

**DANIŞANIN ALGILADIĞI TERAPÖTİK İTTİFAK İLE TERAPİ
MOTİVASYONUNUN İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Serdar Doruk Avunduk

181180151

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Serhat Yüksel

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Şubat, 2020

**DANIŞANIN ALGILADIĞI TERAPÖTİK İTTİFAK İLE TERAPİ
MOTİVASYONUNUN İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Serdar Doruk Avunduk
181180151
Orcid: 0000-0001-6120-5411

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Serhat Yüksel

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Şubat,2020



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI



ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI



LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Doküman No	FR-178
İlk Yayın Tarihi	01.03.2018
Revizyon Tarihi	23.01.2020
Revizyon No	01
Sayfa	1

27/02/2020

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bulguların sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; çalışmamın Maltepe Üniversitesinde kullanılan "bilimsel intihal tespit programı" ile tarandığını ve öngörülen standartları karşıladığını beyan ederim.

Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.



Serdar Doruk Avunduk

TEŞEKKÜR

Çalışmamın hazırlanmasında ve teze dönüşüm sürecinde ilk günden son ana kadar desteğini esirgemeyen, terapötik ittifak kavramını bize “önce empati” “önce anlamak” mesajı ile her fırsatta belirten değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Serhat Yüksel’e süreçteki varlığı, ulaşılabilirliği ve benim için belirsiz gibi görülen bu yolda, engelleri aşmamı sağlayarak akademik bakış açısını öğrettiği için çok teşekkür ederim.

Akademik geçiş sürecimde üniversiteye girişimden itibaren heyecanımı gören ve çalışmalarımı paylaşan, adaptasyon sürecimde karşılaştığım zorlukları aşmamda yardımcı olan Dr. Öğr. Üyesi Gülçin Karadeniz’e teşekkür ederim.

Çalışmamda önemli bir yere sahip olan “Terapötik İttifak Ölçeği”ni dilimize çevirdikleri ve çalışmamda yer almasına izin verdikleri için Prof. Dr. Gonca Soygüt Pekak’a ve Doç. Dr. Sedat Işıklı’ya teşekkürlerimi iletmek isterim.

Çalışmamın bir diğer önemli noktası olan “Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği”ni dilimize uyarladıkları için Öğr. Gör. Ömer Özer’e, Öğr. Gör. Ahmet Altınok’a, Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Kemal Yöntem’e ve Öğr. Gör. Ferhat Bayoğlu’na teşekkür ederim.

Beni her adımında destekleyen, birçok konuda uzman bakış açısı ile verdiği geri bildirimleri sayesinde çalışmamı daha da içe sinen bir hale getirmemde yardımcı olan kıymetli meslektaşım Ebru Karataş’a özellikle teşekkür ederim.

Hep yanımda olan, her koşulda çıkardığım zorluklar ve aksaklıklara göğüs geren annem Handan’a, babam Seçkin’e, her geçen gün desteğini daha da hissettiğim abim Onur’a ve hayat yolculuğundaki yol arkadaşım sevgili eşim Selin’e bu süreçteki eşlikleri için minnettarım.

Gerek bu süreçte gerekse bu sürece gelmemde emeği geçen herkese teşekkür ederim.

Serdar Doruk Avunduk

Şubat, 2020

ÖZ

DANIŞANIN ALGILADIĞI TERAPÖTİK İTTİFAK İLE TERAPİ MOTİVASYONUNUN İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Serdar Doruk Avunduk
Yüksek Lisans Tezi
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Serhat Yüksel
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2020

Bu araştırmanın amacı danışanların terapötik ittifak algısı ile danışanların terapi motivasyonu arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir. Araştırmaya, İstanbul, Ankara, İzmir şehirlerinde psikolojik destek alan 105 kişi katılmıştır. Araştırmada Demografik & Klinik Bilