu İşbirliğinden Uzak Bir şekilde Reddi	Kırılma Seansları ++
			PYB Öncesi Seanslar -
		Terapi İlerleyişi Hakkında Yakınmalar	Kırılma Seansları ~-
			PYB Öncesi Seanslar -
		Kaçınmacı Hikaye Anlatma ve/veya Konu Değiştirme	Kırılma Seansları ~-
			PYB Öncesi Seanslar -
		Hastanın Kendisini terapistle Karşı Savunması	Kırılma Seansları -
			PYB Öncesi Seanslar ~-
Terapistin Doğal Olmayan En Az Tepki Davranışları/Tutumu		Kırılma Seansları	~-
		PYB Öncesi Seanslar	-
Konular Arasında Yapay Geçiş	İnkâr	Kırılma Seansları	~-
		PYB Öncesi Seanslar	-
	Terapi İlerleyişi Hakkında Yakınmalar	Kırılma Seansları	-
		PYB Öncesi Seanslar	~-
Terapistin Hastanın Sözlerini Kesmesi	Terapist Hakkında Yakınmalar	Kırılma Seansları	~-

			PYB Öncesi Seanslar	-
Terapistin Tekniği İlişkiye Odaklanması	Bırakıp	İnkâr	Kırılma Seansları	~-
			PYB Öncesi Seanslar	-
	En Az Tepki		Kırılma Seansları	~-
			PYB Öncesi Seanslar	-
	İçerik ve Duygudurumun Uyuşmaması		Kırılma Seansları	~-
			PYB Öncesi Seanslar	-
	Uyumlu ve Yatıştırıcı		Kırılma Seansları	~-
			PYB Öncesi Seanslar	-
	Umutun Güçlendirilmesi	Kendini Eleştirme ve/veya Umutsuzluk	Kırılma Seansları	~-
			PYB Öncesi Seanslar	-
		Terapisti Kontrol Etmeye ve Ona Baskı Uygulamaya Yönelik Doğrudan Çaba	Kırılma Seansları	~-
			PYB Öncesi Seanslar	-
		Hastanın Terapistin Formülasyonunu İşbirliğinden Uzak Bir şekilde Reddi	Kırılma Seansları	~-
			PYB Öncesi Seanslar	-
		Terapi İlerleyişi Hakkında Yakınmalar	Kırılma Seansları	~-
			PYB Öncesi Seanslar	-
Terapideki Roller Hakkında Bilgi Vermek	Uyumlu ve Yatıştırıcı		Kırılma Seansları	~-
			PYB Öncesi Seanslar	-

“-“ Yok

“~-“ Seyrek (1)

“+” Var (2)

“++” Sık (3,4)

- Kırılma seanslarının aksine PYB öncesi seanslarda kırılma anlarıyla etkileşim içerisinde olan olumlu terapist davranışlarının olmadığı dikkat çekmektedir.
- ‘Terapistin Israrcı Davranışları’ şeklindeki olumsuz terapist davranışının kırılma seanslarında, etkileşim bakımından, merkezi bir konumda olduğu ancak bu olumsuz terapist davranışının PYB öncesi seanslarda kırılma anlarıyla etkileşiminin olmadığı görülmektedir.
- ‘Terapistin Yargılayıcı İfadesi’ şeklinde ortaya çıkan olumsuz terapist davranışının her iki seans grubunda da benzer ‘Hastanın Kendisini Terapiste Karşı Savunması’ ve ‘Alaycılık’ şeklinde ortaya çıkan kırılmalarla, sırasıyla sık ve seyrek bir şekilde etkileşim içerisinde olduğu ancak bu terapist davranışının kırılma seanslarında 5 farklı kırılma türüyle daha ilişkili olduğu ve bu nedenle de söz konusu kırılmanın, kırılma seanslarındaki yerinin, PYB öncesi seanslara göre daha merkezi bir konumda olduğu dikkat çekmektedir.
- ‘Terapistin Hastanın Sorumluluğuna Vurgu Yapması’ şeklinde ortaya çıkan olumsuz terapist davranışı her iki seans grubunda da çok sayıda kırılma türüyle ancak görece seyrek bir şekilde etkileştiği görülmüştür. Söz konusu kırılma türünün bu nedenle merkezi bir konumda olduğu dikkat çekmektedir.. Bu şekilde görülen olumsuz terapist davranışının PYB öncesi seanslarda 5; kırılma seanslarında 8 farklı kırılma türüyle etkileşim içerisinde olduğu dikkat çekmektedir. Söz konusu etkileşimlerden sadece 3’ü ortaktır: ‘Terapisti Kontrol Etmeye ve Ona Baskı Uygulamaya Yönelik Davranış’, ‘Hastanın Terapistin Formülasyonunu İşbirliğinden Uzak Bir Şekilde Reddetmesi’ ve ‘Hastanın Kendisini Terapiste Karşı Savunması’.
- PYB öncesi seanslarda görülen, kırılma türleriyle etkileşimde olan tüm olumsuz terapist davranışların kırılma seanslarında da kırılma türleriyle etkileşim içerisinde olduğu dikkat çekmektedir.

- Kırılma seanslarında olan ancak PYB öncesi seanslarda herhangi bir kırılma türüyle etkileşim içerisinde olduğu görülmeyen olumsuz terapist davranışları şunlardır: ‘Terapistin Doğal Olmayan Davranışları ve Tutumları’, ‘Terapistin Hastanın Sözlerini Kesmesi’ ve ‘Terapistin Israrcı Davranışları’.

2.3 TARTIŞMA

İki ana eksen de yürütülen araştırmaya ait bulguların daha anlaşılır bir şekilde sunulabilmesi amacıyla, her bir eksen de yer alan çalışmalar ayrı ayrı ele alınıp tartışılacaktır. Daha sonra ise bütün bu bulgu ve tartışmaları da kapsayacak daha bütüncül bir tartışma yürütülecektir.

Çalışma I'ın amacı kırılma seansları ile PYB öncesi seanslar arasındaki benzerlik ve farklılıkların niteliksel bir bakış açısıyla incelenmesidir. Bu amaca uygun olarak HÜPAL veri havuzunda bulunan süreçler incelenmiş ve PYB ile sonuçlanan süreçler analizlere dâhil edilmiştir. Kırılma seansları belirlenirken yapılan hesaplamalar ise HÜPAL veri havuzunda yer alan, PYB süreçleri haricindeki diğer tüm süreçler kullanılarak yapılmıştır. Kırılma seanslarını belirleyebilmek için ise Stiles ve arkadaşlarının (2004) önerdiği ve Strauss ve arkadaşlarının (2006) pratikleştirdiği yöntemden faydalanılmıştır. Bu temelde tespit edilen kırılma-onarılma kesitlerinin başarıyla belirlendiği pek çok çalışma bulunmaktadır (Aspland, Llewelyn, Hardy, Barkham ve Stiles, 2008; Cash, Hardy, Kellett ve Parry, 2013; Strauss ve ark., 2006; Westra, Constantino ve Aviram, 2011). Bu çalışmada ise söz konusu yöntem, sadece kırılma seanslarını tespit edebilmek amacıyla kullanılmıştır. Strauss ve arkadaşlarının yöntemini kullanarak belirlediğimiz kırılma seanslarında pek çok kırılma anının tespit edilmiş olması, bu yöntemin amacına uygun sonuçlar verdiğini doğrular nitelikte bir bilgidir.

TİÖ-H puanları kullanarak yapılan değerlendirmelere dayanan tespit yöntemi, çalışmanın niceliksel desteğini oluşturmaktadır. Buradan hareketle bu çalışmayı niceliksel ve niteliksel araştırma yöntemlerinin bazı özelliklerinin bir araya getirildiği, nitel ağırlıklı, karışık desen bir çalışma olarak adlandırmak mümkündür. Karışık desen kullanılarak yürütülen çalışmaların kendisine özgü artıları ve eksileri bulunmakla birlikte, bu çalışma içerisinde her iki araştırma yönteminin güçlü yönleri bir araya getirilmeye çalışılmış ve bu sayede elde edilen bulguların geçerliliğinin arttırılması hedeflenmiştir. Her iki araştırma yönteminin eksikliklerini bir miktar da olsa giderip, söz konusu yöntemlerin güçlü yanlarının kullanılması, karışık desenli araştırmaların en önemli artılarından biri olarak gösterilmektedir. Benzer şekilde, araştırmacı kendisini

belli bir yöntemin katı ölçütlerine göre sınırlamadığından ihtiyaç duyduğu bilgiyi, bilgiye ulaşabileceği en uygun yöntemle elde etmekte özgürdür (Creswell ve Plano Clark, 2011, s. 12). Araştırmacıya yöntemsel esneklik sağlayan, zengin ve karşılaştırılabilir bilgi elde edilmesine olanak sağlayan karışık desen çalışmaların öne çıkarılan en büyük eksiklikleri ise, bu türdeki çalışmaların yüksek düzeyde beceri, zaman ve kaynak gerektirmesidir (Creswell ve Plano Clark, 2011, s. 12).

Bu çalışmada BDT ve ŞT yaklaşımlarına ait süreçler bir arada değerlendirilmiştir. Tesadüfi bir şekilde hem kırılma hem de PYB süreçlerinde her iki yaklaşıma ait süreç sayısı eşit olsa da çalışmanın başında bu şekilde bir dengeleme yapmak hedeflenmemiştir. Böyle bir hedefin olmamasının nedenleri arasında, terapötik ittifak kavramına ilişkin kuramlarüstü bir yaklaşımın benimsenmiş olması (Bordin, 1979; Safran ve ark., 2009; Stevens ve ark., 2007), terapötik ittifak kavramının tüm terapiler için öngörülen ortak bir etken olması (Tschacher ve ark., 2012), terapötik ittifak ve terapi sonucu arasındaki ilişkide terapi yaklaşımının aracı bir rolünün olmaması (Horvath ve ark., 2011; Martin ve ark., 2000) ve PYB oranlarının terapi yaklaşımları açısından farklılaşmaması (Swift ve Greenberg, 2012) yer almaktadır.

Elde edilen bulgular değerlendirilirken dikkate alınması gereken bir diğer önemli nokta çalışmada yer alan terapistlerin deneyim düzeyidir. HÜPAL veri tabanında hem doktora hem de yüksek lisans öğrencilerine ait veriler bir arada bulunmaktadır. Her iki seans grubundaki doktora ve yüksek lisans öğrencilerine ait seans sayısı yaklaşık olarak benzer olsa da çalışmanın içerisinde bu değişken gözetilerek bir analiz ya da yorum yapılmamıştır. Terapötik ittifak ve PYB konusunda deneyimin etkisine dair çelişkili bulgular bulunmaktadır. Deneyimin terapötik ittifakın kalitesiyle ilişkili olmadığı sonucuna varan bazı çalışmalar olsa da (örn., Dunkle ve Friedlander, 1996) bu ilişkiye dair kanıtlar sunan çalışmalar da vardır (Bein ve ark., 2000; Kivlighan, Patton ve Foote, 1998). Benzer bir durum terapist deneyimi ve PYB ilişkisi için de geçerlidir. Roos ve Werbart (2013) yaptıkları meta analiz sonucunda deneyim arttıkça PYB oranlarının azaldığına dair bir sonuca varmış olsa da eğitimdeki terapist adaylarıyla yapılan ve böyle bir ilişki saptayamayan çalışmalar da mevcuttur (Betz ve Shullman, 1979; Hamilton, Wininger ve Roose, 2009; Krauskopf ve ark., 1981). Önceki çalışmalardan elde edilen çelişkili bulgular göz önüne alındığında bu çalışmada da benzer bir durumun

var olup olmadığının gözetilmesi yararlı olabilirdi. Araştırma sorularımız ve desenimiz böyle bir karşılaştırmayı olanaklı kılmamış olsa da çalışmamızda yer alan terapistlere ilişkin bilgilerin ayrıntılı bir şekilde sunulmuş olması okuyucunun konu hakkında değerlendirme yapabilmesini kolaylaştıracaktır.

2.3.1. Terapötik İttifakta Kırılma Türlerinin Değerlendirilmesi

Her iki seans grubundaki seanslar analiz edilirken, terapötik ittifakta kırılma anlarını kodlamak üzere Mitchell ve arkadaşlarının (2011) sınıflamasından faydalanılmıştır. Nitel veri analizi yöntemlerinin esnek yapısından faydalanarak hem yukarıdan aşağıya hem de aşağıdan yukarıya (Braun ve Clarke, 2006) veri analizi yapıldığı için araştırmacıların sınıflamalarının dışında kalan ancak bu çalışmada rastlanılan 3 farklı kırılma türü daha tanımlanabilmiştir: Olumlu Gelişmelerin Nedenini Başka Kaynaklara Atfetmek, Dolaylı Anlatım ve Alaycılık. Söz konusu bu yeni kırılma sınıflamalarının içeriği incelendiğinde ilk ikisinin Mitchell ve arkadaşlarının sınıflamalarından, terapistten uzaklaşma ve/veya kaçınmayla karakterize olan, Geri Çekilme; Alaycılık şeklinde ortaya çıkan kırılmanın ise öfke ve/veya işbirliğinden uzak bir şekilde herhangi bir memnuniyetsizliğin dile getirilmesi olarak karakterize olan, Yüzleşme olarak tanımlanan kırılma sınıflandırmasına dâhil olabileceği düşünülmüştür. Elde edilen bu yeni kırılma türlerinin var olan kırılma türlerinden farklılaşmasının ve yeni tanımlanan kırılma türlerinin kuramsal olarak uygun olduğu düşünülmektedir (J. D. Safran, kişisel iletişim, 16 Nisan 2014).

Terapötik ittifakta kırılma analizleri sırasında görülen yeni kırılma türlerine ek olarak, Yüzleşme ve Geri Çekilme tarzı kırılmaların değerlendirilmesine ilişkin farklı bir yaklaşımın benimsenmesinin de daha uygun olabileceği yönünde bulgular elde edilmiştir. Mitchell ve arkadaşlarının (2011) önerdiği sınıfsal ayırmadan farklı olarak Yüzleşme ve Geri Çekilme'nin, terapötik ittifakta kırılmanın birer görünümü olduğu ancak onlar altında sıralanan alt türlerin ise seanslar içerisinde farklı düzeylerde ortaya çıkabildiği dikkat çekmiştir. Örneğin içerik olarak Yüzleşme sınıfında yer alan, 'Terapideki Etkinlikler Hakkında Yakınmalar'ı içeren bir kırılma anı, görünüm açısından Geri Çekilme bağlamında ortaya çıkabilmektedir. Bu değerlendirme

yaklaşımının da kuramsal olarak uygun olduğu söylenebilmektedir (J. D. Safran, kişisel iletişim, 16 Nisan 2014).

2.3.2. Terapist Davranışları Ana Temasının Değerlendirilmesi

Nitel veri analizi yapılan terapi seanslarında öne çıkan terapist davranışlarını kodlamak amacıyla ‘Terapist Davranışları’ ana teması oluşturulmuştur. Bu tema oluşturulurken terapötik ittifakta kırılma ve kırılmanın onarılması sürecine dair Safran ve arkadaşlarının (Mitchel ve ark, 2011; Safran ve Muran, 2000) model önerisinde yer alan terapist davranışları; Swift ve arkadaşlarının (2012) PYB’yi azaltmak ve önlemek üzere önerdiği müdahaleler ve analizler sırasında edinilen bilgi ve izlenimlerden yararlanılmıştır.

Analizler sırasında, Swift ve arkadaşlarının önerilerinden birinin (Hastanın Tercihlerini Göz Önünde Bulundurma); Safran ve arkadaşlarının modelinde yer alan terapist davranışlarının ise 7’sinin (Terapist Hastanın Savunmacı Duruşuna Hak Verir. Kırılma, Hasta-Terapist İlişkisi İçerisindeki Daha Geniş Bir Örüntüyle Bağlantılandırır. Kırılma Diğer İlişki Örüntüleriyle Bağlantılandırır. Sorunun Ortaya Çıkmasındaki Payını Kabul Eder. Kendi İçsel Deneyimlerini Paylaşır. Düşünce ve Hisleri Tartışmaya Teşvik Eder. Terapist Görevleri Tanımlar/Açıklar Ya Da Bunların Ardındaki Rasyoneli Sunar) görülmediği dikkat çekmiştir. Daha önce de belirtildiği gibi çalışmada analiz edilen seanslar ya Strauss ve arkadaşlarının (2006) önerdiği yöntemle tespit edilen terapötik ittifakta kırılma seansları ya da PYB öncesi seanslardır. Bu nedenle söz konusu seanslarda, terapötik ittifakta yaşanan kırılmaların onarılmasına ilişkin terapist davranışlarının çok az görülmesi, bazı türdeki davranışlarının ise hiç görülmemesi beklendiktir.

2.3.3. PYB Öncesi Seansların Karşılaştırılması

PYB’nin hemen öncesindeki iki seansın da analizlere dâhil edilmiş olmasından dolayı, PYB öncesi son iki seans da kendi içerisinde karşılaştırılmıştır. Söz konusu seans grupları arasında belli bazı farklar olsa da her iki seans grubunun PYB öncesi seanslar

olarak değerlendirilmesinde bir sakınca olmadığı düşünülmüş ve analizlere bu şekilde devam edilmiştir.

Belirtilen seans grupları arasındaki en belirgin farkın ‘Olumlu Terapist Davranışları’ bağlamında ortaya çıktığı görülmüştür. Olumlu terapist davranışları, çok seyrek bir şekilde de olsa, sadece PYB-1 seanslarında görülmüştür. Bunun haricinde, PYB-Son seans grubundaki kırılmaların daha çok Yüzleşme sınıfına girdiği, PYB-1 seans grubunda görülen kırılmaların ise Geri Çekilme sınıfına girdiği de dikkat çeken bir başka bulgudur. PYB öncesi son seansları niteliksel yöntemler kullanarak değerlendiren sadece bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu şekilde yapılan bir değerlendirmeye, Piper ve arkadaşlarının (1999) analiz ettiği, 22 hastaya ait PYB öncesi son seanslarda, ‘hastaların terapi sürecine dair hayal kırıklıklarını dile getirdiği’, ‘hastaların aktarım yorumlarına karşı aktif ya da pasif bir şekilde direnç gösterdiği’, seans içerisinde ‘bir çeşit güç mücadelesinin yaşandığı’ dikkat çekmiştir. Benzer bir durum mevcut çalışmada da görülmüştür. PYB-Son seanslarında daha çok Yüzleşme sınıfına giren kırılmaların dikkat çektiği daha önce belirtilmişti. Söz konusu kırılma türlerinden bazıları şöyledir: ‘Terapi İlerleyişi Hakkında Yakınmalar’, ‘Terapist Hakkında Yakınmalar’, ‘Hastanın Kendisini Terapist Karşı Savunması’, ‘Terapisti Kontrol Etmeye ve Ona Baskı Uygulamaya Yönelik Doğrudan Davranışlar’. PYB-Son seanslarının PYB-1 seanslarından ayrıştığı noktanın Piper ve arkadaşlarının (1999) çalışmasıyla uyumlu olduğu dikkat çekmektedir.

Bu farklılıklara ek olarak, PYB-Son seansların içeriklerinde bir miktar sığılaşma olduğu da dikkat çekmiştir, yani ilgili seans gruplarının analizi sırasında kullanılan kodların sayısında bir azalma olduğu görülmüştür. Söz konusu bu sayısal değerlerin, özellikle kırılma seansları ile bir farklılık yaratması nedeniyle bu bulgu daha sonra ilgili bölümde ele alınacaktır.

2.3.4. Kırılma Seansları ve PYB Öncesi Seansların Karşılaştırılması

Kırılma seansları ile PYB öncesi seansları karşılaştırmak amacıyla Seans İçeriği, Kırılma Türleri ve Terapist Davranışları ana temalarından yola çıkarak iki farklı analiz yaklaşımı benimsenmiştir. İlk olarak, söz konusu ana temalara bağlı tema ve kodların

ilgili seanslarda ne miktarda görüldüğüne ilişkin karşılaştırmalar yapılmıştır. Daha sonra da tema ve kodların birbirleriyle olan etkileşimlerinin ilgili seans grupları açısından karşılaştırması yapılmıştır. Bu sayede hem herhangi bir kodun hangi seans grubunda ne oranda görüldüğü tespit edilebilmiş hem de söz konusu kodun ilgili seans grubun hangi bağlamlarda ortaya çıktığına dair bilgi edinilebilmiştir. Bu noktadan itibaren de her iki yaklaşımla elde edilen bilgiler bir arada tartışılmaya başlanacaktır.

2.3.5. Kodlama Sıklıklarının Seans Grupları Açısından Değerlendirilmesi

Kırılma seansları ve PYB öncesi seansların analiz edilmesi sırasında yapılan kodlamalar göstermiştir ki PYB öncesi seansların analizi sırasında, kırılma seanslarına göre, daha az kod kullanılmıştır. Yani, Kırılma seanslarının içeriği PYB öncesi seanslara göre daha fazladır. Söz konusu fark özellikle Seans İçeriği ana teması söz konusu olduğunda daha da belirginleşmektedir (bknz. Şekil 9).

Terapötik ittifakta kırılmalara ilişkin de benzer bir örüntünün sergilendiği Şekil 11’de görülebilmektedir. Her iki ana temanın PYB öncesi seanslarda daha az görülmesi Piper ve arkadaşlarının (1999) çalışmasının bulgularıyla örtüşmektedir. Söz konusu çalışmada, PYB yaşanan süreçlerin, PYB öncesi seanslarının, tedavileri planlı bir şekilde sonlandırılan hastaların denk seanslarına göre ‘daha az iş ve daha az keşif’ ile karakterize olduğu belirtilmektedir.

Terapötik ittifakta kırılma kodlarının seans grupları içerisindeki bu örüntüsü Safran ve arkadaşlarının (2002) tarama çalışmasında belirtilen bazı örüntülerle benzerlik göstermektedir. Örneğin, Yüzleşme şeklindeki kırılmaların Kırılma Seans grubunda daha fazla, Geri Çekilme şeklindeki kırılmaların ise, genel olarak, PYB öncesi seanslarda daha fazla olması, hastaların terapi süreci ya da terapist hakkındaki olumsuz duygularını ifade etmekten kaçındığına (Hill, Thompson, Cogar ve Denman, 1993; Regan ve Hill, 1992; Rennie, 1994) ve bunun sonucunda da PYB olabileceğine (Hill, Nutt-Williams, Heaton, Thompson ve Rhodes, 1996; Rhodes, Hill, Thompson ve Elliott, 1994) ilişkin araştırma bulgularıyla uyusmaktadır. Ancak bu çalışmada Yüzleşme ve Geri Çekilme şeklindeki kırılmaların PYB-1 ve PYB-Son seans grupları arasında da farklılaştığı görülmektedir. Hastalar, PYB-1 seanslarında, PYB-Son

seanslarına göre, duygularını doğrudan ifade etmekten daha fazla kaçınmışlar ancak terapiyi bırakmadan önceki son seanslarında ise bu durum tersine dönmüş ve daha yüzleştirici bir tarz benimsemişlerdir. Bu bulgu ise Piper ve arkadaşlarının (1999) araştırmasının yukarıda özetlenen bulgularıyla örtüşmektedir.

Şekil 13'te de terapist davranışlarının seans grupları açısından nasıl bir değişim sergilediği gösterilmiştir. Seans İçeriği ve Kırılma ana temalarından farklı olarak Olumsuz Terapist Davranışları temasının PYB-Son'da PYB-1'e göre bir miktar daha fazla olduğu dikkat çekmektedir. Bu bulgu ilk bakışta Piper ve arkadaşlarının çalışmasının bulgularından olan "daha az iş ve daha az keşif" ile örtüşmüyor gibi görünse de ilgili çalışmada terapistlerin teknik uygulama konusundaki ısrarcı davranışları gibi (aktarımı yorumu yapmak konusunda ısrarcı olmak gibi) olumsuz terapist davranışları da dikkat çekmektedir. Ek olarak, olumsuz terapist davranışlarından sayılabilecek katılık (Ackerman ve Hilsenroth, 2001), hastaların durumuna ilişkin varsayımlarda bulunma (Lambert ve Shimokawa, 2011), yüzleştirici tarz (Miller, Wilbourne ve Hettema, 2003) ve eleştirel, suçlayıcı (Binder ve Strupp, 1997; Lambert ve Barley, 2002) olmak gibi davranışların terapilerde işe yaramadığı da belirtilmiştir. PYB-Son seansta bu tip davranışların daha fazla olması yukarıda ifade edilen çalışmalarla uyumlu bir bulgudur.

2.3.6. Öne Çıkan Benzerlik ve Farklılıklar

Her iki seans grubu, Seans İçeriği teması açısından karşılaştırılmış ve bu karşılaştırmaya ilişkin bir özet, Tablo 7'de sunulmuştur. Buna göre her iki seans grubunda da hastanın mevcut şikâyetlerine ilişkin konular yani Sorun Alanları teması (Eksen I ile ilişkili Sorunlar ve Stres Verici Diğer Durumlar ile İlişkisel/Kişilerarası Sorunlar), orta-yoğun derecede ve benzer bir miktarda gündeme gelmiştir. Ancak bu alt temaların terapötik ittifakta kırılma anlarıyla etkileşimine baktığımızda söz konusu temaların Kırılma seanslarında, kırılma anlarıyla daha fazla etkileşime girdiği dikkat çekmiştir. Bu durum, Kırılma Seansları olarak seçilen terapi seanslarının seçim sürecinin TİÖ gibi nesnel bir araca ve daha önceden kırılmaları tespit etmekte başarılı olduğu gösterilmiş bir yöntemle (Stiles ve ark., 2004; Strauss ve ark., 2006) dayanarak belirlenmiş olması, buna karşın, PYB öncesi seansların alan yazında bahsedildiği şekliyle tipik birer 'kırılma seansı'

olarak ele alınmasından kaynaklanmış bir fark sonucunda ortaya çıkmış olabilir. Ek olarak, söz konusu sorunları konuşmak hastaların kaçınma tepkisi göstermesine neden olmuş olabilir. Hastalar sorunlarını konuşmaktan, sorunlarının ayrıntılarına girmekten hatta bu konuyu konuşmak istememelerini ifade etmekten kaçınmış olabilirler. Bu kaçınma davranışı bazı aşırı durumlarda PYB'ye neden olmuş da olabilir. Wilson ve Sperlinger'in (2004) PYB ile ilişkili olarak yaptığı niteliksel bir araştırmada, hastalar, terapinin acı verici duyguları arttırdığını bildirmişlerdir. Bazı psikolojik sorunların seans içi görünümünde bu tip durumların yaşanabildiği bilinmektedir. Örneğin, Obsesif Kompulsif Bozukluk vakalarının yaklaşık olarak %25'inin yaşanan belirtilerle yüzleşmelerini gerektiren tedavileri reddettikleri (Franklin ve Foa, 2002) ve bunu tedavinin zorluğu ve yoğunluğu nedeniyle yaptıkları (Maltby ve Tolin, 2003) bildirilmiştir; ya da Huppert ve Baker-Morissette'nin (2003) TSSB hastalarıyla olan klinik deneyimlerinden yola çıkarak belirttikleri gibi bazı durumlarda hastalar aşırı korkuları ve kaçınmak istedikleri durumlardan ötürü terapi görevlerini yerine getirememektedir. Benzer durumlar belli bazı kişilik örüntüleri sergileyen hastalar için de geçerli olabilir. Çalışmada yer alan hastalara tanısıl bir ölçüm aracı uygulanmamış ve buna ilişkin bir değerlendirme yapılmamış olduğundan bu bulgunun neden kaynaklandığına ilişkin ayrıntılı bir yorum yapmak mümkün görünmemektedir. Söz konusu kaçınma davranışlarının seans grupları arasında farklılık göstermesi ise hastaların tedavi motivasyonları ve tedaviye hazırlılıklarıyla ilgili bir farklılaşmadan da kaynaklı olabilir (Prochaska ve ark., 2001; Prochaska ve ark., 1992). Hastalarının hangi değişim basamağında olduğunun PYB ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmaların varlığı (Norcross, Krebs ve Prochaska, 2011) da bu ihtimalin göz önünde bulundurulması gereken önemli bir etken olabileceğini doğrular nitelikte bir bilgidir.

Seans içeriği temasıyla ilgili olarak dikkat çeken bir diğer bulgu da 'Bilişsel Teknikler', 'Görevler Hakkındaki Duygular ve Düşünceler', 'Ödevler', 'Farmakoterapi', 'Formülasyon' gibi, tedavinin (psikoterapi ve sorunla ilişkili farmakoterapi) görece daha teknik kısmıyla yani 'görevler' ile ilişkili konuşmaların her iki seans grubunda da orta-yoğun düzeyde yer almasıdır. 'Seansın Yapısına İlişkin Süreçler' teması da her iki seans grubunda yoğun olarak görülen bir seans içeriğidir ve söz konusu temanın her iki seans grubunda da pek çok kırılma temasıyla etkileşim içerisinde olduğu görülmektedir. Bu tema da terapötik ittifakın görev ve amaç bileşenlerine dair önemli öğeler

içermektedir. Elde edilen bulgu, her iki seans grubunda da görülen kırılma türleri ve bu kırılmaların görülme sıklıkları incelediğinde şaşırtıcı olmamaktadır. Sıklıkla, görev ve amaç ile ilişkili konularda yaşanabilen kırılmalar (‘Terapi İlerleyişi Hakkında Yakınmalar’, ‘Hastanın, Terapistin Formülasyonunu İşbirliğinden Uzak Bir Şekilde Reddetmesi’, ‘Terapisti Kontrol Etmeye veya Ona Baskı Uygulamaya Yönelik Doğrudan Çaba’ gibi) ilgili seansların içeriğiyle örtüşmektedir. Seans içeriğinin yoğunluğundaki genel benzeşme, analiz edilen seansların süreç içerisindeki konumlarından kaynaklanıyor olabilir. Ancak analizlere dâhil ettiğimiz seansların süreç içerisindeki konumları homojen olmadığından bu konuda daha kesin bir yargıya varmak mümkün olmamıştır.

Seans içeriği ve terapötik ittifakta kırılma etkileşimi durumu, ‘Terapi Etkinlikleri Hakkında Yakınmalar’ şeklinde ortaya çıkan kırılmaların seans içerikleriyle etkileşmesi söz konusu olduğunda farklılaşmaktadır. İlgili kırılma, PYB Öncesi seanslarda içerikle fazla etkileşime girmemiştir. Bunun birkaç nedeni olabilir: Bu nedenlerin ilki, daha önce de belirtildiği gibi PYB öncesi seansların içerik açısından genel olarak daha sığ olması ve bu sığ olma durumuna ilişkin daha önce tartışılan gerekçeler olabilir. Bir diğer neden ise seans içi etkileşimleri kullanırken belirlenen “iki birimlik yakınlık” ölçütünün, ilgili etkileşimleri yeterince kapsayamamış olmasıyla ilişkili olabilir. Etkileşimler açısından benzer bir durum ‘Terapisti Kontrol Etmeye ve Ona Baskı Uygulamaya Yönelik Davranış’ ve ‘Kendini Eleştirme ve/veya Umutsuzluk’ olarak adlandırılan kırılma türleri için de geçerlidir. Bahsi geçen kırılma türlerinin, kırılma seanslarındaki görev bileşenleriyle etkileşimi dikkat çekerken aynı durum PYB öncesi seanslarda gözlemlenmemiştir.

Her iki seans grubunun seanslardaki terapist davranışlarına ilişkin karşılaştırması Tablo 9’da sunulmuştur. Bu tema açısından her iki seans grubu arasında en fazla dikkat çeken fark ise olumlu terapist davranışlarının yoğun olarak kırılma seanslarında görülmesine karşılık PYB öncesi seanslarda bu türden davranışlara neredeyse hiç rastlanmamış olmasıdır. Etkili tedavi için öne çıkan terapist davranışlarını inceleyen bir çalışma, ‘etkili terapistlerin’, ‘etkisiz terapistlere’ göre, sıcaklık, onaylama gibi olumlu davranışları daha fazla; suçlayıcı, küçümseyici olmak gibi olumsuz davranışları daha az gösterdiğini ortaya koymuştur (Najavits ve Strupp, 1994).

Çalışmada ortaya çıkan genel örüntüyü aklımızda tutarak dikkat çeken bazı olumsuz terapist davranışlarının PYB öncesi seanslar açısından önemini tartışmak mümkündür. İçerikteki genel azalmaya rağmen ‘Terapistin Doğal Olmayan Davranışları ve Tutumları’ ve ‘Hastaya İlişkin Bilginin Hatırlanamaması’ temalarının PYB öncesi seanslarda daha fazla görüldüğü dikkat çekmiştir. Ek olarak, ‘Konular Arasında Yapay Geçiş’ temasının her iki seans grubunda da orta yoğunlukta görüldüğü saptanmıştır. Söz konusu temalar PYB’nin ortaya çıkışını hazırlayan terapist davranışlarından olabilir. Ackerman ve Hilsenroth (2003) yaptıkları tarama çalışmasında terapistlerin esnek, dürüst, güvenilir, saygılı, sıcak, kendinden emin, ilgili ve açık olmalarının ittifaka olumlu anlamda katkı yaptığını belirtmiştir. Hill ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında da görüldüğü gibi, terapi içerisinde, hastaların yaşadığı tüm öfke içerikli olaylar, terapistlerin bir hareketi ya da hareketsizliği sonucunda ortaya çıkmaktadır. Kırılma seanslarında terapötik ittifakta azalmaya hatta kırılmaya neden olabilecek terapist davranışları olsa da bunu telafi edebilecek bazı terapistlere ait bazı kişisel özelliklerinin öne çıkmış olması muhtemeldir. Bu çalışmada ‘Olumlu Terapist Davranışları’ teması altında değerlendirilen bu davranışların hastaların terapide kalmasına katkı sağlamış olması mümkündür. Terapist davranışları açısından, hem kırılma seansları ve PYB öncesi seanslar arasındaki hem de PYB-1 ve PYB-Son seansları arasındaki farklar bu savı destekler nitelikte bilgiler sunmaktadır.

Olumsuz terapist davranışları açısından her iki seans grubunda küçük bazı farklılıklar dikkat çekse de söz konusu olumsuz davranışların her iki seans grubunda da görüldüğü, ancak daha önce de ifade edildiği gibi genel yoğunluk açısından kırılma seanslarının öne çıktığı dikkat çekmektedir. PYB öncesi seanslarda hem seans içeriği, hem hastanın davranışları hem de terapistin davranışlarında genel bir azalma söz konusudur. Benzer bir azalma ilgili temaların birbirleriyle etkileşimi söz konusu olduğunda da ortaya çıkmaktadır. Horvath ve arkadaşlarının (2011), ittifakla ilişkili araştırmaları değerlendirdikleri çalışmada, hastaların olumsuz davranışlarına karşı, terapistlerin savunucu bir tutum sergilememelerinin ittifakın korunması açısından önemli olduğu ifade edilmiştir. Söz konusu çalışmada ayrıca, terapistlerin, hastaların bu tip davranışlarını içselleştirmesi ya da bu davranışlara karşı tepkisiz kalmalarının da ittifak açısından zararlı olabileceği vurgulanmıştır. Bu çalışmada da, PYB öncesinde hem terapistlerin hem de hastaların çalışma tempolarını düşürdükleri; seans içerisinde daha

az iş ve daha az keşif olduğu (Piper ve ark., 1999), terapistlerin terapiyi, yerine getirmeleri gereken görevler bütünü olarak ele alabildikleri ve terapi ilişkisinden çok tekniğe odaklandıkları (Castonguay ve ark., 1996) dikkat çekmektedir.

Kırılma seansları ile PYB öncesi seansların niteliksel olarak karşılaştırıldığı Çalışma I'nin bazı sınırlılıkları da bulunmaktadır. Bu sınırlılıklardan biri, çalışmada iki farklı terapi yaklaşımı olan ŞT ve BDT'nin bir arada değerlendirilmiş olmasıdır. Bu bağlamda, terapötik ittifak kavramı tüm terapiler için var olan, ortak etkenlerden biri olarak değerlendirilse ve bu başka bir araştırmanın sorusu olsa da bu iki terapi türünün, değerlendirmesi yapılan değişkenler açısından nasıl farklılaştığı ya da ne yönlerden benzeştiğinin değerlendirilmesi ile dikkate alınması gereken başka önemli bilgiler de ortaya konabilirdi. Farklı terapi yaklaşımlarının kullanımıyla ilişkili olan bir başka kısıtlılık ise, söz konusu terapi süreçlerinin yönergelere 'uygunluğunun' denetlenmemiş olmasıdır. Yönergeye uygunluk ve terapötik ittifak arasındaki ters orantılı ilişkiye rağmen ileride yapılacak çalışmaların bu noktayı da dikkate alması önemlidir.

Bu çalışmanın bir diğer kısıtlılığı da terapist örnekleminin deneyim ve eğitim düzeyi açısından homojen olmamasıdır. Deneyimin terapötik ittifakla ilişkisine dair çeşitli farklı fikirler olsa da homojen bir terapist grubu elde edilen verilerin değerlendirmesini kolaylaştırabilirdi. Hastaların tanılarına ilişkin bir değerlendirme ve gruplama yapılmaması da bu çalışmanın kısıtlılıklarından biridir. Farklı tanı gruplarına dâhil olan hastaların ittifak, ittifakta kırılma ve PYB oranları açısından farklılaşması mümkündür. İleride yapılacak çalışmalarda bu durumun gözetilmesi yarar sağlayacaktır.

Elde edilen bulguları değerlendirirken dikkat edilmesi gereken bir diğer nokta da kırılma seanslarının alındığı süreçlerin, son ölçümlerine dair bilginin olmamasıdır. Söz konusu süreçlerin 'iyi sonuç', 'kötü sonuç' ya da anlamlı değişim olmayan süreç gruplarından hangilerine dâhil olduğuna dair bir değerlendirme bulunmamaktadır. İleride yapılacak çalışmaların bu noktayı da gözetmesi faydalı olacaktır.

Nitel araştırma yöntemlerinin doğasından kaynaklanan bir diğer kısıtlılık da çalışma sonunda üzerinde fikir yürütülmesi ve anlam bütünlüğü oluşturulması gereken pek çok bulgunun elde edilmesidir. Nitel araştırma yöntemlerinin sağladığı zengin içerik, elde edilen içeriğin yorumlanmasını ve dolayısıyla net bir sonuca varılmasını

güçleştirmektedir. Bulgular bölümünde de görüldüğü gibi temalar, alt temalar ve kodlar arasında dikkat çeken onlarca ilişki ortaya çıkmıştır. Bu sorunu aşmak için iki farklı yol izlenmiştir: a) İçerik açısından öne çıkan temaların seans içi etkileşimi de göz önüne alınarak bir anlamda elde edilen bulguların güvenilirliği arttırılmaya çalışılmış ve tartışma yapılırken bu noktalara özellikle odaklanılmıştır. b) Bulgular tartışılırken alan yazındaki bilgi birikiminden faydalanılıp, alan yazındaki bilgi birikimiyle değerlendirilmesi mümkün olan temalara ayrıca odaklanılmıştır.

BÖLÜM 3

ÇALIŞMA II: PYB'Yİ ÖNGÖRME VE ÖNLEMeye YÖNELİK 'GÖZLEMCİ FORMU' OLUŞTURMA

Araştırmanın soruları gereği bu çalışmayı iki ekseninde incelemenin ve yazmanın gerekliliği daha önce ayrıntılı bir şekilde açıklanmıştı. Bu açıklamalar doğrultusunda, çalışmanın bu bölümünde, PYB'yi öngörme ve önlemeye yönelik 'gözlemci formu' oluşturulması çabasını içeren Çalışma II'nin yöntemi açıklanacak, bulguları sunulacak ve bunlarla ilişkili tartışma yapılacaktır.

Çalışmanın bu aşaması da HÜPAL'de yürütülmüştür. HÜPAL bünyesinde yürütülen çalışmalar ve toplanan araştırma verileri için daha önceden alınmış bir Etik Kurul izni mevcut olsa da bu tez çalışması kapsamında Hacettepe Üniversitesi Etik Kurul'una yeniden başvurulmuş ve gerekli izinler yenilenmiştir. HÜPAL verileri 2005-2014 yılları arasında çeşitli psikoterapi yaklaşımları kullanılarak yürütülen psikoterapi süreçlerinden oluşmaktadır. Hasta ve terapistlerden alınan onam formlarının ardından, yürütülen bütün süreçlere ait görsel kayıtlar alınmakta ve bu kayıtların deşifreleri yapılmaktadır. Çalışmalar amacıyla kullanılan seans ve süreçlerin hangi yaklaşımda olduğu ilgili bölümlerde açıklanacaktır.

3.1. YÖNTEM

Bu çalışmanın amacı PYB olabilecek terapi süreçlerini, süreçlerin başında tespit edebilmeye olanak sağlamak için bir gözlemci formu oluşturmak ve bu forma ilişkin öncül analizleri yapabilmektir. Bu amaca uygun olarak ilk çalışmadan elde edilen sonuçlar ve alan yazın bilgileri ışığında nitel ve nicel araştırma yöntemlerinin bir arada kullanılması hedeflenmiştir. Oluşturulan formun sınanabilmesi amacıyla PYB ile sonuçlanan süreçlerin 3. seansları ile tamamlanan süreçlerin 3. seanslarının gözlemciler aracılığıyla değerlendirilmesi yapılmıştır.

3.1.1. Ölçüm Araçları ve Yönergeler

3.1.1.1. Gözlemci Bilgi Formu

HÜPAL bünyesinde gözlemci olarak terapi seansı ya da herhangi bir başka protokolü değerlendiren gözlemciler hakkında bazı demografik bilgiler almak üzere HÜPAL araştırmacıları tarafından hazırlanan formdur. İlgili formun bir örneği Ek 9’da sunulmuştur.

3.1.1.2. Onam Formu (Gözlemci)

HÜPAL bünyesinde gözlemci olarak görev yapan uzmanlar araştırma sürecinin başında puanladıkları formların araştırma amacıyla kullanılmasına onayladıklarına dair onam formu imzalamaktadırlar. İlgili onam formu Ek 10’da sunulmuştur.

3.1.1.3. Terapötik İttifak Ölçeği-Hasta Formu (TİÖ-H)

Bir örneği Ek 7’de bulunan ölçeğe ilişkin açıklamalar Çalışma I’nin Yöntem bölümünde yer almaktadır.

3.1.1.4. Terapötik İttifak Ölçeği-Terapist Formu (TİÖ-T)

Horvath ve Greenberg (1989) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Soygüt ve Işıklı (2008) tarafından yapılmıştır. 36 maddelik ölçeğin hasta formunun iç tutarlılık katsayısı .90’dır. Ölçek, Bordin’in (1979) kuramlarüstü terapötik ittifak kavramsallaştırmasına uygun olarak 12’şer maddeden oluşan üç alt faktöre ayrılmıştır: görev, amaç ve bağ. Ölçek bu alt ölçeklerden alınan toplam puanlar özelinde değerlendirilebileceği gibi tüm maddelerin göz önüne alınmasından oluşan genel puan üzerinden de değerlendirilebilmektedir. 7’li likert tipi bir ölçek olan TİÖ-T’den alınan puan arttıkça terapist tarafından algılanan terapötik ittifakın da arttığı belirtilmektedir. İlgili formun bir örneği Ek 11’de sunulmuştur.

3.1.1.5. Belirti Tarama Listesi (SCL-90)

Bir örneği Ek 8’de bulunan ölçeğe ilişkin açıklamalar Çalışma I’nin Yöntem bölümünde yer almaktadır.

3.1.1.6. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (YİYE-II)

Fraley, Waller ve Brennan (2000) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkiye’deki geçerlilik ve güvenirlik çalışması Selçuk, Günaydın, Sümer ve Uysal tarafından (2005) yapılmıştır. Ölçekte 18’i kaygı, 18’i kaçınma alt faktöründe olmak üzere yedili likert tipinde toplam 36 madde vardır. Kaçınma alt boyutunun Cronbach Alfa katsayısı .90 iken kaygı alt boyunun Cronbach Alfa katsayısı .86’dır. Ölçeğin kaçınma ve kaygı boyutlarına ilişkin test-tekrar test güvenirliği katsayıları ise sırasıyla .81 ve .82’dir. (Selçuk ve ark., 2005). İlgili ölçeğin bir örneği Ek 12’de sunulmuştur.

3.1.1.7. Hasta Terapist Etkileşimleri Değerlendirme Formu (HTED-F)

Çalışma kapsamında oluşturulan gözlemci formunun içerisinde yer alan maddeler, temelde, bu araştırmanın birinci aşamasında elde edilen bilgi birikiminden faydalanarak hazırlanmıştır. Gözlemci formunda yer alan maddeler ve bu maddelerin elde edildiği kaynaklar Tablo 12’de sunulmuştur. Çalışma I’de yapılan nitel veri analizi sırasında gözlemlenmeyen ancak alan yazında ele alınan bazı öğeler de forma eklenmiş ve bu sayede formun mümkün olduğunca kapsayıcı olması amaçlanmıştır.

Tablo 12 HTED-F Madde Kaynakları

	Kaynak	Madde
Hasta Davranışları	Mitchell ve arkadaşları, 2011	1. Hasta, terapist hakkında yakınmalarda bulunur.
		2. Hasta, terapistinin formülasyonunu ya da yorumunu işbirliğinden uzak bir şekilde reddeder.
		3. Hasta, terapi etkinlikleri hakkında yakınmalarda bulunur.
		4. Hasta, terapisinin değişkenleri hakkında yakınmalarda bulunur.
		5. Hasta, terapisinin ilerleyişi hakkında yakınmalarda bulunur.
		6. Hasta, kendisini terapistle karşı savunur.
		7. Hasta, terapistini kontrol etmeye ya da ona baskı uygulamaya yönelik doğrudan çaba sarf eder.
		8. Hasta, duygu, düşünce ya da davranışlarını inkar eder.
		9. Hasta, seans içerisindeki etkinliklere (uygulamalar, konuşmalar vs.) çok az tepki verir.
		10. Hasta, konuşmalarını soyut kavramlar üzerinden sürdürür.
		11. Hasta, üzerinde çalışılan konu hakkında konuşmaktansa ilişkili ya da çok az ilişkili başka konulardan/hikayelerden bahseder, konuyu değiştirir.
		12. Hasta, terapistin söylediklerine ve davranışlarına karşı aşırı bir şekilde uyumlu davranır ve/veya terapistini koşulsuzca onaylar
		13. Hastanın konuşmalarının içeriği ile duygu durumu uyuşmaz.
		14. Hasta kendini eleştirir ve/veya yaşadıkları konusunda umutsuzdur.
Olumlu Terapist Davranışları	Çalışma I	15. Hasta, terapi sürecinde yaşadığı olumlu olayların nedeni olarak başka kaynakları işaret eder.
		16. Hasta, terapide yaşadığı bazı sıkıntıları (örneğin, terapi süreci ya da terapist hakkında) dolaylı yollardan ifade eder.
		17. Hasta, terapide yaşadığı bazı sıkıntıları ifade etmek için işbirliğinden uzak, alaycı bir yol izler.
Olumlu Terapist Davranışları	Swift, Greenberg, Whiple ve Kominiak, 2012	18. Terapist, hastanın terapi süreci ve/veya geleceğe dair umudunu güçlendirmek üzere açıklamalarda bulunur.
		20. Terapist terapideki roller ve beklentiler hakkında hastaya bilgi verir.
		21. Terapist, hasta ile tedavinin gidişatını değerlendirir ve tartışır.
		22. Terapist terapideki süre ve değişim örüntüsü hakkında hastaya bilgi verir.

		23. Terapist, hastanın tercihlerini göz önünde bulundurur.*
	Çalışma I	19. Terapist ihtiyaç duyduğu bazı durumlarda teknik uygulamaları bırakıp hasta ile olan ilişkisine odaklanır.
	Mitchell ve arkadaşları, 2011	24. Terapist, hastanın savunmacı duruşuna hak verir.*
		25. Terapi sırasında yaşanan kırılma, terapist tarafından, hasta-terapist ilişkisi içerisindeki daha geniş bir örüntüyle bağlantılandırılır.*
		26. Kırılma, terapist tarafından diğer ilişki örüntüleriyle bağlantılandırılır.*
		27. Terapist, terapi sırasında ortaya çıkan sorunlar ile ilgili kendi payını kabul eder.*
		28. Terapist, terapi sırasında yaşanan sıkıntılarla ilgili olarak kendi içsel deneyimlerini paylaşır.
		29. Terapist, hastayı, terapide yaşanan sıkıntılarla ilgili olarak kendi düşünce ve hislerini tartışmaya teşvik eder.*
		30. Terapist, terapideki görevleri tanımlar/açıklar ya da bunların ardındaki rasyoneli sunar.*
		31. Terapist, terapideki görevleri, hedefleri (amaçları) değiştirir.
		32. Terapist, terapi süreciyle bağlantılı olarak ortaya çıkan yanlış anlaşılımları açıklığa kavuşturur.
Olumsuz Terapist Davranışları	Çalışma I	33. Terapist hastaya karşı yargılayıcı ifadeler kullanır.
		34. Terapist terapi süreciyle ilişkili ya da ilişkisiz konular hakkında hastanın sorumluluklarına vurgu yapar.
		35. Terapist hastaya karşı ısrarcı davranışlarda bulunur.
		36. Terapist hastanın tepkilerine karşı savunucu bir tavır sergiler.
		37. Terapist hastaya karşı otoriter ve/veya didaktik tavır takınır.
		38. Terapist hastanın sözlerini keser.
		39. Terapist olaylara ilişkin hastanın bakış açısını dikkate almaz/alamaz.
		40. Terapist doğal olmayan bir şekilde davranır.
		41. Terapist konuşulan konular arasında yapay geçişler yapar.
		42. Terapist, hastaya ait bilgileri hatırlamakta zorlanır ya da bu bilgileri yanlış hatırlar.

* Çalışma I sırasında analiz edilen seanslar içerisinde gözlemlenmeyen davranışlardır. İlgili maddelerin açıklama ve örnekleri alan yazında yer aldığı şekliyle, ilgili kaynaklara dayanarak hazırlanmıştır.

42 maddelik formun gözlemcilerle verilen son hali Ek 13'te yer almaktadır. Burada da görülebileceği gibi form üç temel parçaya ayrılmıştır: Hasta Davranışları (17 madde),

Olumsuz Terapist Davranışları (10 madde) ve Olumlu Terapist Davranışları (15 madde). Form, 0-1 şeklinde, ikili olarak puanlanır ve formdan alınabilecek toplam puan -15 ile +27 arasındadır. Formdan alınan puanın artmasının PYB ile ilişkili olabileceği öngörülmektedir. Formun değerlendirilmesi yapılırken Olumlu Terapist Davranışları tersine kodlanmıştır. Buna göre bir seansın HTED-F puanı hesaplanırken Hasta Davranışları ve Olumsuz Terapist Davranışları'ndan alınan puanların toplamından Olumlu Terapist Davranışları'ndan alınan puanlar çıkartılmalıdır. 0 puan bir davranışın o seansta hiçbir şekilde görülmediği anlamına gelirken 1 puan o davranışın gözlemlenebildiği anlamına gelmektedir.

3.1.1.8. Hasta Terapist Etkileşimleri Değerlendirme Yönergesi (HTED-Y)

HTED-F'de yer alan 42 maddeyi kapsayacak şekilde geliştirilen yönergede her bir maddeye ilişkin açıklamalar ve en az bir örnek yer almaktadır. HTED-Y'nin bir örneği Ek 14'te yer almaktadır. HTED-Y yönergesinin başında, gözlemcilerinin değerlendirmeler sırasında faydalanabileceği bazı bilgiler de eklenmiştir. Bu bilgiler ve maddelere ilişkin örnekler Çalışma I sırasında elde edilen bilgiler ışığında derlenmiştir. Çalışma I sırasında gözlemlenmeyen ancak alan yazında yer aldığı için HTED-F'ye eklenen maddelere ilişkin açıklamalar ve örnekler ise ilgili maddelerin alan yazında yer alan kaynaklarına dayanarak hazırlanmıştır.

3.1.2. Gözlemciler

HÜPAL araştırma grubunun birer üyesi olan 4 gözlemcinin tümü klinik psikoloji doktora öğrencisidir. HTED-F ve HTED-Y konusunda yapılan toplantının hemen başında Ek 10'da yer alan onam formu ve Ek 9'da yer alan Gözlemci Bilgi Formu, gönüllülük esası ile çalışmaya katılan gözlemciler tarafından doldurulmuştur.

Gözlemcilerin tamamı kadın olup yaş ortalamaları 25.5 ve yaşlarının standart sapmaları .58'tir. Gözlemcilerin lisans eğitimleri üzerine aldıkları klinik psikoloji eğitiminin toplam süresinin ortalaması 3.5 yıl olup bu sürenin standart sapması .58'tir. Gözlemcilerin tümü Bilişsel Davranışçı Terapi ve Şema Terapi yaklaşımlarında

kuramsal ve uygulamalı eğitimler almışlardır ve gözlemlerin yapıldığı dönemlerde ilgili yaklaşımlarla hasta takibi yapmaktaydılar.

Seansların değerlendirilmesine başlamadan önce bütün gözlemcilerin yer aldığı bir bilgilendirme toplantısı yapılmıştır. Bu toplantıda HTED-F ve HTED-Y gözlemcilere tanıtılmış, örnek bazı görüntüler izlenerek değerlendirme uygulaması yapılmıştır. Hemen ardından da HÜPAL veri havuzunda yer alan ve rastlantısal olarak seçilmiş bir seans izlenmiş ve gözlemcilerin birbirlerinden bağımsız olarak bu seansı puanlamaları istenmiştir. Yargıcılar arası güvenirlik ile ilgili hesaplamalar Bulgular bölümünde ayrıntılı olarak sunulmuştur.

3.1.3. Değerlendirilen Seanslar

Bu çalışmada da daha önce ayrıntılı olarak anlatılan HÜPAL veri havuzundan yararlanılmıştır. Hasta ve terapistlerden alınan onam ve demografik bilgi formlarına ilişkin bilgiler bu çalışma için de geçerlidir.

Veri havuzunda yer alan ve PYB ile sonuçlanan süreçler ile tamamlanan süreçlerin 3. seanslarının görüntü kayıtları²⁰ değerlendirilmek üzere gözlemcilere iletilmiştir. Değerlendirilen seansların yer aldığı süreçlere ilişkin bilgiler Tablo 13'te ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

²⁰ Değerlendirilmek üzere belirlenen süreçlerden birinin 3. görüşmesine ait görüntü kaydına ulaşılamamıştır. Bu görüşme ses kaydı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Tablo 13 HTED-F İle Değerlendirilen Süreçlere İlişkin Betimsel Veriler

	Terapistin Eğitimi	Terapi Yaklaşımı	Terapistin Cinsiyeti	Terapistin Yaşı	Hastanın Cinsiyeti	Hastanın Yaşı	SCL- 90 Ön Ölçüm
PYB (n=19)							Ranj =
	12 (%63.2) YL Öğrencisi	7 (%36.8) BDT	18 (%94.7) Kadın	Ranj = 23- 28 Ort. = 24.79 SS = 1.42	14 (%73.7) Kadın 5 (%26.3) Erkek	Ranj = 19 - 32 Ort.= 22.68 SS = 3.83	.47 - 3.34 Ort. = 1.77 SS = .76
	7 (%36.8) Doktora Öğrencisi	5 (26.3) ŞT 7 (%36.8) Psikodinamik	1 (%5.3) Erkek				
Tamamlanan (n=20)							Ranj =
	13 (%65) YL Öğrencisi	11 (%55) BDT	18 (%90) Kadın	Ranj = 23- 28 Ort. = 24.69 SS = 1.14	15 (%75) Kadın 5 Erkek (%25)	Ranj = 29 - 47 Ort. = 28.08 SS = 7.36	.60 - 3.16 Ort. = 1.57 SS = .78
	7 (%35) Doktora Öğrencisi	5 (25) ŞT 4 (%20) Psikodinamik	2 (%10) Erkek				

3.1.4. İşlem

HÜPAL veri havuzunda PYB olan süreçlerin görece az olması nedeniyle veri havuzunda bulunan ve 3. görüşmesine ilişkin kayıtlarda sorun olmayan tüm süreçler (n=19) değerlendirilmek üzere çalışmaya alınmıştır. Buna ek olarak, yine HÜPAL veri havuzunda bulunan tamamlanmış süreçlerden seçkisiz olarak seçilen süreçler de (n=20) değerlendirilecek görüşmeler arasına dâhil edilmiştir.

Öncelikle, gözlemcilerin eğitimi amacıyla HÜPAL veri havuzundan, Çalışma I'deki gözlemler sonucunda zengin veri sağlayabileceği düşünülen iki ayrı seans seçilmiştir. Bu seanslardan biri yönergenin tanıtılması sırasında, diğeri de yargıcılar arası güvenirlilik değerlendirilmesi amacıyla kullanılmıştır.

Görüşmeler, gözlemcilere PYB ve tamamlanmış süreç oranı gözetilerek, seçkisiz bir şekilde ve süreçlerin durumları belirtilmeden dağıtılmış ve gözlemcilerin belirlenen süre içerisinde tüm görüşmeleri izleyerek puanlaması istenmiştir. Gözlemcilerden gelen veriler elektronik ortama aktarılmış ve Bulgular bölümünde sonuçları verilmiş olan nicel veri analizleri yapılmıştır.

3.2.BULGULAR

3.2.1. Yargıcılar Arası Güvenirlik

Yargıcılar arası uzlaşım düzeyi, formun geneli için Sınıf-İçi Korelasyon Katsayısı (ICC) tekniği kullanılarak hesaplanmıştır. Güvenirlik katsayıları, tüm yargıcıların değerlendirdiği üç farklı seans için iki yönlü seçkisiz etki (two-way random effect) ICC mutlak uzlaşım yöntemi kullanılarak hesaplanmıştır. Analizler sonucunda elde edilen değerler Tablo 14’te gösterilmiştir.

Tablo 14 ICC Değerleri

Boyut	Cronbach Alfa	%95 Güven Aralığı	Sd ₁	Sd ₂	F	p
		ICC Ortalama				
Örnek 1	.71	.71 (.54 - .83)	41	123	3.47	.000
Örnek 2	.71	.71 (.53 - .83)	41	123	3.47	.000
Örnek 3	.50	.50 (.20 - .70)	41	123	2.02	.002

Analiz sonuçları her üç örnekte de yargıcılar arasındaki uyumun anlamlı olduğunu ($ICC = .50 - .71$, $F_{(41, 123)} = 2.02 - 3.47$, $p < .01$) göstermiştir. Bu uyum düzeylerinin ise orta ile güçlü bir uzlaşım düzeyi arasında olduğu söylenebilmektedir (Landis ve Koch, 1977). İlgili değerlendirmelere ilişkin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı değerleri de .50 ile .71 arasında değişmektedir.

3.2.2. PYB Olan ve Olmayan Süreçlerin Terapi Öncesi ve İncelenen Seanslarına İlişkin Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

PYB olan ve tamamlanan süreçlere ait terapi öncesi değişkenlerin ve üçüncü seans hasta ve terapist ittifakının farklılaşıp farklılaşmadığını görebilmek için bir dizi t-testi ve varyans analizi yapılmıştır.

Gruplardaki hasta ve terapistlerin yaşlarının farklılaşıp farklılaşmadığını görmek amacıyla iki ayrı bağımsız gruplar için t-test analizi yürütülmüştür. Analiz sonuçlarının özeti Tablo 15’te verilmiştir. Sonuçların anlamlılığı yürütülen t-test sayısı baz alınarak yapılan Bonferroni düzeltmesine göre değerlendirilmiştir (.05/4). Terapistlerin yaşları söz konusu olduğunda, Levene testi, gruplar arasındaki varyansların eşit olduğu sonucunu vermiştir. T-test sonucu da gruplar arasında fark olmadığını göstermiştir, $t(37) = -.24, p > .05$. Buna göre PYB olan gruptaki terapistlerin yaşı ($Ort. = 24.79, SS = 1.42$) ile PYB olmayan gruptaki terapistlerin yaşı arasında ($Ort. = 24.69, SS = 1.14$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Hastaların yaşları söz konusu olduğunda ise, Levene testi gruplar arasındaki varyansın eşit olmadığı sonucunu vermiştir. T-test sonucu ise gruplardaki hastaların yaşları arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermiştir, $t(28.89) = 2.89, p < .01$. Buna göre PYB olan gruptaki hastaların yaşı ($Ort. = 22.68, SS = 3.83$), PYB olmayan gruptaki hastaların yaşından ($Ort. = 28.08, SS = 7.36$) anlamlı olarak daha düşüktür.

Tablo 15 PYB Olan ve Olmayan Gruplardaki Terapist ve Hastaların Yaşlarının, SCL-90 ve HTED-F Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar İçin T-Test Sonuçları

	Gruplar						95% Güven Aralığı Ortalama Farkı	<i>t</i>	<i>Sd</i>	<i>p</i>
	Tamamlanan			PYB Olan						
	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>n</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>n</i>				
Terapistlerin Yaşı	24.69	1.14	20	24.79	1.42	19	-.93, .74	-.24	37	.81
Hastaların Yaşı	28.08	7.36	20	22.68	3.83	19	1.58, 9.21	2.89	28.89	.007
SCL-90	1.72	.76	20	1.60	.78	19	-.63, .38	-.50	37	.62
HTED-F	3.45	3.33	20	4.26	5.35	19	-2.06, 3.69	.57	37	.57

Grupların (tamamlanan ve PYB) ön ölçüm SCL-90 puanları açısından farklılaşıp farklılaşmadığına bakmak için bağımsız gruplar için t-test analizi yürütülmüştür. Analiz sonuçlarının özeti Tablo 15’te verilmiştir. Levene testi, gruplar arasındaki varyansların eşit olduğunu sonucunu vermiştir. T-test sonucu ise gruplar arasında fark olmadığını göstermiştir, $t(37) = -.503, p > .05$. Buna göre PYB olan grup ($Ort. = 1.60, SS = .78$) ile

PYB olmayan grup arasında ($Ort. = 1.72$, $SS = .76$) SCL-90 puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Grupların (tamamlanan ve PYB) ön ölçüm YİYE-II alt ölçek (kaygı ve kaçınma) puanları açısından farklılaşıp farklılaşmadığına bakmak için tek yönlü MANOVA analizi yürütülmüştür. Grupların ilgili değişkenlere ilişkin betimsel verilerinin özeti Tablo 16'da yer almaktadır. Analiz sonuçları incelenen değişkenler açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir, Wilks's $\Lambda = .96$, $F_{(2,36)} = .67$, $p > .05$. Buna göre PYB olan grup ($Ort. = 4.66 - 3.54$, $SS = 1.03 - .96$) ile PYB olmayan grup arasında ($Ort. = 4.33 - 3.76$, $SS = 1.06 - 1.17$) YİYE-II puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 16 YİYE-II Puanlarına İlişkin Betimsel Veriler

	Tamamlanan			PYB Olan		
	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>n</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>n</i>
YİYE-II Kaygı	4.33	1.06	20	4.66	1.03	19
YİYE-II Kaçınma	3.76	1.17	20	3.65	.96	19

Grupların (tamamlanan ve PYB) yargıcılar tarafından puanlanan seanslarına ilişkin terapötik ittifak ölçümlerinin (hasta ve terapist) farklılaşıp farklılaşmadığına bakmak için tek yönlü MANOVA analizi yürütülmüştür. Grupların ilgili değişkenlere ilişkin betimsel verilerinin özeti Tablo 17'de yer almaktadır. Analiz sonuçları incelenen değişkenler açısından gruplar arasında bir fark olmadığını göstermiştir, Wilks's $\Lambda = .97$, $F_{(2,36)} = .53$, $p > .05$. Buna göre PYB olan grup ($Ort. = 5.81 - 5.52$, $SS = .48 - .83$) ile PYB olmayan grup arasında ($Ort. = 5.66 - 5.56$, $SS = .61 - .64$) TİÖ-H ve TİÖ-T puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 17 Grupların 3. Görüşmedeki TİÖ-H ve TİÖ-T Puanlarına İlişkin Betimsel Veriler

	Tamamlanan			PYB Olan		
	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>n</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>n</i>
TİÖ-H (3. Görüşme)	5.66	.61	20	5.81	.48	19
TİÖ-T (3. Görüşme)	5.56	.64	20	5.52	.83	19

3.2.3. PYB Olan ve Olmayan Süreçlerin HTED-F Açısından Karşılaştırılması

HTED-F'nin PYB olan ve olmayan terapi süreçlerini ayırt edip edemeyeceğini görebilmek için bağımsız gruplar için t-test analizi yürütülmüştür. Analiz sonuçlarının özeti Tablo 15'te verilmiştir. Levene testi gruplar arasındaki varyansların denk olduğu sonucunu vermiştir. T-test sonucu ise gruplar arasında fark olmadığını göstermiştir, $t(37) = .57, p > .05$. Buna göre PYB olan grup ($Ort. = 4.26, SS = 5.35$) ile PYB olmayan grup arasında ($Ort. = 3.45, SS = 3.33$) HTED-F puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

3.3.TARTIŞMA

Daha önce de belirtildiği gibi bu araştırmanın iki ana eksenini bulunmaktadır. Önceki bölümde Çalışma I'e ilişkin bulgular sunulmuş ve tartışılmıştır. Çalışma II'yi ilk çalışmadan bağımsız ele almak uygun görünmemektedir. Çalışma II'de, ilk çalışmada yoğun bir şekilde kullanılan nitel veri analiz ve yorumlama yöntemlerine temellenerek yürütülen nicel bir araştırma yöntemi benimsenmiştir. Bu sayede bu çalışma içerisinde yer alan her bir ögenin nereden ve nasıl geldiğine dair geriye dönük bir takip yapmak mümkün olmuş ve okuyucu için derinlemesine bilgi sağlama hedefi gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. İki aşamalı bir yöntem benimsenmesinin bir diğer olumlu yönü de her iki araştırma yönteminin güçlü ve uygun özelliklerinin bir arada kullanılmasına imkân sağlanmış olmasıdır.

3.3.1. Çalışma II'nin Desenine İlişkin Tartışma

Çalışma II'nin amacı PYB olma riski taşıyan psikoterapi süreçlerinin, süreçlerin başında belirlenebilmesini olanaklı kılmak amacıyla bir gözlem formu oluşturmak ve bu gözlem formunun kullanımını sınamaktır. Bu amaca uygun olarak ilk çalışmada elde edilen bulgular ile alan yazında sıklıkla vurgu yapılan (a) terapötik ittifakta kırılmayı onarmak üzere önerilen davranışlar (Mitchell ve ark., 2011) ve (b) PYB'yi önleyebilmek üzere önerilen bazı davranışlar (Swift ve ark., 2012) da gözlem formuna eklenmiştir. Söz konusu davranışların büyük bir çoğunluğu Çalışma I'de de görülen temalarla uyumludur. Bunun yanında ilk çalışmadaki seansların hiçbirinde gözlemlenmediği halde “*Terapist, terapi seansı içerisinde ortaya çıkan sorunlar ile ilgili kendi payını kabul eder.*” ya da “*Terapist, hastanın savunmacı duruşuna hak verir.*” gibi önemli olduğu düşünülen bazı davranışlar alan yazında yer aldığı ve bu durum göz ardı edilmek istenmediğinden dolayı gözlemci formuna eklenmiştir.

Oluşturulan gözlemci formunun üç ana bileşeni olmuştur: Hasta davranışları (çoğunlukla terapötik ittifakta kırılmaları ifade eden davranışlardır), olumsuz terapist davranışları (terapötik ittifakta kırılmaya neden olabilecek davranışları içermektedir), olumlu terapist davranışları (terapötik ittifakta kırılmayı onarmak amacıyla yapılabilecek davranışlar ile PYB'yi önlemek üzere önerilen davranışları içermektedir).

Gözlemcilerden, inceledikleri seanslarda bu davranışları görüp görmediklerini değerlendirmeleri istenmiştir. Amaç seans içerisindeki hasta-terapist etkileşimlerini değerlendirmek olmuştur.

Alan yazında yer alan bilgiler incelendiğinde PYB'yi öngörmek üzere çeşitli değişkenlerin ele alındığı ancak buna dair bulgular arasında bir tutarlılık olmadığı dikkat çekmektedir. Yapılan çok sayıda çalışmada elde edilen en tutarlı bulgunun sadece hastanın SED'inin PYB'yi öngörmek konusunda etkili bir değişken olduğu görülmüştür (Baekeland ve Lundwall, 1975; Barrett ve ark., 2008; Reis ve Brown, 1999; Swift ve Greenberg, 2012; Wierzbicki ve Pekarik, 1993). PYB ile terapist değişkenleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda en çok tartışılan değişkenlerin terapistin deneyimi ya da uzmanlığı olduğu fakat bu konuda çelişkili bulgular olduğu da gözlemlenmektedir (Baekeland ve Lundwall, 1975; Betz ve Shullman, 1979; Garfield, 1994; Krauskopf ve ark., 1981). Bu bilgiler ışığında alan yazında PYB'yi öngörmeye yönelik olarak en fazla çalışılan değişkenlerin “seans içi” değil “seans dışı” değişkenler olduğu söylenebilir. Yukarıda da ifade edildiği gibi bu çalışmada da hasta terapist etkileşimleri, “seans içi” düzeyde incelenmiş ve konuya farklı bir bakış açısıyla yaklaşmak hedeflenmiştir. Bu şekilde bir yaklaşımın izlenmiş olmasının çeşitli nedenleri vardır. Bu nedenler arasında (a) terapist ya da süpervizörlerin en kolay şekilde müdahale edebileceği alanın hastanın ya da terapistin terapiye getirdiği değişkenler değil terapi seansının kendisi olması, dolayısıyla bu alana yönelik müdahalelerin sonuçlarını daha kısa vadede görmenin olanaklı olması; (b) alan yazında yer alan terapötik ittifak ve PYB arasındaki ilişkiyi gösteren güçlü bulguların (Robbins ve ark., 2006; Roos ve Werbart, 2013; Samstag ve ark., 1998; Sharf ve ark., 2010) seans içi etkileşimin önemini öne çıkarması ve (c) Swift ve arkadaşlarının (2012) PYB'yi önlemek, PYB oranlarını azaltmak üzere yaptığı uygulama önerilerinin seans içi düzeyde olması yer almaktadır.

Hasta ve terapist etkileşimlerini değerlendirmek amacıyla oluşturulan formu (HTED-F) uygulamak üzere doktora eğitimine devam eden klinik psikolog adaylarına bir eğitim verilip kendilerine iletilen seansları puanlamaları istenmiştir. Eğitim sırasında bir, eğitim sonrasında kendi başlarına puanlamaları için iki olmak üzere toplamda üç seansa ilişkin yargıcılar arası güvenilirlik hesaplaması yapılmıştır. Sınıf içi korelasyon katsayısı

kullanılarak yapılan yargıcılar arası güvenilirlik hesaplamaları göstermiştir ki çalışmada yer alan yargıcıların tutarlılıkları, bir görüşme için orta düzeydeyken diğer iki görüşme için güçlü düzeydedir (Landis ve Koch, 1977).

Gözlemcilere iletilen görüşmeler için, Çalışma I'de de olduğu gibi HÜPAL veri havuzundan faydalanılmıştır. Veri havuzunda yer alan ve ulaşılabilir olan tüm PYB süreçleri analiz edilmek üzere seçilmiştir. Benzer şekilde tamamlanan süreçlerden de seçkisiz olarak bir set oluşturulmuş ve yine seçkisiz olarak gözlemcilere dağıtılmıştır. PYB olan süreçlerle karşılaştırmak üzere çalışmaya dahil ettiğimiz “tamamlanan” ya da “PYB olmayan” süreçler olarak adlandırılan süreçlerin terapi sonucuna dair bir bilgi bulunmamaktadır. Bu gruptaki bazı hastalara ait ölçümlerin eksik olması ve laboratuvar bünyesinde yürütülen çalışmaların çoğunlukla “süreç” araştırması şeklinde olmasından dolayı “sonuç” değişkenlere yönelik ayrıntılı bir veri tabanının olmaması bu kısıtlılığın nedenleri arasındadır. Samstag ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında bu şekilde bir ayrımın daha rafine bilgiler sağlayabileceği yönünde bulgular mevcut olsa da, bu gruptaki süreçlerin, terapi sonucu açısından, “iyi sonuç”, “kötü sonuç” ya da “değişim yok” olarak adlandırılması ve karşılaştırmanın bu şekilde yapılması mümkün olmamıştır.

HÜPAL veri tabanında yer alan psikoterapi süreçleri üç farklı yaklaşım kullanılarak yürütülmüştür (BDT, ŞT ve Psikodinamik Psikoterapi). İlk çalışmada analiz ettiğimiz tüm süreçler BDT ve ŞT hastalarına aitken bu çalışmada her üç yaklaşıma ait süreçler de analizlere katılmıştır. İlk anda, karşılaştırma yapmak açısından sadece ilk çalışmada kullanılan terapi yaklaşımlarının kullanılmasının daha uygun olacağı gibi bir izlenim oluşsa da araştırmanın genelinin bir “ortak etken” çalışması olarak ilerlemesi, ilgilenilen davranışların tüm terapi yaklaşımları için geçerli olabileceği fikri ve PYB oranlarının uygulanan terapi yaklaşımlarından etkilenmediğine dair çok yakın zamanlı bir çalışma (Swift ve Greenberg, 2014) bu şekilde bir değerlendirmenin de mümkün ve doğru olabileceğine işaret etmektedir.

Çalışmaya katmak üzere seçilen süreçlerin üçüncü seansları değerlendirilmiştir. Üçüncü seansların seçilmesinin nedeni olarak, terapötik ittifak araştırmalarının geleneksel yaklaşımından etkilenildiğini söylemek mümkündür. Pek çok ittifak araştırması, ittifak ve terapi sonucu arasındaki ilişkiyi analiz etmek üzere terapi süreçlerinin üçüncü

seansını seçmiştir (Stiles ve Goldsmith, 2010). Bunun pratik bazı gerekçeleri olmasının yanı sıra bu dönemde alınan ölçümlerle terapi sonucu arasında anlamlı bir ilişki olması da üçüncü seansların geleneksel olarak ilgi odağı olmasının nedenleri arasındadır.

3.3.2. Ön Analizlere İlişkin Tartışma

PYB olan ve olmayan grupların HTED-F açısından farklılaşıp farklılaşmadığını test etmeden önce bilinen diğer bazı değişkenler açısından karşılaştırma yapılmıştır. Bu amaca uygun olarak bir dizi t-test ve varyans analizi yürütülmüş ve gruplar arasında terapist yaşı, hasta yaşı, terapi öncesi belirti düzeyi (SCL-90) ve bağlanma (YİYE-II) açısından bir karşılaştırma yapılmıştır. Bu karşılaştırmanın temel hedeflerinden biri HTED-F açısından bir farklılık ortaya çıkması halinde bu farklılığın atfedilebileceği olası diğer değişkenleri mümkün olduğu kadarıyla eledebilmektir.

Yaş açısından yapılan karşılaştırma sonucuna göre gruplardaki terapistlerin yaş ortalamalarının anlamlı olarak farklılaşmadığı fakat gruplardaki hastaların yaşlarının ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu görülmüştür. Buna göre PYB olan gruptaki hastaların yaşları PYB olmayan gruptaki hastaların yaşlarına göre daha düşüktür. Her iki gruptaki hastaların cinsiyetlerine ilişkin frekanslar neredeyse aynı olmakla birlikte hastaların çoğunluğunun kadın olduğu da görülmektedir. Hastaların kadın ve daha genç olmasının PYB oranlarını arttırdığı yönündeki alan yazın bilgileri (Baekeland ve Lundwall, 1975; Barrett ve ark., 2008) ışığında bunun PYB olan ve olmayan süreçleri farklılaştırmış olabileceği bilgisi değerlendirmeye alınmalıdır. Ancak bu bilgiye de şüpheyile yaklaşmakta fayda vardır, çünkü yaşın ve cinsiyetin PYB oranlarına etki ettiğine dair çelişkili bulgular da mevcuttur (Swift ve ark., 2013).

Psikoterapi süreci öncesi belirti düzeyleri ve bağlanma örüntüleri açısından PYB olan ve olmayan gruplar arasında bir farklılık olup olmadığı da incelenmiş ancak her iki gruptaki hastaların süreç öncesi belirti düzeyleri ya da bağlanma örüntüleri arasında bir fark olmadığı görülmüştür. Tüm bu analizlerin sonuçları, grupların başlangıç aşamasında hastaların yaşı haricinde birbirlerine büyük oranda denk olduğunu göstermektedir.

3.3.3. 3. Seansların Terapötik İttifak Açısından Değerlendirilmesi

Terapötik ittifak ile ilişkili alan yazın bilgilerine paralel olarak HÜPAL bünyesinde yürütülen çalışmalarda, üçüncü seanstan itibaren, hasta ve terapistlerden terapötik ittifaka ilişkin ölçümler alınmaktadır. Gözlemcilerle iletilen seansların terapötik ittifak açısından farklılaşıp farklılaşmadığını değerlendirmek amacıyla hem hasta hem de terapistlerden alınan TİÖ ölçümleri PYB olan ve olmayan gruplar açısından karşılaştırılmıştır. Terapötik ittifak düzeyi ve PYB arasındaki ilişki (Roos ve Werbart, 2013) göz önüne alındığından söz konusu ittifak değişkeninin değerlendirilmesinin önemli olduğu, HTED-F'ye ilişkin sonuçları yorumlarken de bu bilgilerin göz önünde bulundurulmasının gerekli olduğu düşünülmüştür.

Terapötik ittifak değişkeninin gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığını görebilmek üzere yapılan varyans analizi sonucu göstermiştir ki terapötik ittifak düzeyleri hasta ya da terapistlerin değerlendirmesinden bağımsız olarak her iki grupta da farklılaşmamıştır. Yani, alan yazında yer alan bilgidен farklı olarak (Samstag ve ark., 1998), bu çalışmada erken dönem terapötik ittifak düzeyi ile PYB arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır. Gruplar arasında fark olmamasının nedenleri arasında, analiz sırasında ilişkili olabilecek diğer değişkenlerin göz önüne alınamaması, tek bir seansa ilişkin ölçüm alınması ve laboratuvarımızda takip edilen hastaların ilk defa bu görüşme sırasında TİÖ ile tanışması gibi etkenler yer almış olabilir.

İleride yapılacak çalışmalarda 1., 2. ve 3. seansların gözlemciler tarafından değerlendirilmesi ve hangi seansın, HTED-F kullanılarak, PYB olan ve olmayan grupları ayırt etmek açısından daha iyi sonuç vereceğinin analiz edilmesi yararlı olacaktır.

3.3.4. PYB Olan ve Olmayan Grupların HTED-F Açısından Değerlendirilmesi

Çalışma II'nin nihai amacı PYB olan ve olmayan grupları psikoterapi süreçlerinin başında belirleyebilmeye olanak sağlayan bir gözlemci formunun geliştirilmesiydi. Bu amaca uygun olarak Çalışma I'den elde edilen nitel veriler ve alan yazında yer alan bulgular bir araya getirilerek bir gözlemci formu oluşturulmuştur. Form ile ilgili eğitim

verilen gözlemciler kendilerine iletilen seansları izlemiş ve bu seansları HTED-F üzerinde yer alan maddelere uygun olarak değerlendirmiştir.

PYB olan ve olmayan gruplardaki süreçlerin HTED-F açısından farklılaşıp farklılaşmadığını görmek amacıyla bağımsız gruplar için t-test analizi yürütülmüştür. T-test analizinin sonucu anlamlı çıkmamıştır yani analiz sonuçları HTED-F'nin her iki grubu birbirinden ayırmak konusunda yetersiz kaldığını göstermiştir. Ancak her iki grubun HTED-F'den aldığı puanların ortalama değerleri göz önüne alındığında gelecekte yapılabilecek çalışmalarda HTED-F'nin geliştirilerek kullanılabilmesinin mümkün olduğu da düşünülmektedir.

Her iki grubun HTED-F puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmamasının çeşitli nedenleri olabilir. Bu nedenlerden ilki, gözlemcilere verilen eğitim ve daha sonra yapılan değerlendirme seansının yetersiz kalmış olmasıyla ilgili olabilir. Bu durum, gözlemcilere sunulan yönergedeki örneklerin de daha kapsamlı verilmesi gerektiğini düşündürmüştür.

Gözlemcilerle ilgili olabilecek bu kısıtlılıklara ek olarak, değerlendirilen süreçlerin terapötik ittifak açısından farklılaşmadığı da dikkate alınmalıdır. HTED-F'nin, genel olarak terapötik ittifaka benzer bir süreç olan hasta-terapist etkileşimine odaklanmış olması da PYB olan ve olmayan süreçler arasında farkın ortaya çıkmamasının olası nedenleri arasındadır. Gözlemcilerden gelen geri bildirimler arasında, üçüncü seansların daha çok “teknik” seanslar olduğu, bu seansların yaklaşım tanıtmaya ya da hikâye alma gibi görece ‘önceden belirlenmiş’ bir yapıda ilerleme gibi bir özelliği olduğu; bu nedenle de 3. seansların, HTED-F açısından değerlendirilmesinin zorlayıcı bir süreç olduğu bilgisi yer almaktadır. Bu geribildirim de gruplar arasında fark yaratabilecek davranışların bu seanslarda gözlemlenememiş olduğuna dair bilgi sağlamaktadır. Bu bilgi de HTED-F açısından gruplar arasında fark çıkmamasının nedenleri arasında değerlendirilebilir.

Daha önceki bazı çalışmaların, çeşitli şekillerde PYB'yi öngörmenin mümkün olup olmadığını sınıadığı bilinmektedir. Örneğin, Psikoterapi Beklenti Envanteri kullanılarak, süreçlerin başında PYB oranı tahmin edilmeye çalışılmış (Aubuchon-Endsley ve Callahan, 2009) ya da eldeki demografik bilgiler ışığında böyle bir saptama yapmanın

mümkün olup olmadığı sınıanmıştır (Beckham, 1992; Keijsers ve ark., 2001; Reis ve Brown, 1999; Swift ve ark., 2013; Swift ve ark., 2011b). Ancak seans içi hasta-terapist etkileşimi ile PYB'yi öngörmeye yönelik yalnızca bir çalışmanın varlığı bilinmemektedir. Bu konuya benzer olan ve bilinen iki çalışmadan biri PYB öncesi seansların nitel analizinin yapıldığı Piper ve arkadaşlarının (1999) çalışmasıdır ancak bu çalışmada da psikoterapi sürecinin başındaki hasta-terapist etkileşimleri kullanılmamıştır. Çok boyutlu aile terapisinin ilk iki seansının terapötik ittifak açısından, gözlemciler tarafından değerlendirildiği başka bir çalışma daha mevcut olsa da söz konusu değerlendirme sadece ittifak olgusuna odaklanmış ve ittifakta kırılma ya da diğer hasta-terapist etkileşimlerini değerlendirmeye katmamıştır (Robbins ve ark., 2006). Bu bilgiler ışığında, HTED-F benzeri bir aracın PYB'yi öngörebilmek amacıyla ilk defa kullanılmış olabileceği düşünülmektedir.

Her ne kadar olası yanlılıklar ya da kısıtlılıklar çeşitli yöntem ve istatistiksel tekniklerle giderilmeye çabalanmış olsa da çalışmanın belli bazı kısıtlılıkları da vardır. Yukarıda yeri geldikçe açıklanan bu durumları şu şekilde özetlemek mümkündür:

İncelenen psikoterapi süreçlerine ilişkin tutulan ve tutulmayan kayıtlar araştırma amacıyla sorulabilecek soruları ve sonrasında yapılabilecek analizleri kısıtlamaktadır. Ülkemizdeki çalışmaların büyük çoğunluğunda çok dikkate alınmasa ve bir “tabu” olarak değerlendirilse de hasta ve terapist arasındaki etnik eşleşmenin ya da etnik özelliklerin başlı başına PYB oranları açısından farklılaşmaya neden olabileceği (Baekeland ve Lundwall, 1975; Barrett ve ark., 2008; Maramba ve Nagayama Hall, 2002) ve bu konuda da çelişkili bulgular olduğu (Swift ve ark., 2013) bilinmekteyken bu çalışmada, bu şekilde bir karşılaştırma yapmayı olanaklı kılacak veri bulunmadığından söz konusu eşleşmenin ya da genel olarak etnik özelliklerin sonuçlarımıza etkisine dair bir analiz yürütülmesi mümkün olmamıştır. Tutulamayan kayıtların yaratabileceği bir diğer kısıtlılık da terapiye başvuru zamanı ve ilk terapi randevusu arasında geçen sürenin sonuçlara etkisinin gözlemlenememiş olmasıdır. Laboratuvarımızda bu şekilde bir kayıt tutulmamıştır ve tutulması da bazı yönetsel gerekçelerle mümkün görünmemektedir (hastaların yönlendirildiği kurumların farklılaşması, uygun bir sekreteryaya hizmeti için maddi olanakların olmaması gibi). Ancak alan yazında, ilk başvuru ile ilk terapi seansı arasında geçen süre ile yönetsel

bazı özelliklerin PYB oranlarında farklılaşma yarattığına dair bulgular da mevcuttur (Reitzel ve ark., 2006; Werbart ve ark., 2014). Bu nedenle ileride yapılacak araştırmalarda söz konusu değişkenlerin de değerlendirmeye katılabilmesi amacıyla gerekli düzenlemelerin yapılmasının elde edilecek bulguların daha geçerli olmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Psikoterapi araştırmalarının önemli sorunlarından biri olan örneklem darlığı bu araştırma için de bir sorun olmuş olabilir. HTED-F açısından grupların ortalama puanları arasında bir farkın olması ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmamasının nedenlerinden biri HTED-F'nin ayırt edici gücündeki olası zayıflığa ek olarak örneklemimizde yer alan süreçlerin sayısının kısıtlı olması olabilir.

Her ne kadar bunun PYB oranlarına etki etmediğine dair bulgular olsa da (Swift ve Greenberg, 2014), araştırmada yer alan gruplardaki terapi yaklaşımlarının dengelenmemiş olması ve her bir terapi yaklaşımına dair görece az sayıda süreç olması elde edilen sonuçların genellenebilirliğini azaltmış olabilir. Benzer bir durum hastaların yaşları arasındaki farklılaşma için de geçerlidir. Hastaların yaşlarının da kontrol edildiği bir araştırma ve istatistiksel analiz yöntemi benimsemek ileride yapılacak çalışmaların gücünü arttıracaktır.

Son olarak, PYB olmayan grubun, “iyi sonuç”, “kötü sonuç”, “değişim yok” gibi ayrıştırılmamış olması da araştırma sonunda HTED-F açısından gruplar arasında bir fark çıkmamasına neden olmuş olabilir. HTED-F açısından PYB olan gruplar ile tamamlanan ancak “kötü sonuç” ve “değişim yok” olarak gruplanan süreçler arasında bir fark olmaması ancak “iyi sonuç” olarak gruplanabilen süreçler açısından bu şekilde bir farklılığın ortaya çıkması olasıdır. İlerideki araştırmaların, özellikle bu konuyu göz önünde bulundurması yararlı olacaktır.

SONUÇ

Terapötik ittifak, ittifakta kırılma ve PYB değişkenleri çerçevesinde şekillenen bu çalışmada öncelikle terapötik ittifakta kırılma olan seansların içeriği ile PYB olan süreçlerin PYB öncesi seanslarının içerikleri nitel veri analizi yöntemleri kullanılarak incelenmiş ve bu süreçlerden elde edilen bilgiler birbirleriyle karşılaştırılmıştır. Daha sonraki aşamada ise terapötik ittifakın PYB konusunda kilit bir rolde olduğuna ilişkin önceki araştırmaların bulguları ve bu çalışmada elde ettiğimiz bulgular ışığında bir gözlemci formu oluşturularak, PYB'yi psikoterapi süreçlerinin başlangıç aşamasında belirlemenin mümkün olup olmadığı sorusu sınanmıştır.

Çalışmanın doğası gereği nitel araştırma yöntem ve veri analizi teknikleri baskın olmak üzere nitel ve nicel araştırma yöntem ve veri analizi teknikleri bir arada kullanılmıştır. Bu sayede ilgili araştırma yöntemlerinin güçlü yönlerinden faydalanma olanağı bulunmuş ve karışık desenli bir çalışmanın sağladığı esnek yaklaşımdan mümkün olduğunca yararlanılmaya çalışılmıştır. Psikoterapi araştırmaları alan yazınındaki güncel eğilim ve bu alanda çalışmalar yapan önemli araştırmacıların önerilerinin göz önüne alınması (Kazdin, 2008; Pachankis ve Goldfried, 2007; Safran ve Muran, 2006) nedeniyle böyle bir yöntem anlayışı benimsenmiştir.

Bu çalışma, hem bir psikoterapi çalışması olması bakımından hem de nitel ve nicel araştırma yöntemlerinin, bir arada ve etkin bir şekilde kullanılmaya çalışılmış olması bakımından ülkemizdeki ender klinik psikoloji çalışmalarından biri olarak değerlendirilebilir. Bu anlamda, çalışmanın, elde edilen bulgulardan ve yapılan çıkarımlardan bağımsız olarak, ileriki çalışmalarda yaklaşım değişimi ve kullanılan araştırma yöntemlerinde esneklik sağlanabilmesi için bir başlangıç noktası olması beklenmektedir.

Kullanılan yöntem ve veri analizi tekniklerinin, görece, yenilikçi bir yaklaşımla belirlenmiş olmasına ek olarak çalışmalardan elde edilen bulguların da ileriki bilimsel çalışmalar ve uygulama alanındaki psikoterapistler, psikoterapist adayları, süpervizörler ve dolayısıyla da hastalar için yararlı olabileceği düşünülmektedir. Örneğin Çalışma I'de elde edilen bulgulardan biri olan, PYB öncesi seansların içeriğindeki seyrekleşme; olumlu ya da olumsuz, terapist davranışlarındaki azalmanın uygulama alanına yönelik

pratik bir doğurgusu olabileceği söylenebilir: Kırılma seanslarında olumlu ya da olumsuz kabul edilebilecek terapist davranışlarının PYB öncesi seanslardan daha fazla olması ve kırılma seanslarından sonra hastaların terapiye devam ediyor olduğu bilgisi, ne olursa olsun seans içerisinde çalışmaktan vazgeçmemek gerektiğine dair bir ipucu sağlamaktadır. Üstelik bu bulgu sadece terapistlerin değil hastaların da PYB öncesinde “bir şeyler yapmaktan” vazgeçtiğini söylemektedir. Yani, bu konudaki sorumluluğun terapideki tüm roller için geçerli olduğu görülebilmektedir.

Çalışma I sırasında oluşturulan kodlar, temalar ve ana temaların sonraki çalışmalarda kullanılmak üzere bir yol gösterici olarak değerlendirilmesi de mümkündür. Bu çalışmada yer alan kodların bir kısmı alan yazındaki bilgilerden, bir kısmı ise elimizdeki veriye temellenerek oluşturulmuştur. Örneğin terapötik ittifakta kırılma alt türlerine yönelik analizler sonucunda alan yazında yer almayan bazı kırılma türlerinin tespit edilebilmiş olması sonraki çalışmalar için araştırmacıların yararlanabileceği bir bilgi olabilir. Benzer olarak kodlar arasındaki etkileşimlerin farklı çalışmalara ışık tutabileceği de düşünülmektedir.

Terapötik ittifakta kırılmaların değerlendirilmesine yönelik olarak önerilen “boyutsal yaklaşım” da bu çalışmanın temel hedeflerinden biri olmasa da kullanılan nitel araştırma yöntemlerinin bir getirisi olarak karşımıza çıkmış olan özgün bir sonuçtur. Söz konusu değerlendirme yöntemine ilişkin ileri çalışmalara ihtiyaç olmakla birlikte bu şekilde bir değerlendirmenin araştırma sonuçları açısından daha iyi sonuçlar verebileceği düşünülebilir.

Çalışma II sırasında oluşturulan ve yine bu kapsamda kullanılabilirliği sınanan HTED-F istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç vermemiş olsa da, bu araç, nitel ve nicel veri analizi yöntemlerinin bir arada kullanımının olumlu sonuçlarına bir örnek olarak gösterilebilir. Üzerinde daha fazla çalışarak, bu aracın geliştirilebileceğine dair bulguları da göz önüne aldığımızda, söz konusu aracın sadece PYB ile ilgili değil, hasta-terapist etkileşimini, “seans içi” düzeylerde çalışmayı gerekli kılan farklı araştırma soruları için de kullanılabileceği düşündürmektedir. Buradan hareketle araştırmanın başında sorulan “seans içi hasta-terapist etkileşimleri ile PYB’yi öngörebilmek mümkün mü?” sorusuna büyük oranda “evet” yanıtı verilebileceği sonucuna varmak mümkündür ancak bunun için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu da açıktır.

PYB'nin, hasta, terapist ve kurumsal kaynaklara yönelik olumsuz etkileri düşünüldüğünde, bu konudaki araştırmaların niceliğinin ve niteliğinin daha da artması gerektiği görülebilir. Bu araştırma, hasta ve terapistin birbirleriyle olan ilişkisinden bağımsız olarak düşünülmesi mümkün olmayan psikoterapideki, terapötik ittifak ve PYB ilişkisi üzerine kurulmuştur. Bu bağlamda elde edilen bulguların hem araştırma alanına hem de uygulama alanına bir katkı sağlaması umulmaktadır.

KAYNAKÇA

- Ackerman, S. J. ve Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy*, 38, 171-185.
- Ackerman, S. J. ve Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33. doi: 10.1016/s0272-7358(02)00146-0
- Alexander, F., French, T. M. ve ark. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. New York: Ronald Press.
- Ambert, A. M., Adler, P. A., Adler, P. ve Detzner, D. F. (1995). Understanding and evaluating qualitative research. *Journal of Marriage & Family*, 57(4), 879-908.
- Aspland, H., Llewelyn, S., Hardy, G. E., Barkham, M. ve Stiles, W. (2008). Alliance ruptures and rupture resolution in cognitive-behavior therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research*, 18(6), 699-710. doi: 10.1080/10503300802291463
- Aubuchon-Endsley, N. L. ve Callahan, J. L. (2009). The hour of departure: Predicting attrition in the training clinic from role expectancies. *Training and Education in Professional Psychology*, 3(2), 120-126. doi: 10.1037/a0014455
- Baekeland, F. ve Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82(5), 738-783. doi: 10.1037/h0077132
- Balint, M. (1950). Changing therapeutical aims and techniques in psycho-analysis. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 117-124.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York: General Learning Press.
- Barber, J. P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M. E., Weiss, R. D. ve ark. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and the alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the nida collaborative cocaine treatment study. *Psychotherapy Research* 16, 229-240.
- Barrett, M. S., Chua, W.-J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., Casiano, D. ve Thompson, D. (2008). *Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice*, 45(2), 247-267.

- Bastian, M., Heymann, S. ve Jacomy, M. (2009). *Gephi: An open source software for exploring and manipulating networks*. Paper presented at the International AAAI Conference on Weblogs and Social Media.
- Beck, A. T. ve Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. ve Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2 ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Beckham, E. E. (1992). Predicting patient dropout in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 29(2), 177-182. doi: 10.1037/0033-3204.29.2.177
- Bein, E., Anderson, T., Strupp, H. H., Henry, W., Schacht, T., Binder, J. ve ark. (2000). The effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapeutic outcome. *Psychotherapy Research*, 10(2), 119-132. doi: 10.1080/713663669
- Bennett-Levy, J. ve Thwaites, R. (2007). Self and self-reflection in the therapeutic relationship: A conceptual map and practical strategies for the training, supervision and self-supervision of interpersonal skills. In P. Gilbert ve R. L. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (s. 255-281). New York, NY: Routledge.
- Betz, N. E. ve Shullman, S. L. (1979). Factors related to client return rate following intake. *Journal of Counseling Psychology*, 26, 542-545.
- Beutler, L. E. (2002). The dodo bird is extinct. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 30-34. doi: 10.1093/clipsy.9.1.30
- Bickman, L., Andrade, A., Athay, M., Chen, J., Nadai, A., Jordan-Arthur, B. ve ark. (2012). The relationship between change in therapeutic alliance ratings and improvement in youth symptom severity: Whose ratings matter the most? *Administration & Policy in Mental Health & Mental Health Services Research*, 39(1/2), 78-89. doi: 10.1007/s10488-011-0398-0

- Binder, J. L. ve Strupp, H. H. (1997). Negative process: A recurrently discovered and underestimated facet of therapeutic process and outcome in the individual psychotherapy of adults. *Clinical Psychology Science and Practice*, 4, 121-139.
- Binder, P. E., Holgersen, H. ve Høstmark Nielsen, G. (2008). Re-establishing contact: A qualitative exploration of how therapists work with alliance ruptures in adolescent psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 8(4), 239-245. doi: 10.1080/14733140802363167
- Björk, T., Björck, C., Clinton, D., Sohlberg, S. ve Norring, C. (2009). What happened to the ones who dropped out? Outcome in eating disorder patients who complete or prematurely terminate treatment. *European Eating Disorders Review*, 17(2), 109-119. doi: 10.1002/erv.911
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. doi: 10.1037/h0085885
- 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* içinde (s. 13-37). New York: John Wiley & Sons.
- Braun, V. ve Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Butler, S. F. ve Strupp, H. H. (1986). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 23(1), 30-40. doi: 10.1037/h0085590
- Callahan, J. L., Aubuchon-Endsley, N. L., Borja, S. E. ve Swift, J. K. (2009). Pretreatment expectancies and premature termination in a training clinic environment. *Training and Education in Professional Psychology*, 3, 111-119. doi: 10.1037/a0012901
- Cash, S. K., Hardy, G. E., Kellett, S. ve Parry, G. (2013). Alliance ruptures and resolution during cognitive behaviour therapy with patients with borderline personality disorder. *Psychotherapy Research*, 24(2), 132-145. doi: 10.1080/10503307.2013.838652
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J. ve Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and

- common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 497-504. doi: 10.1037/0022-006X.64.3.497
- Chambless, D. L. (2002). Beware the dodo bird: The dangers of overgeneralization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 13-16. doi: 10.1093/clipsy.9.1.13
- Constantino, M. J., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Ametrano, R. M. ve Smith, J. Z. (2011). Expectations. J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2 ed.) içinde (s. 354–376). New York, NY: Oxford University Press.
- Creswell, J. W. ve Plano Clark, V. L. (2011). The nature of mixed methods research *Designing and conducting mixed methods research* (2 ed.), (s. 1-18). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J., Beck, A. T., Carroll, K., Perry, K. ve ark. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1(2), 81-91. doi: 10.1080/10503309112331335511
- Crits-Christoph, P. ve Gibbons, M. B. C. (2001). Relational interpretations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 423-428. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.423
- Dağ, İ. (1991). Belirti tarama listesi (scl-90-r)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2(1), 5-12.
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A. ve Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(2), 174-183. doi: 10.1093/clipsy.bpi022
- DeRubeis, R. J. ve Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 469-482.
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 414-419. doi: 10.1037/0022-006X.57.3.414
- Dunkle, J. H. ve Friedlander, M. L. (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 456-460. doi: 10.1037/0022-0167.43.4.456
- Elkind, S. N. (1992). *Resolving impasses in therapeutic relationships*. New York, NY: Guilford.

- Elvins, R. ve Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1167-1187. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2008.04.002>
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324. doi: 10.1037/h0063633
- Eysenck, H. J. (1964). The outcome problem in psychotherapy: A reply. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 1(3), 97-100. doi: 10.1037/h0088591
- Feeley, M., DeRubeis, R. J. ve Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 578-582.
- Fenton, L. R., Ceceroi, J., Nich, C., Frankforter, T. ve Carroll, K. M. (2001). Perspective is everything: The predictive validity of six working alliance instruments. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(4), 262-268.
- Fraley, R. C., Waller, N. G. ve Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 350-365.
- Franklin, M. E. ve Foa, E. B. (2002). Cognitive-behavioral treatment of obsessive compulsive disorder. P. E. Nathan ve J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* içinde (s. 367-386). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Frenczi, S. (1980). *To whom does one relate one's dreams?* (J. I. Suttie, Trans.). New York: Boni and Liveright Publishers.
- Freud, S. (1912). The dynamics of transference. J. Starchey (Ed.), *The special section: Therapeutic alliance in psychotherapy standard edition of the complete psychological works of sigmund freud* içinde (Vol. 12, s. 99-108). London: Hogarth Press. (1958'den yeniden basım).
- Garb, H. N. (2005). Clinical judgment and decision making. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 67-89. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143810
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. A. E. Bergin ve S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) içinde (s. 190-228). New York, NY: Wiley & Sons.

- Gilbert, P. ve Leahy, R. L. (2007). Introduction and overview: Basic issues in the therapeutic relationship. P. Gilbert ve R. L. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* içinde (s. 3-23). New York, NY: Routledge.
- Gluhoski, V. L. (1994). Misconceptions of cognitive therapy. *Psychotherapy*, 31, 594-600.
- Greenberg, R. P. (2012). Essential ingredients for successful psychotherapy: Effect of common factors. M. J. Dewan, B. N. Steenbarger ve R. P. Greenberg (Eds.), *The art and science of brief psychotherapies: An illustrated guide* (2nd ed.) içinde (s. 15-26). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J. ve Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, 26, 657- 678. doi: 10.1016/j.cpr.2005.03.002
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 155-181.
- Grove, W. M., Zald, D. H., Lebow, B. S., Snitz, B. E. ve Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, 12(1), 19-30. doi: 10.1037/1040-3590.12.1.19
- Hamilton, M., Wininger, L. ve Roose, S. P. (2009). Dropout rate of training cases: Who and when. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(3), 695-702. doi: 10.1177/0003065109337508
- Hartley, D. E. ve Strupp, H. H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. J. Masling (Ed.), *Empirical studies of psychoanalytic theories* (Vol. 1) içinde (s. 1-37). Hillsdale, NJ: Analytical Press.
- Hatcher, R. L. (2010). Alliance theory and measurement. J. C. Muran ve J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance* içinde (s. 7-28). New York, NY: The Guilford Press.
- Hatchett, G. T. ve Park, H. L. (2003). Comparison of four operational definitions of premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(3), 226-231. doi: 10.1037/0033-3204.40.3.226
- Henry, W. P., Schacht, T. E. ve Strupp, H. H. (1986). Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process in differential

- psychotherapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 27-31.
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Butler, S. F., Schacht, T. E. ve Binder, J. L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 434-440.
- Hill, C. E., Kellems, I. S., Kolchakian, M. R., Wonnell, T. L., Davis, T. L. ve Nakayama, E. Y. (2003). The therapist experience of being the target of hostile versus suspected-unasserted client anger: Factors associated with resolution. *Psychotherapy Research*, 13(4), 475-491. doi: 10.1093/ptr/kpg040
- Hill, C. E., Nutt-Williams, E., Heaton, K. J., Thompson, B. J. ve Rhodes, R. H. (1996). Therapist retrospective recall of impasses in long-term. *Journal of Counseling Psychology*, 43(2), 207.
- Hill, C. E., Thompson, B. J., Cogar, M. C. ve Denman, D. W. (1993). Beneath the surface of long-term therapy: Therapist and client report of their own and each other's covert processes. *Journal of Counseling Psychology*, 40(3), 278-287. doi: 10.1037/0022-0167.40.3.278
- Hilsenroth, M. J. ve Cromer, T. D. (2007). Clinician interventions related to alliance during the initial interview and psychological assessment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(2), 205-218. doi: 10.1037/0033-3204.44.2.205
- Hintikka, U., Laukkanen, E., Marttunen, M. ve Lehtonen, J. (2006). Good working alliance and psychotherapy are associated with positive changes in cognitive performance among adolescent psychiatric inpatients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70(4), 316-335.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J. ve Evans, M. D. (1987). Causal mediation of change in treatment for depression: Discriminating between nonspecificity and noncausality. *Psychological Bulletin*, 102, 139-149.
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 365-372. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.365
- Horvath, A. O. ve Bedi, R. P. (2002). The alliance. J. D. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* içinde (s. 37-69). New York, NY: Oxford University.

- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. ve Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. doi: 10.1037/a0022186
- Horvath, A. O. ve Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233. doi: 10.1037/0022-0167.36.2.223
- Horvath, A. O. ve Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149. doi: 10.1037/0022-0167.38.2.139
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S. ve Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(159-164). doi: 10.1037/0003-066X.41.2.159.
- Huppert, J. D. ve Baker-Morissette, S. L. (2003). Beyond the manual: The insider's guide to panic control treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(1), 2-13. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1077-7229\(03\)80003-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1077-7229(03)80003-2)
- Katzow, A. W. ve Safran, J. D. (2007). Recognizing and resolving ruptures in the therapeutic alliance. P. Gilbert ve R. L. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* içinde (s. 90-105). New York, NY: Routledge.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63(3), 146-159. doi: 10.1037/003-066x.63.3.146
- Keijsers, G. P. J., Kampman, M. ve Hoogduin, C. A. L. (2001). Dropout prediction in cognitive behavior therapy for panic disorder. *Behavior Therapy*, 32(4), 739.
- Kivlighan, D. M., Patton, M. J. ve Foote, D. (1998). Moderating effects of client attachment on the counselor experience–working alliance relationship. *Journal of Counseling Psychology*, 45(3), 274-278. doi: 10.1037/0022-0167.45.3.274
- Kivlighan, D. M. ve Shaughnessy, P. (1995). Analysis of the development of the working alliance using hierarchical linear modeling. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 338-349.
- Klein, E. B., Stone, W. N., Hicks, M. W. ve Pritchard, I. L. (2003). Understanding dropouts. *Journal of Mental Health Counseling*, 25(2), 89.

- Knox, S., Adrians, N., Everson, E., Hess, S., Hill, C. ve Crook-Lyon, R. (2011). Clients' perspectives on therapy termination. *Psychotherapy Research*, 21(2), 154-167. doi: 10.1080/10503307.2010.534509
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International University Press.
- Kokotovic, A. M. ve Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 16-21.
- Krauskopf, C. I., Baumoardner, A. ve Mandracchia, S. (1981). Return rate following intake revisited. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 519-521.
- Lambert, M. J. ve Barley, D. E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships tht work* içinde (s. 17-32). New York: Oxford university Press.
- Lambert, M. J. ve Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. A. E. Bergin ve S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) içinde (s. 143-198). New York: Wiley.
- Lambert, M. J. ve Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5 ed.) içinde (s. 139-193). New York, NY: Wiley.
- Lambert, M. J. ve Okiishi, J. C. (1997). The effects of the individual psychotherapist and implications for future research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(1), 66-75. doi: 10.1111/j.1468-2850.1997.tb00100.x
- Lambert, M. J. ve Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2 ed.) içinde (s. 203-223). New York: Oxford University Press.
- Landis, J. R. ve Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174. doi: 10.2307/2529310
- Leahy, R. L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: Guilford.
- Leahy, R. L. (2003). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Leahy, R. L. (2005). A social cognitive model of validation. P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* içinde (s. 195-217). London: Brunner-Routledge.

- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(1), 53-70. doi: 10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances of psychotherapy. J. P. Claghorn (Ed.), *Successful psychotherapy içinde* (s. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L. M., Frank, A. ve ark. (1996). The revised helping alliance questionnaire (haq-ii): Psychometric properties. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 5(3), 260-271.
- Luborsky, L. ve DeRubeis, R. J. (1984). The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review*, 4, 5-10.
- Luborsky, L., McLellan, A., Woody, G. E., O'Brien, C. P. ve Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42(6), 602-611. doi: 10.1001/archpsyc.1985.01790290084010
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T. ve ark. (2002). The dodo bird verdict is alive and well—mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2-12. doi: 10.1093/clipsy.9.1.2
- Luborsky, L., Singer, B. ve Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995-1008. doi: 10.1001/archpsyc.1975.01760260059004
- Mahoney, M. J. ve Arnkoff, D. B. (1978). Cognitive and self-control therapies. S. L. Garfield ve A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis içinde* (s. 689-722). New York: Wiley.
- Maltby, N. ve Tolin, D. F. (2003). Overview of treatments for obsessive-compulsive disorder and spectrum conditions: Conceptualization, theory, and practice. *Brief Treatment & Crisis Intervention*, 3(2), 127-144.

- Maramba, G. G. ve Nagayama Hall, G. C. (2002). Meta-analyses of ethnic match as a predictor of dropout, utilization, and level of functioning. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 8(3), 290-297. doi: 10.1037/1099-9809.8.3.290
- Marmar, C. R., Gaston, L., Gallagher, D. ve Thompson, L. W. (1987). *Therapeutic alliance and outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy of later-life depression*. Paper presented at the Paper presented at the meeting of the Society for Psychotherapy Research, Ulm, West Germany.
- Marmar, C. R., Horowitz, M. J., Weiss, D. S. ve Marziali, E. (1986). The development of the therapeutic alliance rating system. L. S. Greenberg ve W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* içinde (s. 367–390). New York: Guilford.
- Marmarosh, C. L. ve Kivlighan, D. M. (2012). Relationships among client and counselor agreement about the working alliance, session evaluations, and change in client symptoms using response surface analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(3), 352-367. doi: 10.1037/a0028907
- Martin, D. J., Garske, J. P. ve Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450. doi: 10.1037/0022-006X.68.3.438
- Miller, W. R., Wilbourne, P. L. ve Hettema, J. (2003). What works? A summary of alcohol treatment outcome research. In R. K. Hester ve W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (3 ed., s. 13-63). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Mitchell, A., Eubanks-Carter, C., Muran, J. C. ve Safran, J. D. (2011). *Rupture resolution rating system (3rs) manual*. 31 Ocak 2012, http://www.safranlab.net/uploads/7/6/4/6/7646935/3rs_manual_11-11.pdf
- Moorey, S. (2007). Cognitive therapy. W. Dryden (Ed.), *Dryden's handbook of individual therapy* (5 ed.) içinde (s. 297-326). London: Sage Publications.
- Mueller, M. ve Pekarik, G. (2000). Treatment duration prediction: Client accuracy and its relationship to dropout, outcome, and satisfaction. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 37(2), 117-123. doi: 10.1037/h0087701

- Murdock, N. L., Edwards, C. ve Murdock, T. B. (2010). Therapists' attributions for client premature termination: Are they self-serving? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(2), 221-234. doi: 10.1037/a0019786
- Najavits, L. M. ve Strupp, H. H. (1994). Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process-outcome study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(1), 114-123. doi: 10.1037/0033-3204.31.1.114
- Norcross, J. C., Krebs, P. M. ve Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 143-154. doi: 10.1002/jclp.20758
- Norcross, J. C. ve Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work ii. *Psychotherapy*, 48(1), 4-8. doi: 10.1037/a0022180
- Norcross, J. C. ve Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102. doi: 10.1037/a0022161
- Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S. ve Piper, W. E. (2005). Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy. *Harvard Review of Psychiatry*, 13(2), 57-70. doi: 10.1080/10673220590956429
- Öjehagen, A., Berglund, M. ve Hansson, L. (1997). The relationship between helping alliance and outcome in outpatient treatment of alcoholics: A comparative study of psychiatric treatment and multimodal behavioural therapy. *Alcohol and Alcoholism*, 32(3), 241-249.
- Öztan, N. (1995). *Terapist ile hasta arasındaki terapötik ilişkinin farklı boyutlarda incelenmesi*. Yayınlanmamış doktora tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Pachankis, J. E. ve Goldfried, M. R. (2007). On the next generation of process research. *Clinical Psychology Review*, 27(6), 760-768. doi: 10.1016/j.cpr.2007.01.009
- Pekarik, G. (1985). The effects of employing different termination classification criteria in dropout research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(1), 86-91. doi: 10.1037/h0088531
- Pekarik, G. (1991). Relationship of expected and actual treatment duration for adult and child clients. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 121-125. doi: 10.1207/s15374424jccp2002_2

- Pekarik, G. (1992). Posttreatment adjustment of clients who drop out early vs. Late in treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 48(3), 379-387.
- Pekarik, G. ve Wierzbicki, M. (1986). The relationship between clients' expected and actual treatment duration. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 23, 532-534. doi: 10.1037/h0085653
- Persons, J. B., Gross, J. J., Etkin, M. S. ve Madan, S. K. (1996). Psychodynamic therapists' reservations about cognitive-behavioral therapy: Implications for training and practice. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research* 5, 202-212.
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., McCallum, M., Rosie, J. S., O'Kelly, J. G. ve ark. (1999). Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(2), 114-122. doi: 10.1037/h0087787
- Piselli, A., Halgin, R. P. ve MacEwan, G. H. (2011). What went wrong? Therapists' reflections on their role in premature termination. *Psychotherapy Research*, 21(4), 400-415. doi: 10.1080/10503307.2011.573819
- Presley, J. H. (1987). The clinical dropout: A view from the client's perspective. *Journal of Social Casework*, 68(10), 603-608.
- Prochaska, J. M., Prochaska, J. O. ve Levesque, D. A. (2001). A transtheoretical approach to changing organizations. *Administration and Policy in Mental Health*, 28(4), 247.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. ve Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. doi: 10.1037/0003-066X.47.9.1102
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P. ve Young, J. E. (2011). *Schema therapy: Distinctive features*. East Sussex: Routledge.
- Regan, A. M. ve Hill, C. E. (1992). Investigation of what clients and counselors do not say in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 39(2), 168-174. doi: 10.1037/0022-0167.39.2.168
- Reis, B. F. ve Brown, L. G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(2), 123-136. doi: 10.1037/h0087822

- Reis, B. F. ve Brown, L. G. (2006). Preventing therapy dropout in the real world: The clinical utility of videotape preparation and client estimate of treatment duration. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(3), 311-316. doi: 10.1037/0735-7028.37.3.311
- Reitzel, L. R., Stellrecht, N. E., Gordon, K. H., Lima, E. N., Wingate, L. R., Brown, J. S. ve ark. (2006). Does time between application and case assignment predict therapy attendance or premature termination in outpatients? *Psychological Services*, 3(1), 51-60. doi: 10.1037/1541-1559.3.1.51
- Rennie, D. L. (1994). Clients' deference in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 427-437. doi: 10.1037/0022-0167.41.4.427
- Rhodes, R. H., Hill, C. E., Thompson, B. J. ve Elliott, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 473.
- Richards, C. (2011). Alliance ruptures: Etiology and resolution. *Counselling Psychology Review*, 26(3), 56-62.
- Robbins, M. S., Liddle, H. A., Dakof, G. A., Turner, C. W., Alexander, J. F. ve Kogan, S. M. (2006). Adolescent and parent therapeutic alliances as predictors of dropout in multidimensional family therapy. *Journal of Family Psychology*, 20(1), 108-116. doi: 10.1037/0893-3200.20.1.108
- 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), 95-103. doi: 10.1037/h0045357
- Roos, J. ve Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 1-25. doi: 10.1080/10503307.2013.775528
- Rosenthal, T. L. ve Bandura, A. (1978). Psychological modeling: Theory and practice. S. L. Garfield ve A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd ed.) içinde (s. 621-658). New York: Wiley.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415. doi: 10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x

- Safran, J. D. (1993). Breaches in the therapeutic alliance - an arena for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy*, 30(1), 11-24. doi: 10.1037/0033-3204.30.1.11
- Safran, J. D. (2003). The relational turn, the therapeutic alliance, and psychotherapy research. *Contemporary Psychoanalysis*, 39(3), 449-475. doi: 10.1080/00107530.2003.10747215
- Safran, J. D., Muran, C. ve Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87.
- Safran, J. D. ve Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64(3), 447.
- Safran, J. D. ve Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, NY: The Guilford Press.
- Safran, J. D. ve Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 286–291.
- Safran, J. D., Muran, J. C. ve Proskurov, B. (2009). Alliance, negotiation and rupture resolution. R. A. Levy ve J. Stuart Ablon (Eds.), *Handbook of evidence based psychodynamic therapy* içinde (s. 201-225). New York: Human Press.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W. ve Stevens, C. (2002). Repairing alliance ruptures. J. D. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* içinde (s. 235-254). New York, NY: Oxford University.
- Samstag, L. W., Batchelder, S. T., Muran, J. C., Safran, J. D. ve Winston, A. (1998). Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy: An assessment of therapeutic alliance and interpersonal behavior. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7(2), 126–143.
- Sandler, J., Dare, C. ve Holder, A. (1992). *The patient and the analyst: The basis of the psychanalytic process* (2 ed.). Madison, CT: International Universities Press.
- Selcuk, E., Gunaydin, G., Sumer, N. ve Uysal, A. (2005). Yetişkin bağlanma boyutları için yeni bir ölçüm: Yakın İlişkilerde yaşantılar envanteri-ii'nin türk örnekleminde psikometrik açıdan değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 8, 1-11.

- Seligman, M. E. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The consumer reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965-974.
- Shapiro, D. A. ve Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92(3), 581-604. doi: 10.1037/0033-2909.92.3.581
- Sharf, J., Primavera, L. H. ve Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 637-645. doi: 10.1037/a0021175.1037/a0021175.supp
- Sledge, W. H., Moras, K., Hartley, D. ve Levine, M. (1990). Effect of time-limited psychotherapy on patient dropout rates. *The American Journal of Psychiatry*, 147(10), 1341-1347.
- Smith, M. L. ve Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752-760. doi: 10.1037/0003-066X.32.9.752
- Soygüt, G. ve Işıklı, S. (2008). Terapötik İttifakın değerlendirilmesi: Terapötik İttifak ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(4), 398-408.
- Soygüt, G. ve Uluç, S. (2009). Bilişsel davranışçı terapi sürecinde terapötik İttifak ölçeği-gözlemci formunun psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(4), 367-375.
- Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K. ve Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference- focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 75(1), 104-115. doi: 10.1037/0022-006X.75.1.104
- Stein, D. M. ve Lambert, M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy: Are therapy outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 182-196.
- Stevens, C. L., Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S. ve Winston, A. (2007). Levels and patterns of the therapeutic alliance in brief psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 61(2), 109-129.
- Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. B., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R. ve ark. (2004). Patterns of alliance development and the rupture--repair

- hypothesis: Are productive relationships u-shaped or v-shaped? *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 81-92. doi: 10.1037/0022-0167.51.1.81
- Stiles, W. B. ve Goldsmith, J. Z. (2010). The alliance over time. J. C. Muran ve J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* içinde (s. 44-62). New York, NY: The Guilford Press.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A. ve Elliott, R. (1986). "Are all psychotherapies equivalent?". *American Psychologist*, 41(2), 165-180. doi: 10.1037/0003-066X.41.2.165
- Stratton, K. J. (2011). *Intervention and impact: An examination of treatment adherence, therapeutic alliance, and outcome in cognitive therapy*. Yayınlanmamış doktora tezi., New School University.
- Strauss, J. L., Johnson, S. L., Laurenceau, J., Hayes, A. M., Newman, C. F., Brown, G. K. ve ark. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 74(2), 337-345. doi: 10.1037/0022-006x.74.2.337
- Strupp, H. H. (1963). The outcome problem in psychotherapy revisited. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 1(1), 1-13. doi: 10.1037/h0088565
- Strupp, H. H. (1964). The outcome problem in psychotherapy: A rejoinder. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 1(3), 101. doi: 10.1037/h0088579
- Strupp, H. H. (1993). The vanderbilt psychotherapy studies: Synopsis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 431-433. doi: 10.1037/0022-006X.61.3.431
- Strupp, H. H. ve Hadley, S. W. (1979). Specific vs nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 36(10), 1125-1136. doi: 10.1001/archpsyc.1979.01780100095009
- Svarthberg, M. ve Stiles, T. (1994). Therapeutic alliance, therapist competence, and client change in short-term anxiety-provoking psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 4(1), 20-33. doi: 10.1080/10503309412331333872
- Swift, J. K. ve Callahan, J. L. (2011). Decreasing treatment dropout by addressing expectations for treatment length. *Psychotherapy Research: Journal Of The*

- Society For Psychotherapy Research*, 21(2), 193-200. doi: 10.1080/10503307.2010.541294
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Ivanovic, M. ve Kominiak, N. (2013). Further examination of the psychotherapy preference effect: A meta-regression analysis. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(2), 134-145. doi: 10.1037/a0031423
- Swift, J. K., Callahan, J. L. ve Levine, J. C. (2009). Using clinically significant change to identify premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(3), 328-335. doi: 10.1037/a0017003
- Swift, J. K., Callahan, J. L. ve Vollmer, B. M. (2011a). Preferences. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 155–165. doi: 10.1002/jclp.20759
- Swift, J. K., Callahan, J. L. ve Vollmer, B. M. (2011b). Preferences. J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2 ed.) içinde (s. 301–315). New York, NY: Oxford University Press.
- Swift, J. K. ve Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547-559. doi: 10.1037/a0028226
- Swift, J. K. ve Greenberg, R. P. (2014). A treatment by disorder meta-analysis of dropout from psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 193-207. doi: 10.1037/a0037512
- Swift, J. K., Greenberg, R. P., Whipple, J. L. ve Kominiak, N. (2012). Practice recommendations for reducing premature termination in therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(4), 379-387. doi: 10.1037/a0028291
- Trepka, C., Rees, A., Shapiro, D., Hardy, G. ve Barkham, M. (2004). Therapist competence and outcome of cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28(2), 143-157. doi: 10.1023/B:COTR.0000021536.39173.66
- Tryon, G. S. ve Kane, A. S. (1990). The helping alliance and premature termination. *Counselling Psychology Quarterly*, 3(3), 233-238. doi: 10.1080/09515079008254254
- Tryon, G. S. ve Kane, A. S. (1995). Client involvement, working alliance, and type of therapy termination. *Psychotherapy Research*, 5(3), 189-198. doi: 10.1080/10503309512331331306

- Tschacher, W., Junghan, U. M. ve Pfammatter, M. (2012). Towards a taxonomy of common factors in psychotherapy—results of an expert survey. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, n/a-n/a. doi: 10.1002/cpp.1822
- VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH, M., Berlin, Germany. (1998-2014). Maxqda 11 software for qualitative data analysis.
- Vogel, D. L., Wade, N. G. ve Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 40-50. doi: 10.1037/0022-0167.54.1.40
- Waller, G., Evans, J. ve Stringer, H. (2012). The therapeutic alliance in the early part of cognitive-behavioral therapy for the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 63-69. doi: 10.1002/eat.20914
- Wampold, B. E. (2010). The research evidence in common factor models: A historically situated perspective. B. Duncan, S. Miller, B. Wampold ve M. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* içinde (s. 49–83). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. ve Ahn, H. N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes". *Psychological Bulletin*, 122(3), 203-215. doi: 10.1037/0033-2909.122.3.203
- Watson, J. ve Geller, S. (2005). The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process–experiential and cognitive–behavioral psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1/2), 25-33. doi: 10.1080/10503300512331327010
- Weertman, A. (2012). The use of experiential techniques for diagnostics. M. Van Vreeswijk, J. Iroersen ve M. Nadort (Eds.), *The wiley-blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice* içinde (s.101-109): Wiley-Blackwell.
- Werbart, A., Andersson, H. ve Sandell, R. (2014). Dropout revisited: Patient- and therapist-initiated discontinuation of psychotherapy as a function of organizational instability. *Psychotherapy Research*, 24(6), 724-737. doi: 10.1080/10503307.2014.883087

- Westra, H. A., Constantino, M. J. ve Aviram, A. (2011). The impact of alliance ruptures on client outcome expectations in cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 21(4), 472-481. doi: 10.1080/10503307.2011.581708
- Whisman, M. A. (1993). Mediators and moderators of change in cognitive therapy of depression. *Psychological Bulletin*, 114, 248-265.
- Wierzbicki, M. ve Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 190-195. doi: 10.1037/0735-7028.24.2.190
- Wilson, M. ve Sperlinger, D. (2004). Dropping out or dropping in? *Psychoanalytic Psychotherapy*, 18(2), 220-237. doi: 10.1080/14749730410001700705
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S. ve Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York, NY: The Guilford Press.
- Zayfert, C. ve Black Becker, C. (2007). *Cognitive-behavioral therapy for ptsd: A case formulation approach*. New York, NY: Guilford Press.
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 369-376.
- Zetzel, E. (1966). The analytic situation. In R. E. Litman (Ed.), *Psychoanalysis in america* (s. 86-106). New York: International Universities Press.
- Zuroff, D. C. ve Blatt, S. J. (2006). The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: Contributions to clinical improvement and enhanced adaptive capacities. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 74(1), 130-140. doi: 10.1037/0022-006X.74.1.130

EKLER

Ek 1: Demografik Bilgi Formu (Hasta)

Danışan Kodu:_____ Terapist Kodu:_____

Lütfen, bu kısmı doldurmayınız.

Yaşınız: _____

Cinsiyetiniz: K ☐ E ☐

Medeni haliniz: Bekar ☐ Evli ☐

En uzun süre yaşadığınız yer?

Ankara-İstanbul-İzmir ☐ İl ☐ İlçe Merkezi ☐
Kasaba ☐

Şu an yaşadığınız yer?

Ailemle ☐ Akraba yanında ☐ Evde-yalnız ☐ Evde-
arkadaşla ☐

Öğrenci yurdunda ☐ Diğer ☐

Mesleğiniz?

(Lütfen

Belirtiniz):.....

.....

Eğitiminiz?

Okur-yazar ☐ İlkokul ☐ Orta-lise ☐ Üniversite Öğrencisi ☐
Üniversite ☐ Yüksek Lisans-doktora öğrencisi ☐ Yüksek Lisans-doktora ☐

Daha önce, psikolog, psikolojik danışman ya da psikiyatri uzmanı ile görüştünüz mü?

Evet ☐ hayır ☐

Yanıtınız Evet ise uygulanan tedavinin şekli aşağıdakilerden hangisiydi?

a.İlaç tedavisi ☐ (süresi:.....)

b.Psikoterapi ☐ (süresi:.....)

c.İkisi birden ☐ (süresi:.....)

d.Sadece danışma amaçlıydı ☐

Uygulanan tedaviden ne kadar memnun kalmıştınız?

Hiç ☐

Az ☐

Biraz ☐

Oldukça ☐

Çok ☐

Şu anda görmüş olduğunuz tedaviye başvuru şekliniz?

Kendisi isteğimle ☐

Uzman tavsiyesiyle ☐

Anne-baba-eş tavsiyesiyle ☐

Doktor tavsiyesiyle ☐ Arkadaş tavsiyesiyle ☐

Amir tavsiyesiyle ☐

Diğer ☐ (lütfen belirtiniz:)

Şu andaki tedaviye yaklaşık olarak ne kadar süre önce başladınız?

(Lütfen belirtiniz):.....

Görüşmelere/seanslara ne sıklıkta geliyorsunuz?

Haftada birden fazla ☐

Haftada bir ☐

İki haftada bir ☐

Diğer ☐

belirtiniz:.....

Şu andaki tedavinin ne kadar sürede sonuç vereceğini bekliyorsunuz?

(Lütfen belirtiniz):.....

Bu tedavi size ne kadar mantıklı geliyor?

Hiç ☐ Az ☐ Biraz ☐ Oldukça ☐ Çok ☐

Bu tedavinin, yaşadığınız sorunları çözmede ne kadar başarılı olacağını düşünüyorsunuz?

Hiç ☐ Az ☐ Biraz ☐ Oldukça ☐ Çok ☐

Bu tedavinin diğer kişisel sorunlarınızı azaltmada ne kadar başarılı olacağını düşünüyorsunuz?

Hiç ☐ Az ☐ Biraz ☐ Oldukça ☐ Çok ☐

Bu tedaviyi benzer sorunlar yaşayan bir arkadaşınıza tavsiye eder misiniz?

Hiç ☐ Az ☐ Biraz ☐ Oldukça ☐ Çok ☐

Ek 2: Demografik Bilgi Formu (Terapist)

Danışan Kodu:_____ Terapist Kodu:_____

Lütfen, bu kısmı doldurmayınız.

Yaşınız:

Cinsiyetiniz: K ☐ E ☐**Mesleğiniz?**Psikolog ☐ Klinik Psikolog ☐ Psikiyatr ☐ Psikolojik
Danışman ☐**Eğitiminiz?**Lisans ☐ Yüksek Lisans ☐ Yüksek Lisans Öğrencisi ☐
Doktora Öğrencisi ☐ Doktora ☐ Tıpta uzmanlık ☐**Lisans derecenizi hangi üniversite ve bölümden aldınız?**

.....

Yüksek Lisans derecenizi hangi üniversite ve bölümden aldınız?

.....

Yaklaşık kaç yıldır uygulama alanında çalışıyorsunuz?

(lütfen belirtiniz):.....

Bir hafta içerisinde yaklaşık kaç hasta görüşmesi yapıyorsunuz?

(lütfen belirtiniz):.....

Bir hafta içerisinde yaklaşık kaç Şema Terapi seansı yapıyorsunuz?

(lütfen belirtiniz):.....

Psikoterapi pratiğinde **en çok** hangi kurama yakın olduğunuzu düşünüyorsunuz? Lütfen, yalnızca bir seçenek işaretleyiniz.

- a. Adlerian Psikoterapi ☐
- b. Analitik (Jungian) Psikoterapi ☐
- c. Bilişsel-Davranışçı Terapiler ☐
- d. Danışanı Merkez Alan Psikoterapiler ☐
- e. Davranışçı Terapiler ☐
- f. Destekleyici Terapiler ☐
- g. Gerçeklik Terapisi ☐
- h. Gestalt Terapi ☐
- i. Pozitif Psikoterapi ☐
- j. Psikoanalitik Psikoterapiler ☐
- k. Psikoanaliz ☐
- l. Rasyonel-Duygusal Terapi ☐

m. Transaksiyonel Analiz ☐

n. Varoluşçu Psikoterapiler ☐

p. Eklektik Yaklaşım ☐ (hangi kuramlardan oluştuğunu lütfen belirtiniz):

.....

r. Entegratif Yaklaşım ☐ (hangi kuramlardan oluştuğunu lütfen belirtiniz):

.....

.....s. Diğer ☐ (lütfen belirtiniz):

.....

İletişim Bilgileri:

a. E-posta

adresi:.....

b. Telefon numarası:.....

Ek 3: Onam Formu (Hasta) – Bilişsel Davranışçı Terapi

HÜ Psikoloji Bölümü Psikoterapi Araştırmaları Laboratuvarı

PSİKOTERAPİ SÜREÇ ARAŞTIRMASI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (Danışan Formu)

(Bilişsel Davranışçı Psikoterapi-Versiyonu)

(Araştırmanın Açıklaması)

Psikoterapi sürecindeki önemli faktörlerle ilgili bir araştırma yapmaktayız. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladığınızdan emin olduktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz bu formu imzalayınız.

Bu araştırma psikoterapi sürecindeki önemli faktörlerin neler olduğunu ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır. Bu amaçla araştırma sadece gözlem tekniğine dayanmaktadır. Sizden istediğimiz görüşmelerin görsel kayıtlarının alınmasına izin vermenizdir. Bunun yanı sıra araştırmaya katıldığınız takdirde araştırmayla ilgili bazı soru formlarını doldurmanız istenmektedir. Bu konudaki katılımınız araştırma için değerlidir.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ederseniz _____ görevlendirdiği bir uzman psikolog tarafından görüşmeleriniz sürdürülecektir. Yine burada verdiğiniz izin doğrultusunda görüşmeler video kaydıyla belgelenecektir. Bu kayıtlar ileride tekrar incelenerek araştırma amacı doğrultusunda değerlendirilecektir. Bu kayıtlar kimlik bilgileriniz saklı tutularak psikoterapi eğitiminde veya bilimsel nitelikli yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Araştırma süresince sizden beklenen haftada bir gün beraberce belirlenen saatte Hacettepe Üniversitesi Psikoterapi Araştırmaları Laboratuvarı'nda bulunmanız, ertelemenin zorunlu olduğu durumlarda bunu iki gün önceden haber vermeniz ve görüşmeler sonunda size önceden verilen görüşme formlarını doldurmanızdır.

Görüşme sürecinde psikiyatrik bir müdahale gerektiği tespit edildiği takdirde psikiyatrik yönlendirme yapılacak, görüşmelerinize normal prosedürü içerisinde devam edilecek, ancak araştırma dışı tutulacaksınız.

Bu araştırmanın süresi standart bilişsel-davranışçı tedavi süresi olan 20 haftadır. Araştırma kapsamında Hacettepe Üniversitesi Öğrenci Sağlık Merkezi veya Psikiyatri ABD tarafından laboratuvarımıza yönlendirilen danışanlarla çalışılması planlanmıştır.

Sorununuzla ilgili olarak burada uygulanacak tedavi bilişsel davranışçı psikoterapidir. Bu tedaviler dışında da farklı tedavi yöntemleri mevcuttur. Sorununuzla ilgili ilaç tedavileri ve uzun süreli bir takım tedavi yöntemleri de vardır. Bilişsel davranışçı tedavi zaman sınırlı, sorun odaklı ve konuşmaya dayalı bir tedavi yöntemidir. Bu tedavi yönteminin etkililiği ve geçerliliği bilimsel çalışmalarla gösterilmiştir ve dünyanın her yerinde yaygın olarak uygulanmaktadır. Ayrıca araştırmaya seçilmenizin nedenlerinden biri başvurduğunuz sorun alanının bilişsel davranışçı tedaviye uygun olmasıdır. Bununla birlikte, eğer araştırma sırasında başka bir tedavi yönteminden daha fazla yararlanacağınız düşünülürse, bu yöntemlere yönlendirilmeniz yapılacaktır. Bu durum araştırmanın amacı açısından uygun değilse araştırma dışı tutulacaksınız. Başka bir deyişle, sizin yararınız araştırma amacının önünde tutulacaktır.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, bu konuda eğitim almış uzman bir psikolog tarafından görülme şansı kazanmış olacaksınız. Bu görüşmeler için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bununla birlikte size herhangi bir ödeme yapılmayacak ve tazminat talebi kabul edilmeyecektir.

Bu araştırmaya katılmayı tercih etmeyebilirsiniz. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden çekilebilirsiniz ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğinizi önceden bildirmeniz gerekmektedir.

(Katılımcı Beyanı)

Sayın Dr./Uzman tarafından Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü Psikoterapi Araştırmaları Laboratuvarı'nda bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıda bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilendirmeden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam uzman ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlı kullanım sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi ve psikolojik durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Ayrıca herhangi bir tazminat talebim olmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sorunla karşılaştığımda herhangi bir araştırmacıyı hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı herhangi bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış durumdayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen araştırma projesinde katılımcı olarak yer alma

kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası da bana verilecektir.

Katılımcı:

Adı,

Soyadı: _____

Adres:

Telefon:

İmza:

—

Görüşme Tanığı:

Adı,

Soyadı: _____

Adres:

Telefon:

İmza:

—

Katılımcı ile Görüşen Uzman:

Adı,

Soyadı: _____

Adres:

Telefon:

İmza:

—

Ek 4 Onam Formu (Hasta) – Şema Terapi

HÜ Psikoloji Bölümü Psikoterapi Araştırmaları Laboratuvarı

PSİKOTERAPİ SÜREÇ ARAŞTIRMASI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (Danışan Formu)

(Şema Terapi-Versiyonu)

(Araştırmanın Açıklaması)

Psikoterapi sürecindeki önemli faktörlerle ilgili bir araştırma yapmaktayız. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladığınızdan emin olduktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz bu formu imzalayınız.

Bu araştırma psikoterapi sürecindeki önemli faktörlerin neler olduğunu ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır. Bu amaçla araştırma sadece gözlem tekniğine dayanmaktadır. Sizden istediğimiz görüşmelerin görsel kayıtlarının alınmasına izin vermenizdir. Bunun yanı sıra araştırmaya katıldığınız takdirde araştırmayla ilgili bazı soru formlarını doldurmanız istenmektedir. Bu konudaki katılımınız araştırma için değerlidir.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ederseniz _____ görevlendirdiği bir uzman psikolog tarafından görüşmeleriniz sürdürülecektir. Yine burada verdiğiniz izin doğrultusunda görüşmeler video kaydıyla belgelenecektir. Bu kayıtlar ileride tekrar incelenerek araştırma amacı doğrultusunda değerlendirilecektir. Bu kayıtlar kimlik bilgileriniz saklı tutularak psikoterapi eğitiminde veya bilimsel nitelikli yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Araştırma süresince sizden beklenen haftada bir gün beraberce belirlenen saatte Hacettepe Üniversitesi Psikoterapi Araştırmaları Laboratuvarı'nda bulunmanız, ertelemenin zorunlu olduğu durumlarda bunu iki gün önceden haber vermeniz ve görüşmeler sonunda size önceden verilen görüşme formlarını doldurmanızdır.

Görüşme sürecinde psikiyatrik bir müdahale gerektiği tespit edildiği takdirde psikiyatrik yönlendirme yapılacak, görüşmelerinize normal prosedürü içerisinde devam edilecek, ancak araştırma dışı tutulacaksınız.

Şema terapi uzun süreli bir psikoterapi yöntemi olup ön görülen süre yaklaşık bir yıldır. Araştırma kapsamında Hacettepe Üniversitesi Öğrenci Sağlık Merkezi veya Psikiyatri ABD tarafından laboratuvarımıza yönlendirilen danışanlarla çalışılması planlanmıştır.

Sorununuzla ilgili olarak burada uygulanacak tedavi şema terapidir. Bu tedavi dışında da farklı tedavi yöntemleri mevcuttur. Sorununuzla ilgili ilaç tedavileri ve başka uzun süreli bir takım tedavi yöntemleri de vardır. Şema terapinin etkililiği ve geçerliliği bilimsel çalışmalarla gösterilmiştir ve dünyanın her yerinde yaygın olarak uygulanmaktadır. Ayrıca araştırmaya seçilmenizin nedenlerinden biri başvurduğunuz sorun alanının şema terapiye uygun olmasıdır. Bununla birlikte, eğer araştırma sırasında başka bir tedavi yönteminden daha fazla yararlanacağınız düşünülürse, bu yöntemlere yönlendirilmeniz yapılacaktır. Bu durum araştırmanın amacı açısından uygun değilse araştırma dışı tutulacaksınız. Başka bir deyişle, sizin yararınız araştırma amacının önünde tutulacaktır.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, bu konuda eğitim almış uzman bir psikolog tarafından görülme şansı kazanmış olacaksınız. Bu görüşmeler için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bununla birlikte size herhangi bir ödeme yapılmayacak ve tazminat talebi kabul edilmeyecektir.

Bu araştırmaya katılmayı tercih etmeyebilirsiniz. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden çekilebilirsiniz ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğinizi önceden bildirmeniz gerekmektedir.

(Katılımcı Beyanı)

Sayın Dr./Uzman tarafından Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü Psikoterapi Araştırmaları Laboratuvarı'nda bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıda bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilendirmeden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam uzman ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlı kullanım sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi ve psikolojik durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Ayrıca herhangi bir tazminat talebim olmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sorunla karşılaştığımda herhangi bir araştırmacıyı hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı herhangi bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış durumdayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen araştırma projesinde katılımcı olarak yer alma

kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası da bana verilecektir.

Katılımcı:

Adı,

Soyadı:_____

Adres:

Telefon:

İmza:

Görüşme Tanığı:

Adı,

Soyadı:_____

Adres:

Telefon:

İmza:

Katılımcı ile Görüşen Uzman:

Adı,

Soyadı:_____

Adres:

Telefon:

İmza:

Ek 5: Onam Formu (Hasta) – Psikanalitik Yönelimli Psikoterapi

HÜ Psikoloji Bölümü Psikoterapi Araştırmaları Laboratuvarı

PSİKOTERAPİ SÜREÇ ARAŞTIRMASI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (Danışan Formu)

(Psikanalitik Yönelimli Psikoterapi-Versiyonu)

(Araştırmanın Açıklaması)

Psikoterapi sürecindeki önemli faktörlerle ilgili bir araştırma yapmaktayız. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladığınızdan emin olduktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz bu formu imzalayınız.

Bu araştırma psikoterapi sürecindeki önemli faktörlerin neler olduğunu ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır. Bu amaçla araştırma sadece gözlem tekniğine dayanmaktadır. Sizden istediğimiz görüşmelerin görsel kayıtlarının alınmasına izin vermenizdir. Bunun yanı sıra araştırmaya katıldığınız takdirde araştırmayla ilgili bazı soru formlarını doldurmanız istenmektedir. Bu konudaki katılımınız araştırma için değerlidir.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ederseniz _____ görevlendirdiği bir uzman psikolog tarafından görüşmeleriniz sürdürülecektir. Yine burada verdiğiniz izin doğrultusunda görüşmeler video kaydıyla belgeleneyecektir. Bu kayıtlar ileride tekrar incelenerek araştırma amacı doğrultusunda değerlendirilecektir. Bu kayıtlar kimlik bilgileriniz saklı tutularak psikoterapi eğitiminde veya bilimsel nitelikli yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Araştırma süresince sizden beklenen haftada bir gün beraberce belirlenen saatte Hacettepe Üniversitesi Psikoterapi Araştırmaları Laboratuvarı'nda bulunmanız, ertelemenin zorunlu olduğu durumlarda bunu iki gün önceden haber vermeniz ve görüşmeler sonunda size önceden verilen görüşme formlarını doldurmanızdır.

Görüşme sürecinde psikiyatrik bir müdahale gerektiği tespit edildiği takdirde psikiyatrik yönlendirme yapılacak, görüşmelerinize normal prosedürü içerisinde devam edilecek, ancak araştırma dışı tutulacaksınız.

Araştırma kapsamında Hacettepe Üniversitesi Öğrenci Sağlık Merkezi veya Psikiyatri ABD tarafından laboratuvarımıza yönlendirilen danışanlarla çalışılması planlanmıştır.

Sorunuzla ilgili olarak burada uygulanacak tedavi Psikanalitik Yönelimli Psikoterapi'dir. Bu yöntem uzun süreli olup ön görülen zaman yaklaşık bir yıldır. Bu

yöntem dışında da farklı tedavi biçimleri mevcuttur. Sorununuzla ilgili ilaç tedavileri ve uzun süreli bir takım tedavi yöntemleri de vardır. Psikanalitik Yönelimli Psikoterapilerin etkililiği ve geçerliliği bilimsel çalışmalarla gösterilmiş ve dünyanın her yerinde yaygın olarak uygulanmaktadır. Ayrıca araştırmaya seçilmenizden nedenlerinden biri başvurduğunuz sorun alanının Psikanalitik Yönelimli Psikoterapilere uygun olmasıdır. Bununla birlikte, eğer araştırma sırasında başka bir tedavi yönteminden daha fazla yararlanacağınız düşünülürse, bu yöntemlere yönlendirilmeniz yapılacaktır. Bu durum araştırmanın amacı açısından uygun değilse araştırma dışı tutulacaksınız. Başka bir deyişle, sizin yararınız araştırma amacının önünde tutulacaktır.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, bu konuda eğitim almış uzman bir psikolog tarafından görülme şansı kazanmış olacaksınız. Bu görüşmeler için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bununla birlikte size herhangi bir ödeme yapılmayacak ve tazminat talebi kabul edilmeyecektir.

Bu araştırmaya katılmayı tercih etmeyebilirsiniz. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden çekilebilirsiniz ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğinizi önceden bildirmanız gerekmektedir.

(Katılımcı Beyanı)

Sayın Dr./Uzman tarafından Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü Psikoterapi Araştırmaları Laboratuvarı'nda bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıda bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilendirmeden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam uzman ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlı kullanım sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi ve psikolojik durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Ayrıca herhangi bir tazminat talebim olmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sorunla karşılaştığımda herhangi bir araştırmacıyı hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı herhangi bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış durumdayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen araştırma projesinde katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası da bana verilecektir.

Katılımcı:

Adı,

Soyadı:_____

Adres:

Telefon:

İmza:

Görüşme Tanığı:

Adı,

Soyadı:_____

Adres:

Telefon:

İmza:

Katılımcı ile Görüşen Uzman:

Adı,

Soyadı:_____

Adres:

Telefon:

İmza:

Ek 6: Onam Formu (Terapist)

HÜ Psikoloji Bölümü Psikoterapi Araştırmaları Laboratuvarı

PSİKOTERAPİ SÜREÇ ARAŞTIRMASI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (Terapist Formu)

(Araştırmanın Açıklaması)

Psikoterapi sürecindeki çeşitli faktörlerle ilgili bir araştırma yapmaktayız. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. **Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır.** Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladığınızdan emin olduktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz bu formu imzalayınız.

Bu araştırma psikoterapi sürecindeki çeşitli faktörlerin neler olduğunu ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır. Bu amaçla araştırma gözlem tekniğine ve kalem kağıt ölçümlerine dayanmaktadır. Sizden istediğimiz görüşmelerin görsel kayıtlarının alınmasına izin vermenizdir. Bunun yanı sıra araştırmaya katıldığınız takdirde araştırmayla ilgili bazı soru formlarını ve ölçekleri doldurmanız istenmektedir. Bu konudaki katılımınız araştırma için değerlidir.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ederseniz burada verdiğiniz izin doğrultusunda danışanlarınızla yaptığınız görüşmeler video kaydıyla belgelenecektir. Bu kayıtlar ileride tekrar incelenerek araştırma amacı doğrultusunda değerlendirilecektir. Bu görsel kayıtlar psikoterapi eğitiminde veya kimlik bilgileriniz saklı tutularak bilimsel nitelikli yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Araştırma süresince sizden beklenen, size verilen ölçekleri doldurmanız, danışanınızın doldurduğu ölçekleri uygun şekilde arşivlemeniz, danışanınızla yaptığınız görüşmelerin video kayıtlarını almanız ve süreç sonunda elde ettiğiniz bu malzemeleri araştırma ekibine iletmenizdir.

Araştırma kapsamında Hacettepe Üniversitesi Öğrenci Sağlık Merkezi veya Psikiyatri ABD tarafından laboratuvarımıza yönlendirilen danışanlarla çalışılması planlanmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü öğretim üyelerinin süpervizyonu altında yürütülecek olan bu görüşmeler için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bununla birlikte size herhangi bir ödeme yapılmayacak ve tazminat talebi kabul edilmeyecektir.

Bu araştırmaya katılmayı tercih etmeyebilirsiniz. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden çekilebilirsiniz ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğinizi önceden bildirmanız gerekmektedir.

(Katılımcı Beyanı)

Sayın Dr./Uzman tarafından Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü Psikoterapi Araştırmaları Laboratuvarı'nda bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilendirmeden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam bana ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlı kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim).

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Ayrıca herhangi bir tazminat talebim olmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sorunla karşılaştığımda herhangi bir araştırmacıyı hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı herhangi bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış durumdayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen araştırma projesinde katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası da bana verilecektir.

Katılımcı:

Adı,

Soyadı: _____

Adres:

Telefon:

İmza:

Katılımcı ile Görüşen Uzman:

Adı,

Soyadı: _____

Adres:

Telefon:

İmza:

Araştırma Ekibi Adına

Prof. Dr. Gonca SOYGÜT PEKAK

Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü

Hacettepe Üniversitesi Psikoterapi Araştırmaları Laboratuvarı

goncab@hacettepe.edu.tr

0312 297 83 38

Ek 7: Terapötik İttifak Ölçeği – Hasta Formu (TİÖ-H)

GÖRÜŞME DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HASTA FORMU)

Aşağıdaki her bir cümleyi okuduktan sonra, ifadelerle ilgili değerlendirmenizi sağdaki yedi kutucuktan birinin içine (x) işareti koyarak yapınız.

	Hiçbir zaman	Çok Seyrek	Seyrek	Bazen	Sık sık	Çok sık	Her zaman
1. Terapistimin yanında kendimi rahat hissetmiyorum.							
2. Terapistim ve ben sorunlarımın düzelmesi için terapide neler yapmam gerektiği konusunda aynı şekilde düşünüyoruz.							
3. Bu görüşmelerin sonucunda ne olacağı konusunda endişelerim var.							
4. Terapide yaptıklarım, bana sorunumla ilgili yeni bir bakış açısı kazandırıyor.							
5. Terapistim ve ben birbirimizi anlıyoruz.							
6. Terapistim, terapiden neler beklediğimi doğru anlıyor.							
7. Terapide yaptıklarımı kafa karıştırıcı buluyorum.							
8. Terapistimin bana yakın hissettiğine inanıyorum.							
9. Terapistimle görüşmelerimizin amaçlarını belirleyebilmiş olmayı isterdim.							
10. Terapiden ne elde etmem gerektiği konusunda terapistime katılmıyorum.							
11. Terapistimle zamanı etkin kullanmadığımıza inanıyorum.							
12. Terapistim terapide neye ulaşmak							

istediğimi anlamıyor.							
	Hiçbir zaman	Çok Seyrek	Seyrek	Bazen	Sık sık	Çok sık	Her zaman
13. Terapide üzerime düşenlerin ne olduğunu biliyorum.							
14. Bu görüşmelerin amaçları benim için önemli.							
15. Terapide yaptıklarımızın, sorunlarımla ilişkili olmadığını düşünüyorum.							
16. Terapide yaptıklarımın, istediğim değişikliklere ulaşmamda bana yardımcı olacağını hissediyorum.							
17. Terapistimin iyiliğini gerçekten düşündüğüne inanıyorum.							
18. Görüşmelerde terapistimin benden ne beklediğini biliyorum.							
19. Terapistim ve ben birbirimize saygı duyuyoruz.							
20. Terapistimin bana gösterdiği duygularında tam olarak dürüst olmadığını hissediyorum.							
21. Terapistimin bana yardım edebileceğine inanıyorum.							
22. Terapistim ve ben, ortak hedeflerimize doğru ilerliyoruz.							
23. Terapistimin beni takdir ettiğini hissediyorum.							
24. Benim için neyin üzerinde durmamızın daha önemli olacağı konusunda hemfikiriz.							
25. Bu görüşmelerin sonunda neler yaparak değişebileceğimi daha iyi anladım.							
26. Terapistim ve ben birbirimize güveniyoruz.							
27. Terapistim ve ben sorunlarımın neler olduğu konusunda farklı düşünüyoruz.							
28. Terapistimle olan ilişkim benim için çok önemli.							

	Hiçbir zaman	Çok Seyrek	Seyrek	Bazen	Sık sık	Çok sık	Her zaman
29. Eğer yanlış şeyler söyler ya da yaparsam, terapistim terapiye devam etmeyecekmiş gibi geliyor.							
30. Terapistim ve ben terapiden neler kazanmam gerektiği konusunda hemfikiriz.							
31. Terapide yaptığım şeyler bana yerimde saydığımı hissettiriyor.							
32. Ne tür değişikliklerin benim yararına olacağı konusunda anlaşmaya vardık.							
33. Terapistimin yapmamı istediği şeyler bana anlamlı gelmiyor.							
34. Terapimin sonucunda neye ulaşacağımı bilemiyorum.							
35. Sorunumu ele alma yollarımızın doğru olduğuna inanıyorum.							
36. Onun onaylamadığı şeyler yaptığımda da terapistimin beni önemsedğini hissediyorum.							

Ek 8: Belirti Tarama Listesi (SCL-90)

SCL-90-R

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra her bir durumun, bugün de dahil olmak üzere son onbeş gün içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak, cevap kağıdında belirtilen tanımlamalardan (*Hiç / Çok az / Orta derecede / Oldukça fazla / İleri derecede*) uygun olanının (yalnızca bir seçeneğin) altındaki parantez arasına bir (X) işareti koyunuz. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yaptığınız işaretlemeyi tamamen silmeyi unutmayınız. Lütfen anlamadığınız bir cümleyle karşılaştığınızda uygulamacıya danışınız.

- | | |
|--|---|
| 1. Baş ağrısı | 17. Titreme |
| 2. Sinirlilik ya da içinin titremesi | 18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi |
| 3. Zihinden atamadığınız, yineleyici, hoş gitmeyen düşünceler | 19. İştah azalması |
| 4. Baygınlık veya baş dönmesi | 20. Kolayca ağlama |
| 5. Cinsel arzu ve ilginin kaybı | 21. Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi |
| 6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu | 22. Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi |
| 7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri | 23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma |
| 8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu | 24. Kontrol edilemeyen öfke patlamaları |
| 9. Olayları anımsamada güçlük | 25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu |
| 10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler | 26. Olanlar için kendini suçlama |
| 11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi | 27. Belin alt kısmında ağrılar |
| 12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar | 28. İşlerin yapılmasında erteleme duygusu |
| 13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi | 29. Yalnızlık hissi |
| 14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali | 30. Karamsarlık hissi |
| 15. Yaşamınızın sonlanması düşünceleri | 31. Her şey için çok fazla endişe duyma |
| 16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma | 32. Her şeye karşı ilgisizlik hali |
| | 33. Korku hissi |
| | 34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali |
| | 35. Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi |

36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
41. Kendini başkalarından aşağı görme
42. Adale(kas) ağrıları
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. Uykuya dalmada güçlük
45. Yaptığınız işleri bir ya da bir kaç kez kontrol etme
46. Karar vermede güçlük
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. Nefes almada güçlük
49. Soğuk veya sıcak basması
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer ve nesnelerden kaçınma durumu
51. Hiç bir şey düşünememe hali
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış olma hissi
54. Gelecek konusunda ümitsizlik
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. Gerginlik veya coşku hissi
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. Aşırı yemek yeme
61. İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. Yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapma
39. Kalbin çok hızlı çarpması
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi
68. Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. Dehşet ve panik nöbetleri
73. Toplum içinde yiyip-içerken huzursuzluk hissi
74. Sık sık tartışmaya girme
75. Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. Yerinizde duramayacak ölçüde huzursuzluk duyma
79. Değersizlik duygusu
80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. Başka bir kişiye asla yakınlık duyamama
89. Suçluluk duygusu
90. Aklınızdan bir bozukluğun olduğu düşünce

SCL-90-R CEVAPLAMA FORMU

	HİÇ AZ	ÇOK DERE- CEDE	ORTA DERE- CEDE	OLDUK- ÇA FAZLA	İLERİ DERE- CEDE
1.	()	()	()	()	()
2.	()	()	()	()	()
3.	()	()	()	()	()
4.	()	()	()	()	()
5.	()	()	()	()	()
6.	()	()	()	()	()
7.	()	()	()	()	()
8.	()	()	()	()	()
9.	()	()	()	()	()
10.	()	()	()	()	()
11.	()	()	()	()	()
12.	()	()	()	()	()
13.	()	()	()	()	()
14.	()	()	()	()	()
15.	()	()	()	()	()
16.	()	()	()	()	()
17.	()	()	()	()	()
18.	()	()	()	()	()
19.	()	()	()	()	()
20.	()	()	()	()	()
21.	()	()	()	()	()
22.	()	()	()	()	()
23.	()	()	()	()	()
24.	()	()	()	()	()
25.	()	()	()	()	()
26.	()	()	()	()	()
27.	()	()	()	()	()
28.	()	()	()	()	()
29.	()	()	()	()	()
30.	()	()	()	()	()
31.	()	()	()	()	()
32.	()	()	()	()	()
33.	()	()	()	()	()
34.	()	()	()	()	()
35.	()	()	()	()	()
36.	()	()	()	()	()
37.	()	()	()	()	()
38.	()	()	()	()	()
39.	()	()	()	()	()
40.	()	()	()	()	()
41.	()	()	()	()	()
42.	()	()	()	()	()
43.	()	()	()	()	()
44.	()	()	()	()	()
45.	()	()	()	()	()

	HİÇ AZ	ÇOK DERE- CEDE	ORTA DERE- CEDE	OLDUK- ÇA FAZLA	İLERİ DERE- CEDE
46.	()	()	()	()	()
47.	()	()	()	()	()
48.	()	()	()	()	()
49.	()	()	()	()	()
50.	()	()	()	()	()
51.	()	()	()	()	()
52.	()	()	()	()	()
53.	()	()	()	()	()
54.	()	()	()	()	()
55.	()	()	()	()	()
56.	()	()	()	()	()
57.	()	()	()	()	()
58.	()	()	()	()	()
59.	()	()	()	()	()
60.	()	()	()	()	()
61.	()	()	()	()	()
62.	()	()	()	()	()
63.	()	()	()	()	()
64.	()	()	()	()	()
65.	()	()	()	()	()
66.	()	()	()	()	()
67.	()	()	()	()	()
68.	()	()	()	()	()
69.	()	()	()	()	()
70.	()	()	()	()	()
71.	()	()	()	()	()
72.	()	()	()	()	()
73.	()	()	()	()	()
74.	()	()	()	()	()
75.	()	()	()	()	()
76.	()	()	()	()	()
77.	()	()	()	()	()
78.	()	()	()	()	()
79.	()	()	()	()	()
80.	()	()	()	()	()
81.	()	()	()	()	()
82.	()	()	()	()	()
83.	()	()	()	()	()
84.	()	()	()	()	()
85.	()	()	()	()	()
86.	()	()	()	()	()
87.	()	()	()	()	()
88.	()	()	()	()	()
89.	()	()	()	()	()
90.	()	()	()	()	()

Ek 9: Gözlemci Bilgi Formu

Gözlemci Bilgi Formu

Tarih: _____

Adı: _____

Soyadı: _____

Yaş: _____

Klinik Psikoloji eğitiminizin kaçınıcı yılındasınız?

(YL ve DR toplam)

Bugüne kadar aldığınız terapi eğitimlerini açıklayınız:

Bilişsel Davranışçı Terapi

Teorik _____ Süpervizyon _____

Şema Terapi

Teorik _____ Süpervizyon _____

Diğer _____

Teorik _____ Süpervizyon _____

Diğer _____

Teorik _____ Süpervizyon _____

Şu anda terapi uygulaması yapıyorsanız, hangi yaklaşım ya da yaklaşımları kullanıyorsunuz?

Kendinizi daha çok hangi yaklaşıma yakın hissediyorsunuz?

Ek 10: Onam Formu (Gözlemci)

HÜ Psikoloji Bölümü Psikoterapi Araştırmaları Laboratuvarı

PSİKOTERAPİ SÜREÇ ARAŞTIRMASI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (Hakem/Gözlemci/Değerlendirici Formu)

(Araştırmanın Açıklaması)

Psikoterapi sürecindeki çeşitli faktörlerle ilgili bir araştırma yapmaktayız. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. **Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır.** Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladığınızdan emin olduktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz bu formu imzalayınız.

Bu araştırma psikoterapi sürecindeki çeşitli faktörlerin neler olduğunu ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır. Bu amaçla araştırma gözlem tekniğine ve kalem kâğıt ölçümlerine dayanmaktadır. Sizden istediğimiz size sunulan hasta ve terapist bilgilerini içeren değerlendirme dosyasını dikkatli bir şekilde okumanız ve size sunulan yönerge ışığında kendi fikirlerinizden oluşan değerlendirmenizi bize yazılı olarak iletmenizdir; bunu yaparken de dosyaların gizliliğini ve güvenliğini sağlamanızdır. Bu konudaki katılımınız araştırma için değerlidir.

Araştırmamıza verdiğiniz/vereceğiniz bu destek kapsamında size herhangi bir ödeme yapılmayacak, tazminat talebi kabul edilmeyecek ve araştırma sonunda elde edilecek/edilebilecek yayınlarda yazarlık hakkı tanınmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmayı tercih etmeyebilirsiniz. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden çekilebilirsiniz ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğinizi önceden bildirmeniz gerekmektedir.

(Katılımcı Beyanı)

Sayın tarafından Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü Psikoterapi Araştırmaları Laboratuvarı'nda bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilendirmeden sonra böyle bir araştırmaya davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam bana ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlı kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim (ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim).

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Ayrıca herhangi bir tazminat ya da yazarlık hakkı talebim olmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sorunla karşılaştığımda herhangi bir araştırmacıyı hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı herhangi bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış durumdayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen araştırma projesinde katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası da bana verilecektir.

Katılımcı:

Adı, Soyadı: _____

Adres: _____

Telefon: _____

İmza: _____

Katılımcı ile Görüşen Araştırmacı:

Adı, Soyadı: _____

Adres: _____

Telefon: _____

İmza: _____

Araştırma Ekibi Adına

Prof. Dr. Gonca SOYGÜT PEKAK

Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü

Hacettepe Üniversitesi Psikoterapi Araştırmaları Laboratuvarı

goncab@hacettepe.edu.tr

0312 297 83 38

Ek 11: Terapötik İttifak Ölçeği – Terapist Formu (TİÖ-T)

GÖRÜŞME DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (TERAPİST FORMU)

Aşağıdaki her bir cümleyi okuduktan sonra, ifadelerle ilgili değerlendirmenizi sağdaki yedi kutucuktan birinin içine (x) işareti koyarak yapınız.

	Hiçbir zaman	Çok Seyrek	Seyrek	Bazen	Sık sık	Çok sık	Her zaman
1. Hastamla kendimi rahat hissetmiyorum.							
2. Hastam ve ben, sorunlarının düzelmesi için terapide neler yapması gerektiği konusunda aynı şekilde düşünüyoruz.							
3. Bu görüşmelerin sonucunda ne olacağı konusunda endişelerim var.							
4. Hastam ve ben, terapide yaptıklarımızın işe yaradığına inanıyoruz.							
5. Hastamı anladığımı düşünüyorum.							
6. Hastam ve ben, onun terapiden neler beklediği konusunda hemfikiriz.							
7. Hastam terapide yaptıklarımızı kafa karıştırıcı buluyor.							

	Hiçbir zaman	Çok Seyrek	Seyrek	Bazen	Sık sık	Çok sık	Her zaman
8. Hastamın bana yakın hissettiğine inanıyorum.							
9. Hastam için görüşmelerimizin amacını netleştirmeye ihtiyacım var.							
10. Terapiden ne elde etmesi gerektiği konusunda hastamla aynı fikirde değiliz.							
11. Hastamla zamanı etkin kullanmadığımıza inanıyorum.							
12. Terapide neye ulaşmak istediğimiz konusunda şüphelerim var.							
13. Hastamın terapide üzerine düşenlerin ne olduğunu bildiğine eminim.							
14. Bu görüşmelerin amaçları hastam için önemli.							
15. Terapide yaptıklarımızın, hastamın sorunlarıyla ilişkili olmadığını düşünüyorum.							
16. Terapide yaptıklarımızın, hastamın istediği değişikliklere ulaşmada ona yardımcı olacağını hissediyorum.							

	Hiçbir zaman	Çok Seyrek	Seyrek	Bazen	Sık sık	Çok sık	Her zaman
17. Hastamın iyiliğini gerçekten düşünüyorum.							
18. Görüşmelerde hastamdan ne beklediğimi biliyorum.							
19. Hastam ve ben birbirimize saygı duyuyoruz.							
20. Hastama gösterdiğim duygularımda tam olarak dürüst olmadığımı hissediyorum.							
21. Hastama yardım edebileceğime inanıyorum.							
22. Hastam ve ben, ortak hedeflerimize doğru ilerliyoruz.							
23. Hastamı takdir ediyorum.							
24. Hastam için neyin üzerinde durmamızın daha önemli olacağı konusunda hemfikiriz.							
25. Hastam bu görüşmelerin sonunda neler yaparak değişebileceğini daha iyi anladı.							
26. Hastam ve ben birbirimize güveniyoruz.							
27. Hastam ve ben sorunlarının neler olduğu konusunda farklı düşünüyoruz.							
28. İlişkimiz hastam için çok önemli.							

	Hiçbir zaman	Çok Seyrek	Seyrek	Bazen	Sık sık	Çok sık	Her zaman
29. Hastamın, eğer yanlış şeyler söyler ya da yaparsa, benim terapiye devam etmeyeceğime dair korkuları var.							
30. Görüşmelerin amaçlarını belirleme konusunda hastam ve ben işbirliği içindeyiz.							
31. Hastam terapide yapmasını istediğim şeylerden dolayı yerinde saydığını hissediyor.							
32. Ne tür değişikliklerin onun yararına olacağı konusunda anlaşmaya vardık.							
33. Terapide yaptıklarımız hastama anlamlı gelmiyor.							
34. Hastam terapinin sonucunda neye ulaşacağını bilmiyor.							
35. Hastam sorununu ele alma yollarımızın doğru olduğuna inanıyor.							
36. Onaylamadığım şeyler yapsa da hastama olan saygım devam eder.							

Ek 12: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (YİYE-II)

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (YİYE-II)

Aşağıda yakın duygusal ilişkilerinizde kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin çeşitli ifadeler yer almaktadır. Yakın duygusal ilişkiden kastedilen romantik ilişkilerdir. Lütfen her bir ifadeyi bu tür ilişkilerinizi düşünerek okuyun ve her bir ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını 1 (hiç katılmıyorum)'den 7 (Tamamen katılıyorum)'ye kadar rakamlar verilen 7 aralıklı ölçek üzerinde değerlendiriniz. Her ifade için ölçekteki rakamlardan yalnızca bir tanesini işaretleyiniz.

	1	2	3	4	5	6	7
1. Birlikte olduğum kişiyi kaybetmekten korkarım.							
2. Gerçekte ne hissettiğimi birlikte olduğum kişiye göstermemeyi tercih ederim.							
3. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin artık benimle olmak istemeyeceği korkusuna kapılırım.							
4. Özel duygu ve düşüncelerimi birlikte olduğum kişiyle paylaşmak konusunda kendimi rahat hissedirim.							
5. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği duygusuna kapılırım.							
6. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanmak bana zor gelir.							
7. Romantik ilişkide olduğum kişilerin beni, benim onları önemsemişim kadar önemsemeyeceklerinden endişe duyarım.							
8. Romantik ilişkide olduğum kişilere yakın olma konusunda çok rahatımdır.							
9. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin bana duyduğu hislerin benim ona duyduğum hisler kadar güçlü olmasını isterim.							
10. Romantik ilişkide olduğum kişilere açılma konusunda kendimi rahat hissetmem							
11. İlişkilerimi kafama çok takarım.							
12. Romantik ilişkide olduğum kişilere fazla yakın olmamayı tercih ederim.							
13. Benden uzakta olduğunda, birlikte olduğum kişinin başka birine ilgi duyabileceği korusuna kapılırım.							
14. Romantik ilişkide olduğum kişi benimle çok yakın olmak istediğinde rahatsızlık duyarım							

Ek 13: Hasta - Terapist Etkileşimleri Değerlendirme Formu (HTED-F)

Hasta - Terapist Etkileşimleri Değerlendirme Formu (HTED-F)

Seans Kodu:	Kodlayıcı:
--------------------	-------------------

	Bu davranışı değerlendiriniz	
	0	1
Hasta davranışları	Yok	Var
1. Hasta, terapist hakkında yakınmalarda bulunur.	0	1
2. Hasta, terapistinin formülasyonunu ya da yorumunu işbirliğinden uzak bir şekilde reddeder.	0	1
3. Hasta, terapi etkinlikleri hakkında yakınmalarda bulunur.	0	1
4. Hasta, terapisinin değişkenleri hakkında yakınmalarda bulunur.	0	1
5. Hasta, terapisinin ilerleyişi hakkında yakınmalarda bulunur.	0	1
6. Hasta, kendisini terapistle karşı savunur.	0	1
7. Hasta, terapistini kontrol etmeye ya da ona baskı uygulamaya yönelik doğrudan çaba sarf eder.	0	1
8. Hasta, duygu, düşünce ya da davranışlarını inkâr eder.	0	1
9. Hasta, seans içerisindeki etkinliklere (uygulamalar, konuşmalar vs.) çok az tepki verir.	0	1
10. Hasta, konuşmalarını soyut kavramlar üzerinden sürdürür.	0	1
11. Hasta, üzerinde çalışılan konu hakkında konuşmaktansa ilişkili ya da çok az ilişkili başka konulardan/hikayelerden bahseder, konuyu değiştirir.	0	1
12. Hasta, terapistin söylediklerine ve davranışlarına karşı aşırı bir şekilde uyumlu davranır ve/veya terapistini	0	1

koşulsuzca onaylar		
13. Hastanın konuşmalarının içeriği ile duygu durumu uyuşmaz.	0	1
14. Hasta kendini eleştirir ve/veya yaşadıkları konusunda umutsuzdur.	0	1
15. Hasta, terapi sürecinde yaşadığı olumlu olayların nedeni olarak başka kaynakları işaret eder.	0	1
16. Hasta, terapide yaşadığı bazı sıkıntıları (örneğin, terapi süreci ya da terapist hakkında) dolaylı yollardan ifade eder.	0	1
17. Hasta, terapide yaşadığı bazı sıkıntıları ifade etmek için işbirliğinden uzak, alaycı bir yol izler.	0	1
Terapist Davranışları (Olumlu)		
18. Terapist, hastanın terapi süreci ve/veya geleceğe dair umudunu güçlendirmek üzere açıklamalarda bulunur.	0	1
19. Terapist ihtiyaç duyduğu bazı durumlarda teknik uygulamaları bırakıp hasta ile olan ilişkisine odaklanır.	0	1
20. Terapist terapideki roller ve beklentiler hakkında hastaya bilgi verir.	0	1
21. Terapist, hasta ile tedavinin gidişatını değerlendirir ve tartışır.	0	1
22. Terapist terapideki süre ve değişim örüntüsü hakkında hastaya bilgi verir.	0	1
23. Terapist, hastanın tercihlerini göz önünde bulundurur.	0	1
24. Terapist, hastanın savunmacı duruşuna hak verir.	0	1
25. Terapi sırasında yaşanan kırılma, terapist tarafından, hasta-terapist ilişkisi içerisindeki daha geniş bir örüntüyle bağlantılandırılır.	0	1
26. Kırılma, terapist tarafından diğer ilişki örüntüleriyle bağlantılandırılır.	0	1
27. Terapist, terapi sırasında ortaya çıkan sorunlar ile ilgili kendi payını kabul eder.	0	1
28. Terapist, terapi sırasında yaşanan sıkıntılarla ilgili olarak kendi içsel deneyimlerini paylaşır.	0	1
29. Terapist, hastayı, terapide yaşanan sıkıntılarla ilgili olarak kendi düşünce ve hislerini tartışmaya teşvik eder.	0	1
30. Terapist, terapideki görevleri tanımlar/açıklar ya da bunların ardındaki rasyoneli sunar.	0	1
31. Terapist, terapideki görevleri, hedefleri (amaçları) değiştirir.	0	1

Ek 14: Hasta - Terapist Etkileşimleri Değerlendirme Yönergesi (HTED-Y)

Hasta - Terapist Etkileşimleri Değerlendirme Yönergesi (HTED-Y)

Bu yönerge, terapi seansları sırasında ortaya çıkan terapötik ittifak ve terapötik ittifakta kırılma işaretleri ile terapistlerin bu durumlarda sergilediği davranışları tespit etmeyi kolaylaştırmak ve bunları değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Yönerge hazırlanırken gözlemcilerin konuya ilişkin kuramsal bilgilerini kullanmaları değil seans içerisinde gördükleri ve aşağıda ayrıntılı bir şekilde açıklanmış olan etkileşimleri tanıyıp değerlendirmeleri hedeflenmektedir. Bu amaca uygun olarak da ilişkili kavramlar hakkında kuramsal bilgi verilmeyecektir.

Aşağıda, puanlanabilir her bir madde ile ilişkili olarak çeşitli açıklamalar ve örnekler sıralanmıştır. Sizden beklenen, *Genel Uyarılar/Açıklamalar* başlığı altında yer alan uyarı ve açıklamaları gözeterek puanlama yapmanızdır.

Puanlanacak maddeler *Hasta Davranışları* ve *Terapist Davranışları* olarak iki ana başlığa ayrılmış; Terapist Davranışları da *Olumlu* ve *Olumsuz* olmak üzere iki alt başlığa ayrılmıştır. Bu başlıklama, içeriğin takibini kolaylaştırmak amacıyla yapılmış olup nicel veri analizi sonuçlarına dayanarak yeniden yapılandırılabilir.

Yönerge içerisinde yer almayan fakat dikkatinizi çeken önemli durumları/gözlemlerinizi ya da araştırmacıya iletmek istediğiniz farklı bilgileri ölçek sonunda yer alan *Not* başlığı altına yazabilirsiniz.

Kodlama Prosedürü

Lütfen bütün görüşmenin video kaydını izleyiniz. İhtiyaç duymanız durumunda seansların deşifrelerini de kullanabilirsiniz ancak yazılı metnin görüntü kaydının yerini tutamayacağını unutmayınız. Eğer puanlamanız gereken görüşmenin görüntü kaydı yoksa ses kaydından da faydalanabilirsiniz. Böyle bir durumu lütfen not ediniz. Değerlendirme sırasında görüşmeyi istediğiniz kadar durdurabilir, ileri ya da geri sarabilirsiniz.

Genel Uyarılar/Açıklamalar

1. Aşağıda yer alan maddeler, bir kelime, cümle, paragraf ya da sessizlik anı ile ilişkilendirilebileceği gibi birkaç dakika süren bir diyalog ya da monologla da ilişkilendirilebilir.
2. Terapi seansı içerisindeki aynı kesit birden fazla açıklamayla ilişkilendirilebilir ve dolayısıyla herhangi bir kesit birden fazla maddeyi puanlamak için yeterli olabilir.
3. Maddelerin altında yer alan açıklamalar o maddeye ilişkin kesin sınırları çizmez. O maddeyi ya da açıklamaları çağrıştırdığı düşünülen durumlar da puanlanabilir.
4. Herhangi bir maddeyi puanlamak için, o maddenin altında yer alan açıklamaların tamamın gerçekleşmesi gerekmemektedir. Maddeye ya da maddenin açıklamasına dair belli bir durumun gerçekleşmesi dahi o maddenin puanlanması için yeterlidir.
5. Her bir madde seans içerisindeki bağlam gözetilerek puanlanmalıdır. Puanlama için önceki ya da sonraki hasta ya da terapist ifadeleri ipucu olarak kullanılabilir. Ancak, olumsuz bir terapist davranışından sonra gelen olumlu bir terapist davranışı önceki davranışın puanlanmasına engel değildir.

Hasta Davranışları

Hasta, terapist hakkında yakınmalarda bulunur.

Hasta, terapistin kendisi, terapi sırasındaki davranışları, tutumları ya da konuşmaları hakkında yakınmalarda bulunur. Bu yakınmalar, şikayetçi olunan durumun çözümüne yönelmekten çok durum tespiti şeklinde olabilir ve genellikle işbirliğinden uzak bir şekilde ortaya çıkar.

Hasta: Tamam. bazen beni sıkıştırıyor musunuz gibi geliyor. Fark ediyorsunuzdur.

Hasta, terapistinin formülasyonunu ya da yorumunu işbirliğinden uzak bir şekilde reddeder.

Hasta, terapistin sorunuyla ilgili olarak yaptığı formülasyonu; soruna yönelik olası açıklamalarını kabul etmez. Bu, tedaviye ilişkin genel bir açıklamayla ilişkili olabilirken tedavi ilerleyişi sırasında ortaya çıkan küçük açıklamalar için de geçerli olabilir.

Terapist: Ne dersin, başkalarına karşı kuralların olabilir mi?

Hasta: Bence yok.

Hasta, terapi etkinlikleri hakkında yakınmalarda bulunur.

Hasta, terapistin, terapi gidişatı içerisinde kendisine önerdiği ya da terapistin kendisinin yaptığı terapi etkinliklerinden (kayıt tutma, imgeleme vs gibi) yakındır.

Hasta: Keşke daha fazla mod olsaymış.

Terapist: Hı hı.

Hasta: Yetersiz gördüm ben.

Terapist: Hı hı. Ne gibi mesela?

Hasta: Bilmiyorum çok... birkaç tane daha işte.

Terapist: Hı hı. Ne açıdan mesela tamamlayıcı olurdu?

Hasta: Ay bilmiyorum. Yani. Yetersiz bence.

Ya da

Hasta: Mesela bu hafta kayıt yapmak aklıma geliyor. Ama neyi kaydedeceğim ki kötü hissediyorum. Bu kadar basit.

Hasta, terapinin değişkenleri hakkında yakınmalarda bulunur.

Terapi değişkenleri derken kastedilen şeyler terapinin daha çok “teknik” olarak adlandırılabilir bazı koşullardır. Çoğunlukla terapi odası dışındaki bazı düzenlemelere gönderme yapılır. Bu düzenlemelere ilişkin yakınmalar o sırada konuşulan konularla ilişkili olabileceği gibi tamamen bağımsız bir şekilde de gündeme gelebilir.

Hasta: Söylemek istediğim, mümkün mü bilmiyorum, daha sıklaştırmak bu görüşmeleri. Belki daha iyi olur düşünüyorum. Çünkü böyle bir hafta geçiyor, soğuk kalıyorum artık. Buradan böyle çıktığım gibi, etkisi kalıyor, etkisi kalıyor ama bir hafta geçiyor, bir hafta sonra unutuyorum her şeyi. Her şey tekrar aynı şekil devam ediyor. Kötü oluyor. Moral bozuklukları falan tekrar buraya geliyorum işte. Ancak daha sık olursa belki daha fazla etki görebilirim diye düşünüyorum. Sizin için mümkünse.

Hasta, terapinin ilerleyişi hakkında yakınmalarda bulunur.

Hasta, terapiden duyduğu memnuniyet ya da memnuniyetsizliği ifade edebilir. Bu başlık altında puanlanan durum terapiden sağlanan kazanımların zamansal durumuyla ilgilidir. Hasta, terapide kat edilen yoldan ya da elde edilen kazanımların ortaya çıkma süresinden memnun değildir.

Hasta: İyiydi, sürekli anlatıyorum, anlatıyorum ya sürekli anlattıkça bunlar bana nasıl geri dönecek bunu düşünüyorum bir yandan da. Hani niye boş yere anlatıyorum boş yere demeyim de hani niye bir sürü bir şeyler anlatıyorum.

Hasta, kendisini terapistle karşı savunur.

Hasta, terapistin davranışları, tutumları ya da sözlerine karşı kendisini savunma ihtiyacı hisseder. Terapistin formülasyonu ya da herhangi bir konudaki açıklaması buna neden olabilir. Terapistin didaktik bir tavır takınması ya da hastanın yaşanan sorunlar

konusundaki sorumluluğuna yapılan bir vurgu da hastanın savunmaya geçmesine neden olabilir.

Hasta: Evet, galiba var. Zorunluluk ifadeleri var, ama ben bu konuda sabit fikirli bir insan olduğumu düşünmüyorum.

Hasta, terapistini kontrol etmeye ya da ona baskı uygulamaya yönelik doğrudan çaba sarf eder.

Hasta, terapide var olan ve kendisini memnun etmeyen herhangi bir şeyi değiştirmek üzere terapisti kontrol altında almaya çalışır. Buradaki amaç memnuniyetsizliği ile ilgili olarak terapisti suçlamak, terapistin yaptıklarını sorgulamak ya da sadece süreci kendi kontrolü altına almak olabilir.

Hasta: Hı hım, arkadaşlarımı da seviyorum. Hani onları bırakmak da bir yönden canımı sıkıyor ama hani bir yönden düşünüyorum hangisi daha iyi olarak, daha ağır basıyor. Geçmek benim için sanırsam daha iyi olacak. Sonuçta hayatımda bir sürü insan çıkıyor karşımıza hani, yeni arkadaşlar, yeni insanlar, sonuçta buradaki arkadaşlarımla da ömrümün sonuna kadar beraber olmayacağım. Kısa bir zaman var ve hani şu alışkanlığımı ne kadar erken yenersem ki çalışma hayatına kadar falan sürdüğünü hayatta düşünemiyorum. Yani hadi çalışma hayatını geçtim, 6. sınıf yani sınav dönemimizde ya da ne bileyim ya da stajlar falan şu bu.

Terapist: Tabii ki, çok yoğun bir yaşantın olacak.

Hasta: O yüzden elimden geldiğince erken hani bu işte hastalığımı yenebilirsem daha iyi olur.

Hasta, duygu, düşünce ya da davranışlarını inkâr eder.

Hasta, yaşadığı duyguları, düşünceleri ya da yaptığı davranışları işbirliğinden uzak bir şekilde reddeder ve bu konular üzerinde çalışılmasını engeller/engellemeye çalışır. Söz konusu inkâr davranışı herhangi bir psikolojik bozukluğun belirtisi olarak ortaya çıkmaktansa terapi ilişkisi bağlamında gündeme gelir. Terapideki ilerleyişi yavaşlatmaya ya da durdurmaya yöneliktir.

Hasta: Fazlasıyla durağan bir hafta geçti. Herhangi bir iniş çıkış yaşamadım o yüzden de ödev yapmadım.

Ya da

Hasta: Belki de aslında hiç sorunum yani... Normalde hani dünyada neler oluyor? İnsanlar açlıktan birbirini öldürüyor. Savaşlar var falan. Gibi şeyler var ya. Yani gidip de vay işte babam da bana şöyle dedi. Ühühüh demek istemiyorum yani (*gülüyor*). Ne bileyim.

Hasta, seans içerisindeki etkinliklere (uygulamalar, konuşmalar vs.) çok az tepki verir.

Hasta, terapi ilerleyişi çerçevesinde yapılması beklenen konuşmalara ya da uygulamalara çok az tepki verir. Bu, uzun sessizlikler ve/veya kısa kelimelerle yapılabileceği gibi jest ve mimiklerle de yapılabilir.

Terapist: İı bunu da yani ihtiyaç, yaşayabileceğin kadarını yaşayabilmen güzel bir şey dedik, değil mi?

Hasta: Hı hı.

Terapist: Bu ve son olarak da ne yaptık? Bir dahaki, önümüzdeki görüşmelerle ilgili bir plan yaptık.

Hasta: Hı hı

Terapist: Var mı senin eklemek istediğin, sormak istediğin?

Hasta: İıı...

Terapist: İıı görüşme boyunca hani böyle canını sıkın

Hasta: Cık

Terapist: Öfkeliyordun?

Hasta: Cık

Terapist: Hı hı. Eksik kaldığını hissettiğin bir şey?

Hasta: Yok.

Terapist: Peki, tamam. O zaman böyle bitirelim görüşmeyi yine.

Hasta: Tamam.

Terapist: Oldu.

Hasta, konuşmalarını soyut kavramlar üzerinden sürdürür.

Hasta, sorulan sorulara ya da önerilen etkinliklere, terapi ilerleyişini aksatacak bir şekilde, doğrudan ya da somut kavramlarla yanıt vermektense anlaşılması güç ve/veya belirsiz cümlelerle tepki verir.

Hasta: Eee keşke bırakmasaydı filan demiyorum. Ama bırakmasaydı ben belki hiç olmayacaktım yani. O yüzden benim için, benim doğduğum andan öncesi tamamen benim ilgi alanım dışında ve beni etkilemeyecek gibi düşünüyorum. Hiçbir şey düşünmüyorum.

Terapist: Babam okulu yarım bırakmasaydı ben olmayacaktım dediniz. Pek anlayamadım, ikisi arasında nasıl bir ilişki vardı?

Hasta: *(Gülüyor)* yani bu daha biyolojik bir şey açıklaması. Eee.. bir bireyin oluşması için gerçekleşmesi gereken şartlar gerçekleşmeyecekti belki. Belki değil büyük bir ihtimal. Bir insanın olması için sonsuz olasılık gerekiyor.

Terapist: Okula devam ettiği sıralarda babanız annenizle evli miydi?

Hasta: yok değildi, ortaokul sonrasında lise düzeyindeymiş o zamanlar öğretmenlik. Devam etseydi belki farklı bir hayatı olacaktı ve ben belki hiç olmayacaktım. O açıdan düşündüğümde keşke bitirseymiş diyebilirim *(gülüyor)*.

Hasta, üzerinde çalışılan konu hakkında konuşmaktansa ilişkili ya da çok az ilişkili başka konulardan/hikâyelerden bahseder, konuyu değiştirir.

Hasta, sorulan sorulara ya da önerilen etkinliklere, terapi ilerleyişini aksatacak bir şekilde, tepkiler verir. Hikayeler, şakalar, fıkralar anlatabilir. Anlatılan bu şeyler konuyla az da olsa temas etse de ilgili etkinliklere yönelik, doğrudan ve/veya doyurucu yanıtlar içermez.

Hasta: Yani evet. Ben değil herkese aynıdır herhalde. *(telefonuna bakıyor)* Özge arıyor çok şaşırtıcı. O ben aradığım için arıyor evet tamam. *(gülüyor)* görüşmüyoruz da bayağıdır kendisiyle. İnternette konuşmaya başladık. Bana şiir falan yolladı çok garip *(gülüyor)* neyse ben yalnız kalmak istediğime karar verdim. Ya ben de zaten bunu dile getiriyor. Görüşmeyeceği insanların listesini yapmış kafasında. Ya bunun içinde ben yokum tabi. Çünkü bana yolladığı şiir Cahit Külebi'nin bir şiiri. İşte yani teması şu: kimseyle görüşmek istemiyorum. Herkesten soğudum ama bir tek sen varsın. Tema bu. Bunu yollamış bana ama bir şey ifade etmedi ban açıkçası. Ne yani? Ne yapayım? Hani ben varım ama nerede varım ki ben? Fark etmiyor artık yani. Ona sinir olmaya başladım.

Hasta, terapistin söylediklerine ve davranışlarına karşı aşırı bir şekilde uyumlu davranır ve/veya terapistini koşulsuzca onaylar.

Hasta, terapi sırasındaki etkinliklere ya da terapist davranışlarına koşulsuz bir şekilde, herhangi bir sorgulama ya da anlama çabası olmaksızın uyum gösterir ve/veya bunları över. Söz konusu etkinliklere katılım oldukça yüzeysel olabileceği gibi belli bir düzeye kadar etkin katılım sergilenebilir ancak bu katılımın somut bir sonucu olamayabilir.

Terapist: ...bırakmak istediğimiz bir şey değil. O yüzden terapi yapıyoruz... Çalışıyoruz.

Hasta: Siz daha iyi bilirsiniz...

Hastanın konuşmalarının içeriği ile duygu durumu uyuşmaz.

Hasta, konuşulan konu ile doğrudan bağlantı kurulamayan bir duygudurum içerisinde görünebilir: Üzücü bir olay anlatırken gülmek ya da kahkaha atmak söz konusu olabilirken mutluluk verici bir olay anlatılırken hüzünlenmek ya da ağlamak gibi. Bu davranış, konuşulan konu hakkında derinlemesine bir çalışmayı engelleyebilecek düzeyde olabilir. Terapist ve hasta konuya odaklanmakta zorlanırlar ve bu nedenle de terapi ilerleyişi yavaşlayabilir.

Terapist: Rahatsız oldunuz *(sessizlik)*.

Hasta: Başka bir şey konuşalım hocam ya da devam edelim *(güler)*.

Hasta kendini eleştirir ve/veya yaşadıkları konusunda umutsuzdur.

Hasta, yaşadığı sorunlar hakkında kendisini eleştirir, yaşanan sorunların tek/en büyük sorumlusu kendisidir ve kendisi değişmeyeceği için bu sorunlar da çözümsüzdür. Bu şekilde ortaya çıkan bir davranış konu üzerinde çalışmayı olanaksız kılabilir çünkü hastaya göre, hasta için yapılabilecek hiçbir şey yoktur. Bu şekilde bir davranış terapi sürecini yavaşlatabilir ya da engelleyebilir.

Hasta: Evet. Bilmiyorum yani. O konuda da bayağı kararsızım. Bayağı böyle kafamı meşgul ediyor. Yani hakikaten rahatsız oluyorum. Bütün hayatımı etkiliyor böyle. Düşünüyorum, bu şekilde olmayacak yani. Hiçbir işim böyle gitmeyecek. Yapamayacağım. O zaman yani, böyle sık yaşadığım anlardan sonra bırakıp gitmeyi düşünüyorum. Hani bıraktıktan sonra nereye giderim bilmiyorum.

Hasta, terapi sürecinde yaşadığı olumlu olayların nedeni olarak başka kaynakları işaret eder.

Hasta, terapi süreci devam ederken yaşadığı olumlu olayları terapiden ziyade başka, dışsal olayların bir sonucu olarak görür. Terapideki çalışmayı değersizleştirme öz konusu olabilir. Söz konusu olumlu gelişmeler belirtisel düzeyde olabileceği gibi kişilerarası süreçleri de içerebilir.

Hasta: Açıkçası baharla beraber beni bir hüznü kapladı. Bir tane arkadaşım var İzmir'de onunla konuşuyorduk. Bilmiyorum dedim. İnsanlar bir anda beni aramıyorlar, sormuyorlar, bir anda kırılmaya başladım, üzölmeye başladım, o da şey dedi 'kafana cemre düşmüş senin' dedi.

Terapist: Bahardan.

Hasta: Evet (güler).

Terapist: Genelde de tam tersi olur, bahar gelince insanın dışarı çıkası gelir, hayat da canlanıyor çünkü.

Hasta: Ben de böyle bir dönüşüm, değişim oluyor ondan sonra hayat canlanıyor, hemen olmuyor bende. Ondan sonra “kafana cemre düşmüştür” dedi. Ona çok güldüm ve bu aralar öyle dolaşıyorum, kafama cemre düşmüş diyorum. Kırılıyorum, insanların aramaması sormaması; arkadaş, dost diye baktığım insanların bunca zamandır arayıp sormamaları ne yapıyorum ne ediyorum diye, beni kırmaya başladı. Şu ana kadar kırmayan şey beni kırmaya başladı. Bir anda kırılmaya ve üzülmeye başladım. Ondan sonra işte o şey geldi, o “cemre düşmüştür kafana” biraz daha beni ayağa kaldıran bir şey oldu, biraz espriyle falan da olsa çok iyi geldi. Kafama cemre düşmüştür diyorum.

Terapist: Belki daha önceden düşünmediğiniz bir şeylerdi, burada birçok şeyin üstünde düşünmeye çalışıyoruz, bunlar da bazı kanalları açmış olabilir.

Hasta: Bir anda böyle hüznlendim, hüzn yaptım. Bir anda şey yaptım, kırıldığımı hissettim filan arkadaşım öyle deyince, bir an tekrar kendimi topladım ama o kırılma şeyi devam ediyor yani o kırılganlık devam ediyor açıkçası.

Terapist: Hepimizin içinde olan bir taraftır. Bir ihtiyaç var orada.

Hasta: Motivasyonumu o esprinin içinde buldum açıkçası, oradan bir motivasyon yakaladım.

Terapist: Size iyi gelen bir espri olmuş, güzel bir espri.

Hasta: Evet, kafana cemre düşmüş deyince. Hatta Ebru ile de şey yaptım, ikimizin de kafasına düştü diye, ikimiz birden depresyona girdik yapıyoruz. Yani o motivasyonu yakaladım orada, yani o iki kelime bile doyurdu beni, doyduğumu hissettim.

Hasta, terapide yaşadığı bazı sıkıntıları (örneğin, terapi süreci ya da terapist hakkında) dolaylı yoldan ifade eder.

Hasta, terapiye dair herhangi bir sıkıntısı doğrudan, işbirliğine açık ve çözüme yönelik bir şekilde ifade etmektense açık bir şekilde ya da az da olsa ilişkili bir biçimde başka bir konuyu anlatarak/başka bir konuya gönderme yaparak anlatır.

Hasta: Belki hayatımın dönüm noktası birisi annem birisi eşimdir. Yani insan hayatında annesi ve eşi gerçekten. Benim hayatımı mahvedenler ikisidir yani. Hani belki orada bir şeyler, çocukluğumda, onun üzerine de eşim koydu, bunun üzerine yıkıntıları, yani mesela, Gökhan Bey, “siz güçlü olsaydınız”, bana hep o telkin verirlerdi, psikiyatrist olan. “Tamam, o zayıfsa sen güçlü ol”, ben zaten güçsüzüm nasıl güçlü olayım, ben ne yapayım sen yapsaydın bir şeyler derdi bana hep. Ben nasıl güçsüz, zaten kabul etmişim ben zayıfım tamam, nasıl yapayım o şeyde, yürüyemeyen bir insana koş diyebilir misiniz? Nasıl yaşayayım ben orada, yani annenin yerinden çıkıyorsun, aynı onu daha kat kat fazlası bir aileye geliyorsun. Sahiplenmeyen bir eş, nasıl, ben orada kendimi göstereyim, nasıl kurallar koyayım. Nasıl ben şunu istiyorum diyebileyim. Kesinlikle yapamayacağım şeyler...

Hasta, terapide yaşadığı bazı sıkıntıları ifade etmek için işbirliğinden uzak, alaycı bir yol izler.

Hasta, terapi sürecine dair (terapist, terapi etkinlikleri vs) ifade etmek istediği düşüncelerini alaycı bir üslup kullanarak, işbirliğinden uzak bir şekilde ifade eder. Alaycı ifadeler doğrudan bir davranışı ya da etkinliği hedef alabileceği gibi bağlamdan bağımsız bir şekilde de kendini gösterebilir.

(Hasta sürekli olarak seanslara geç gelmektedir ve bunun üzerine terapist, her iki tarafın da onaylayacağı yazılı bir sözleşme yapılmasını önerir.)

Terapist: Biraz sembolün önüne de geçmesi dileğiyle, sembolik bir şey tabî ki. Çünkü buna uymamak yine bizim elimizde. Sizin elinizde benim elimde ama ıh dedim ya hani yanlış anlaşılabilir olabiliyor ya, onun önüne geçmek için. Bu arada hani konuştuğumuz şey kâğıda dökülmüş olsun. Söz uçar yazı kalır.

Hasta: *(güler)* Anladım.

Terapist: Bende de bir nüsha bulunsun sizde de bulunsun. Ben fotokopisini çektirir getiririm size haftaya. Çünkü...

Hasta: Ben odama asayım o zaman *(güler)*.

Terapist Davranışları (Olumlu)

Terapist, hastanın terapi süreci ve/veya geleceğe dair umudunu güçlendirmek üzere açıklamalarda bulunur.

Terapist, terapi süreci, terapinin olası gidişatı hakkında hastaya gerçekçi bilgiler verir. Hastanın var olan umudunu güçlendirmeye çalışır ya da umut oluşturmaya alışır.

Terapist: Bundan sonra depresyon olur mu olmaz mı, gelecekte ne olur, çok fazla bir şey söylemek mümkün değil ama ben sizin olayların üstesinden çok iyi bir şekilde gelebildiğinizi düşünüyorum. Şimdiye kadar böyle bir şey yaşamamanızın çok olumlu olduğunu düşünüyorum. Üstesinden gelebildiğiniz olayların bizim için çok önemli olduğunu düşünüyorum. Dönem dönem iniş çıkışlar olabilir sizin hayatınızda. Bazen ufak da olsa bir ‘acaba’ya düşebilirsiniz. Ben sizin ama başa çıkmayla ilgili, o durumda neler yapacağınızla ilgili ciddi bir birikim elde ettiğinizi düşünüyorum. Geri dönüşler terapi sürecinde de oldu biliyorsunuz, ufak tefek.

Terapist ihtiyaç duyduğu bazı durumlarda teknik uygulamaları bırakıp hasta ile olan ilişkisine odaklanır.

Terapist, terapi süreci içerisinde fark ettiği bazı sorunları aşmak amacıyla hasta ile olan ilişkisine odaklanır. Terapi ilerleyişi sırasında yapılması gereken teknik müdahaleleri bir süreliğine bırakır ve bu müdahalelerin daha etkili olmasını sağlamak adına hasta ile ilişkisinde var olması muhtemelen sıkıntılara odaklanır.

Terapist: Burada şu anda yalnızca ben varım. O zaman, galiba benim size nasıl baktığımla ilgili mi bazı endişeleriniz olabilir. Ben ne düşünebilirim, düşünecek olabilirim sizinle ilgili konuştuğumuzda?

Terapist terapideki roller ve beklentiler hakkında hastaya bilgi verir.

Terapist, hastadan ne beklendiğine ve onun terapideki işlevine dair bilgilendirmede bulunur. Ek olarak, kendi rolü hakkında bilgi verir ve hastanın kendisinden beklentilerine dair gerçekçi değerlendirmelerde bulunarak hastayı bilgilendirir.

Terapist: Benim beklentilerimle ilgili kaygılarınız var sanki?

Hasta: Evet.

Terapist: Çok dolu geçmesinden ziyade ne kadar verimli geçtiği önemli diye düşünebiliriz. Belki bu şekilde değiştirebiliriz ya da şimdi hatırlayamazsam sonraki seans nasıl olsa bir daha görüşeceğiz o zaman söylerim gibi bir şey.

Terapist, hasta ile tedavinin gidişatını değerlendirir ve tartışır.

Terapist, terapi sürecinin ilerleyişini tartışmaya açar. Hastanın bu konudaki fikirlerini ve/veya endişelerini dinler ve bunları gerçekçi bir zeminde değerlendirir. Gidişatı hasta ile birlikte, işbirliği içerisinde tartışır hastayı bilgilendirir.

Terapist: Bizim bundan sonraki... Bundan sonraki değil, terapinin hedefi bu. Bir süre sizinle devam etmek ve bir süre sonra bu durumlarla sizin kendi kendinize başa çıkabilmenizi sağlamak. Aslında terapilerin en büyük amacı bu. Çünkü ömür boyu süren süreçler değil, belli bir süre devam ediyor ve bir süre sonra bitiyor. Bittikten sonra sizin kendi kendinize bu terapiyi devam ettirmeniz önemli. Tıpkı burada yaptığınız gibi, hafta içi karşılaştığınız durumlarda yaptığınız gibi devam ettiğinizde, hayatınız da bu terapideki gibi devam edecektir. Bundan sonraki süreçte de bu şekilde sürmemesi için herhangi bir sebep yok. Burada önemli olan sizin kendinizin terapisti olmanız. Siz bunları o kadar sık bir şekilde uygulamaya başlayacaksınız ki, ki başladınız da, daha önceden gelen düşünceler yerine yenileri gelmeye başlıyor. Otomatik düşüncelerin yerini diğer düşünceler almaya başlıyor. Onlar da kullana kullana otomatikleşecek. Bizim hedeflerimizden bir tanesi de aslında kendi kendinizin terapisti olmanız. Burada konuştuklarımızı terapi sonlandıktan sonra da uygulamaya devam etmeniz. O yüzden çok güzel bir şey söylediğinizi düşünüyorum.

Terapist terapideki süre ve değişim örüntüsü hakkında hastaya bilgi verir.

Terapist, hastanın sorunlarını göz önünde bulundurarak olası terapi süresi, terapideki gelişmelerin ortaya çıkma zamanı ve iniş-çıkışları değerlendirir ve hastaya bu konuda bilgi verir. Hastanın konuya ilişkin kafa karışıklıklarını açıklığa kavuşturur ve endişelerini gidermek üzere müdahalelerde bulunur.

Terapist: Bizim bundan sonraki- Bundan sonraki değil, terapinin hedefi bu. Bir süre sizinle devam etmek ve bir süre sonra bu durumlarla sizin kendi kendinize başa çıkabilmenizi sağlamak. Aslında terapilerin en büyük amacı bu. Çünkü ömür boyu süren süreçler değil, belli bir süre devam ediyor ve bir süre sonra bitiyor. Bittikten sonra sizin kendi kendinize bu terapiyi devam ettirmeniz önemli. Tıpkı burada yaptığınız gibi, hafta içi karşılaştığınız durumlarda yaptığınız gibi devam ettiğinizde, hayatınız da bu terapideki gibi devam edecektir. Bundan sonraki süreçte de bu şekilde sürmemesi için herhangi bir sebep yok. Burada önemli olan sizin kendinizin terapisti olmanız. Siz bunları o kadar sık bir şekilde uygulamaya başlayacaksınız ki, ki başladınız da, daha önceden gelen düşünceler yerine yenileri gelmeye başlıyor. Otomatik düşüncelerin yerini diğer düşünceler almaya başlıyor. Onlar da kullana kullana otomatikleşecek. Bizim hedeflerimizden bir tanesi de aslında kendi kendinizin terapisti olmanız. Burada konuştuklarımızı terapi sonlandıktan sonra da uygulamaya devam etmeniz. O yüzden çok güzel bir şey söylediğinizi düşünüyorum.

*Terapist, hastanın tercihlerini göz önünde bulundurur.**

Hastanın tercihlerinin, tedavinin şekli, çalışılmak istenen terapistin nasıl biri olduğu, terapideki rol ve davranışlara ilişkin arzu ve istekleri kapsadığı belirtilmektedir.

*Terapist, hastanın savunmacı duruşuna hak verir.**

Terapist, hastanın seans içerisinde ortaya çıkan savunmacı duruşuna hak verir ve konuyla ilişkili olarak hastayı zorlamadan bir çıkış yolu bulmaya çalışır. Hastanın bu tutumunun makul gerekçeleri olduğunu hastayla paylaşır hastanın ilgili tepkilerini normalize eder.

Hasta seans sırasında ağlamaya başlar. Sonrasında ise mesafeli ve mantığa bürünmüş bir şekilde konuşmaya başlar. Terapist hastanın kendi açısından uzaklaştığını fark eder ve, “konuştuğumuz konularla ilgili olarak aranızda biraz mesafe koymak bunlarla baş etmek konusunda size iyi geliyor olabilir”.

*Terapi sırasında yaşanan kırılma, terapist tarafından, hasta-terapist ilişkisi içerisindeki daha geniş bir örüntüyle bağlantılandırılır.**

Terapist, ittifakta yaşanan kırılmayı fark eder ve bunu anlık bir olaymış gibi değerlendirmeyiz. Terapist, yaşanan kırılmadan yola çıkarak terapi sırasında sürekli olarak karşılaştıkları örüntülerle bağlantı kurar.

Hasta, o günkü seansta odaklanmak istediği konuyu dile getirmekte zorlanmakta ve odaklanamadığı için kendini eleştirmektedir. Terapist hastanın, aralarında ortaya çıkan her türlü yanlış anlaşılma kendini suçladığını gözlemler ve bunu hastayla paylaşır.

*Kırılma, terapist tarafından diğer ilişki örüntüleriyle bağlantılandırılır.**

Terapist, ittifakta yaşanan kırılmayı fark eder ve bunu anlık bir olaymış gibi değerlendirmeyiz. Terapist, yaşanan kırılmadan yola çıkarak hastanın yaşantısındaki diğer ilişki örüntüleri hakkında tartışma başlatır.

Hasta seans zamanını değiştirmekle ilgili olarak terapistiyle konuşmakla ilgili olarak zorluk yaşamaktadır. Terapist, hastanın ailesi ve iş arkadaşlarıyla birlikteyken de bu türden bir girişkenlik yapmakta zorlandığına dikkat çeker.

*Terapist, terapi sırasında ortaya çıkan sorunlar ile ilgili kendi payını kabul eder.**

Terapist, seans içerisinde yaşanan sıkıntılar konusunda savunmacı bir tutum sergilemez ve söz konusu sıkıntılara dair kendi olası etkilerini kabul eder. Bu durumu hastayla paylaşır ve gerçekçi düzeyde sorumluluk alır.

Terapist: Bunun sizin için ne kadar sinir bozucu olabildiğini görebiliyorum. Siz bana doğrudan sorular soruyorsunuz ama ben cevap vermek yerine size sorularla karşılık veriyorum.

Terapist, terapi sırasında yaşanan sıkıntılarla ilgili olarak kendi içsel deneyimlerini paylaşır.

Terapist, seans içerisinde yaşanan sıkıntılara ilişkin kendisinin neler yaşadığını, olayın kendi açısından nasıl deneyimlendiğini hastayla paylaşır. Bunu yaparken hastayı

suçlayıcı bir tavır takınmaz. Hastaya, davranışları konusunda farkındalık kazandırma amacı güdülebilir.

Terapist: Sorunuzu yanıtlamaya çalışıyorum ama ne yanıt verirsem vereyim memnun olmayacağınız hissine kapılıyorum. Denemeye devam ettikçe de sizi daha fazla kışkırtacağımdan endişe ediyorum.

*Terapist, hastayı, terapide yaşanan sıkıntılarla ilgili olarak (hastanın) kendi düşünce ve hislerini tartışmaya teşvik eder.**

Terapist, hastayı, yaşanan sorunlar hakkında konuşmaya teşvik eder. Hastaya, bu tür konuşmaları güven içerisinde yapabileceği ortamı sağlar; bu düşünce ve hisleri konusunda olumsuz bir şekilde eleştirilmeyeceğini ona hissettirir.

Hasta: Ben kendimi biraz huzursuz hissediyorum ama büyütülecek bir şey değil tabi.

Terapist: Endişelerinin ne kadar önemli olduğuna dair emin olmadığınızı görüyorum. Ama eğer isterseniz bu konu üstünde daha fazla durmak isterim.

*Terapist, terapideki görevleri tanımlar/açıklar ya da bunların ardındaki rasyoneli sunar.**

Terapist, seans içerisinde hastanın yapması gereken görevleri hastaya, sadece bildirmektense ona görevlerin ardındaki mantığı açıklar. Hastanın konuya ilişkin bilgisini arttırmayı amaçlar ve görevleri benimsemesine destek olur. Ek olarak, terapi görevlerin netleştirilmeye çalışılması ve hasta tarafından iyice anlaşılmasına yönelik çabalar da bu madde altında puanlanır.

Terapist: Aramızda olan biteni anlamak için biraz vakit ayırmanın doğru olacağını düşünüyorum. Bu şekilde bir çalışmanın, senin diğer insanlarla ilişkilerinde yaşadıklarına dair sana ipuçları sunacağını umuyorum.

Terapist, terapideki görevleri, hedefleri (amaçları) değiştirir.

Terapist, terapinin gidişatına uygun olarak gerekli gördüğü durumlarda hedef ve/veya amaçları hastanın ihtiyaçları, beklentileri ve deneyimleri doğrultusunda günceller ya da değiştirir.

Terapist: Olsun, gayet güzel. Bu ödevler bizim tedavimiz için önemli zaten. Sizle de iyi şekilde gittiğimiz için çok fazla sıkıntı değil. Önümüzdeki hafta için, terapinin başından beri o zaman neler yaptık, neler düşündünüz, hangi, aşamalardan geçtiğinizi düşündünüz? Nelerin üstesinden gelebildiğinizi düşünüyorsunuz? Neler eksik kaldı, neler düzelse daha iyi olur? Bunları yazarsanız önümüzdeki hafta yine bununla ilgili konuşabiliriz. İki hafta sonra, pardon.

Terapist, terapi süreciyle bağlantılı olarak ortaya çıkan yanlış anlaşılımları açıklığa kavuşturur.

Terapist, terapi sürecinde ortaya çıkan terapistin kendisi, terapideki etkileşimler, hasta-terapist ilişkisi, terapi ilerleyişi, görevler, beklentiler vs gibi konularda ortaya çıkan olası yanlış anlaşılımları açıklığa kavuşturmak üzere müdahalelerde bulunur.

Terapist: Peki, mesele sadece sunum meselesi değilken, hatta şey diyorsunuz, önümüzdeki hafta sunum var, daha ona bile ben hazır değilim. Bunu bir sitem olarak mı anlamalı mıyım? "Meselenin diğer taraflarını halledemedik, haftaya sunum var, bari onunla ilgili bir şey yapmış olsaydık. Onu da halledemedik" gibi mi anlayayım?

Terapist Davranışları (Olumsuz)

Terapist hastaya karşı yargılayıcı ifadeler kullanır.

Terapist davranış, tutum ya da sözel olarak hastaya yargılandığını hissettirecek şeyler yapar. Terapistin bu davranışı hasta ile işbirliği kurulmasını engelleyebilecek ve dolayısıyla hasta ile kurulan terapötik ittifakı zedeleyebilecek niteliktedir.

Terapist: Yani yeterince çalışmadın!

Ya da

Terapist: Hani iki haftalık da bir uzatmayla. İıı çünkü hani görüşmelere gelmeyince, aksayınca bunlar şey oluyor, biz, ııı sanki böyle bir ileri iki geri-

Hasta: Hıı.

Terapist: Gitmiş gibi oluyoruz. Çünkü hani yerleşmiyor burada yaptıklarımız. İıı, o yüzden hani istediğimiz ilerlemeyi sağlayamıyoruz.

Hasta: Hıhı.

Terapist: İıı, o yüzden de yani ancak böyle hepsini çok güzel yapabilirsek aksatmadan, o koşulda iki haftalık da belki bir uzatmayla büyük ölçüde bitirebiliriz.

Terapist terapi süreciyle ilişkili ya da ilişkisiz konular hakkında hastanın sorumluluklarına vurgu yapar.

Terapist, konuşulan konularla ilgili olarak hastanın sorumlu olduğuna dair doğrudan ya da dolaylı ifadeler kullanır ya da bunu belli edebilecek bir tutum sergiler. Terapist bu tutumuyla, hastaya, suçlandığını ve/veya yargılandığını hissettirebilir.

Terapist: Burada birlikte fark ettiğimiz şeyleri senin III bu odanın dışında da devam ettirebilmen için bunlar çok gerekli şeyler. Çünkü o zaman hani burada yaparız, kalır.

Hasta: Hıhı.

Terapist: İıı, Fakat hani yerleşmez.

Hasta: Hımm.

Terapist: Senin içine sinmez iyice.

Hasta: Hımm

Terapist: O yüzden bunun pratiğini dışarıda da yapman gerekir, yani dışarıda derken senin kendi hayatının içinde. O yüzden bunlar önemli şeyler. Yani ne zaman kendini sinirli hissetsen, ne zaman üzüntülü hissetsen, ne zaman korkulu hissetsen III bunu hani o anda belki yazamayabilirsin ama işte ilk müsait olduğun zamanda o kayıt formlarını doldurman bizim burada yaptığımız şeyleri senin hayata geçirmeni sağlayacak yoksa burada bir şey yapmamızın anlamı olmaz.

Hasta: Hıhı

Terapist: Anlatabiliyor muyum? III kaldı ki bir de hani mesela ilerleyen görüşmelerde yine bu ödevler devam edecek, hani eğer bunlar olmazsa III biz hani onları, o ilerleyen görüşmelere doğru nasıl ilerleyeceğiz, hani bir şeyler eksik kalırsa, tamamlanmazsa?

Terapist hastaya karşı ısrarcı davranışlarda bulunur.

Terapist sorularına yanıt almak ya da belli terapi etkinliklerini gerçekleştirmek için ısrarcı davranışlarda bulunur. Yanıt alamadığı bir soruyu “aynı şekilde” defalarca sormak ya da hastanın hoşnut olmadığını gösterdiği bir uygulamayı hastanın beklentilerini göz etmeden tekrar tekrar önermek bu şekilde kodlanabilir.

Terapist: Peki nasıl hissettirdi sana? O anda kayıt tutabildin mi mesela?

Hasta: O an derken işte dersteyken teneffüse çıktığımda, yani olabilecek en yakın zamanda.

Terapist: Mesela çıkartıp derste yazabildiğin hiç oldu mu ya da olduğu anda yazabildiği oldu mu?

Hasta: Yoo derste yazmadım. Yazmam da çünkü etrafımda insanlar falan var, ne yapıyorsun falan. Onların görmesini istemem.

-Aynı seansta, devam eden dakikalarda...

Terapist: Peki nasıl hissettirdi sana kendini? Yani herhangi bir değişiklik hissettin mi mesela yazıp da şöyle dışarıdan bakınca görebildin mi farklı bir şey kendinde?

Hasta: Yani kendime dışarıdan baktığımda nasıl göründüğünü ben de biliyorum. Önceden de insanlar bana şey yaptığında işte, yani bu sorunla ilgili benimle konuştuklarında ya da işte paylaşmak istediklerinde falan söyledikleri şeyler. Onların açısından baksam nasıl olurdu, nasıl görürdüm kendimi diye de düşünüyorum zaten. O yüzden çok yabancı şeyler değil, biliyorum nasıl olduğunu, belki dışarıdan bakan biri için nasıl göründüğünü biliyorum hani bir daha o gözle bakmış oldum ama zaten biliyordum.

Terapist: Peki nasıl hissettirdi sana? Zaten biliyordum diyorsun ama bir de onun duygu kısmı var, nasıl hissettirdi sana?

Terapist hastanın tepkilerine karşı savunucu bir tavır sergiler.

Terapistin, hastanın işbirliği içerisinde veya değil, verdiği tepkiler karşısında kendisini, söylediklerini ya da kullandığı teknikleri savunmaya çalışır. Bunu yaparken hastanın fikirleri çürütmeye çalışabilir, kendi uzmanlığını vurgulayabilir ya da kuramsal bilgiler kullanabilir. Bu şekilde bir kodlama yapmak için terapistin bu davranışının işbirliğinden uzak bir şekilde ortaya çıkması ya da çözüme yönelik bir tutum içermemesi gereklidir. Savunucu tavır sonrasında gelen bir işbirliği çabası olsa da kullanılan savunucu ifade puanlanır.

Terapist: Ben zaten sizi anlamaya çalışıyorum.

Ya da

Terapist: Hıhı. Aslında yöntem değişikliği dememiz çok doğru olmaz. Benim en başından beri uygulamayı planladığım tek bir yöntem vardı ve hala da o doğrultuda.. Şöyle söyleyebilirim. Şu an uyguladığımız bir yöntem değil. Ben sizinle ilgili birkaç girişimde bulunduğumu düşünüyorum. 14-15 yaş olsaydı daha uygun olurdu gibi bahsettiğiniz, sanırım sizinle aşamalar belirlemiştik,

onları aşmakla ilgili. Onlar üzerinde hala çalışıyor olabilirdik, eğer yöntem olarak devam ediyor olsaydık. Ama buna devam etmek istemediniz. Sonrasında da ben sizin ailenizle ilgili bazı bilgiler almak için bazı girişimlerde bulundum. Onlarla ilgili de çok fazla net bilgiler alabildiğimi düşünmüyorum. Çok fazla konuşmak istemediniz onlarla ilgili. Sizinle ilgili birkaç bu tarz çabamın olduğunu düşünüyorum. Bundan sonra sizi dinlersem, geri kalan süreçte, daha uygun olabileceğini düşündüm.

Terapist hastaya karşı otoriter ve/veya didaktik tavır takınır.

Terapist, terapi etkinliklerini uygulamak ya da terapi ilerleyişini kontrol etmek gibi amaçlarla hastaya karşı otoriter ya da didaktik bir tavır takınır. Bunu yaparken uzmanlık konumundan ya da kuramsal bilgisinden faydalanmaya çalışabilir. Psikoeğitim müdahaleleri bu şekilde kodlanmaz ancak psikoeğitim gibi görünen ve işbirliğinden uzak bir şekilde gerçekleştirilen davranışlar bu şekilde kodlanır.

Terapist: Hiçbir şeyi yapmamız gerekli değil, istiyor musunuz, istemiyor musunuz?

Ya da

Terapist: Hıhı. İşte 11 hani bu düşünce tarzını yerleştirebilmemiz için

Hasta: H11, iyimser düşünebilmeyi mi?

Terapist: Hıhı, bu yani burada çok güzel fark edebiliyoruz bunu.

Hasta: Hıhı.

Terapist: Bak ben soruyorum, sen cevap veriyorsun, işte "ha daha az üzülürdüm" diyorsun. Böyle çok güzel şeyler çıkıyor ama bunlar oturmuyor.

Hasta: Hımm.

Terapist: Şimdi, hani biz bunu, mesela buna benzer bir örneği daha önceden de yapmıştık ama sonra onun etkisi olmadı sen bu sabah hani böyle bir şeye yine iyi değil, kötü tarafından baktın mesela, iyimser olmadın da yine karamsar oldun.

Hasta: Hıhı.

Terapist: Iıı, çünkü arada bağlantılar koptu Çiğdem.

Hasta: Hımm.

Terapist: Yani bir görüşmeden bir görüşmeye-

Hasta: Hıhı.

Terapist: şimdi arada bu pratiği yapmayınca oturmuyor ve o düşünce tarzını kazanmak zor oluyor.

Hasta: Hıhı.

Terapist: Böyle olunca da hani buradayken çok güzel ama dışarıda hiçbir etkisi olmuyor.

Hasta: Hıhı.

Terapist: Anlatabiliyor muyum? O yüzden III bugün bu örnek üzerinden gittik, bunu yaptık Iı ama bunun iyicene pekişmesi için senin her zaman her zaman kendini ne zaman Iıı değişik duygular içinde bulsan bunu yapman gerekiyor ki burada yaptıklarımız otursun.

Hasta: Hıhı.

Terapist: Tamam?

Hasta: Tamam.

Terapist: Bu konuda anlaştık artık değil mi?

Terapist hastanın sözlerini keser.

Terapist, hastanın söyleyeceklerini bitirmesine izin vermez ve kendi aklındakileri söylemek ya da aklındaki planları uygulamak amacıyla hastanın sözlerini belirgin bir şekilde keser. Konuşmanın doğal akışı sırasında gerçekleşen durumlar bu şekilde kodlanmaz. Terapist, genellikle, hastanın sözünü kestikten sonra ona, sözlerini tamamlamak üzere bir şans tanımaz.

Hasta: Eskiden-

Terapist: Bu hayatınızda ilk defa yaşadığınız bir şey değil ki.

Ya da

Hasta: Bunlar sadece bir örnek yani. Ben aslında-

Terapist: Tamam, çok güzel.

Terapist olaylara ilişkin hastanın bakış açısını dikkate almaz/alamaz.

Terapist hastanın yaşadığı sıkıntıları göremez ya da onun zorluklarını fark etmekte zorlanır. Hastanın, konuşulan durumlar için yaptığı açıklamaların değerini dikkate alamaz ya da söz konusu açıklamaları görmezden gelir.

Terapist: Peki, o konu ile ilgili, dediniz ya konuşamıyorum, mesela hocanızın size sorduğu soru ile ilgili yapılacak uzun bir konuşma var mıydı ya da yapmanız gereken?

Hasta: Yok, bugün yoktu, hayır. Sadece-

Terapist: Yoktu, değil mi? O zaman hani şu aşamada yapamadığınız bir konuşma var mı sizce?

Hasta: Yok, yani hani bunu genel itibariyle söyledim de...

Terapist: Genel değil de, bu örnek için.

Hasta: Bu örnek için, söyleyeceğim iki cümleydi.

Terapist: Sorusuna yanıt verebildiniz mi yani siz hocanızın?

Hasta: Verdim, gene yaşadım.

Terapist: Doğru, gene yaşadınız ama sonuçta hocanın sorduğu soruya yanıt verebildiniz mi?

Hasta: Soru yoktu, sonuçta "neden geçen dönem yoktun" dedi, "geçememiştin" dedim, bu kadar.

Terapist: Tamam, evet. .Bir şekilde ama, bugün için söylüyorum, bu örnek için söylüyorum, size sorulan şey "niye yoktunuz" gibi bir soruydu ve sizin sadece bu soruya yanıt verebilmeniz gerekiyordu. Siz bu soruya yanıt verebildiniz mi?

Hasta: Evet.

Terapist: Verdiniz. Ama diyorsunuz ki sıkıntı yaşadım.

Hasta: Evet.

Terapist doğal olmayan bir şekilde davranır.

Terapist, terapi ilerleyişi sırasında ortaya çıkan bazı etkileşimlere doğal olmayan bir şekilde tepki verir. Basmakalıp ifadeler kullanabilir. Hastanın sorularını içten olmayan bir şekilde yanıtlayabilir. Mekanik bir işleyiş söz konusu olabilir.

Terapist: İyiyim ben de haftanız nasıl geçti onu konuşalım kısacık.

Ya da

Terapist: Bugün bitirelim. Haftaya sınavların var. Başarılar diliyorum.

Hasta: Teşekkürler.

Terapist konuşulan konular arasında yapay geçişler yapar.

Terapist, aklındaki planı gerçekleştirmek amacıyla konuşulan konular arasında yapay geçişler yapar. Konuşulan konu doğal bir sonuca bağlanmadan ya da hastaya konu değiştirmenin açıklaması yapılmadan konular arasında geçişler yapar. Söz konusu konu geçişleri mekanik bir davranış izlenimi verebilir.

Hasta: Bir de yani sıkıcı, bazı derslerde yani hoca devamlı tahtaya formül yazıyor...

Terapist: Evet, zor.

Hasta: Hıhı.

Terapist: Şimdi ııı... Sibel geçen hafta hatırlarsan eğer erkek arkadaşınla yaşadığın sorunlardan bahsetmiştik.

Hasta: Hıhı.

Terapist, hastaya ait bilgileri hatırlamakta zorlanır ya da bu bilgileri yanlış hatırlar.

Terapist, hastanın daha önce anlattığı ya da doldurduğu formlarda ifade ettiği bir bilgiyi yanlış hatırlar ya da hiç hatırlayamaz. Terapi sürecinde daha önce konuşulan konuları hatırlayamamak da bu şekilde kodlanır.

Terapist: Hangisi? Bu mu? Gel beraber bakalım istersen şöyle. Ayın 26'sında olmuş, servisle eve dönerken.

Hasta: Bunu yapmıştık.

Terapist: Bunu beraber yaptık... Okula gitme...

Ek 15: Etik Kurul Onay Yazısı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Genel Sekreterlik

Yazı İşleri Müdürlüğü

Sayı : 88600825 / 473-1743

13.05.2013

Konu :

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 27.03.2013 tarih ve 1614 sayılı yazınız.

Enstitünüz Psikoloji Anabilim Dalı Deneysel Psikoloji Bilim Dalı Bütünleşik Doktora programı öğrencilerinden İsmail Volkan GÜLÜM'un, Prof. Dr. Gonca SOYGÜT PEKAK danışmanlığında hazırladığı "Bilişsel Davranışçı ve Şema Terapi Yaklaşımlarında Terapötik İttifak ve Tedaviyi Erken Bırakma" başlıklı bilimsel araştırma projesi, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun 25 Nisan 2013 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.


Prof. Dr. Ömer UĞUR
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek: Tutanak

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Tarih: 16.05.2013
Sayı: 29734

Hacettepe Üniversitesi Genel Sekreterlik, Yazı İşleri Müdürlüğü, 06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1008 - 1039 - Faks: 0 (312) 310 3532
E-posta: yazisid@hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için:

Hacettepe

Ek 16: Orijinallik Raporu

10.02.2015

Turnitin Orijinallik Raporu



Turnitin Orijinallik Raporu

tez1 Ismail Volkan gulum tarafından

Tez (tez) den

10-Şub-2015 11:03 EET' de işleme
kondu

NUMARA: 503699285

Kelime Sayısı: 34008

Benzerlik Endeksi	Kaynağa göre Benzerlik
%2	İnternet Sources: %1 Yayınlar: %1 Öğrenci Ödevleri: %0

kaynaklar:

1

< 1% match (26-Kas-2014 tarihli internet)

http://www.caopsv.org/archives/vol4/no4/cap_04_30.pdf

2

< 1% match (17-Şub-2014 tarihli internet)

<http://www.eimanager.com/mnstemp/77/77-1380827812.pdf?t=1386561684>

3

< 1% match (yayınlar)

Soyqūt, Gonca. "Erken Dönem Uyumsuz Semaların Değerlendirilmesi: Young Sema Ölçeği Kısa Form-3'ün Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bir İnceleme". Turk Psikivatri Dergisi/13002163. 20090301

4

< 1% match (03-Şub-2013 tarihli internet)

http://www.ihsandao.gen.tr/index_dosyalar/GulumveDao2012.pdf

5

< 1% match (yayınlar)

Swift, Joshua K., and Roger P. Greenberg. "Provide role induction.", Premature termination in psychotherapy Strategies for engaging clients and improving outcomes. 2015.

6

< 1% match (16-Ağu-2014 tarihli internet)

<http://tastvspleen.net/~quake2/baseq2/maps/ow01.ctf.bsp>

7

< 1% match (24-Mar-2014 tarihli internet)

<http://www.turkpsikivatri.com/default.aspx?modul=tekMakale&qFPrkMakale=908>

8

< 1% match (04-May-2011 tarihli internet)

<http://r-r.dk/pics/20070921KRIGSLIVEIII MIKKEL RODE 4/default.asp?start=-1>

9

< 1% match (yayınlar)

Soyqūt, Gonca. "Bilişsel Davranışçı Terapi Sürecinde Terapötik İttifak Ölçeği-Gözlemci Formunun Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi". Turk Psikivatri Dergisi/13002163. 20091201

10

< 1% match (yayınlar)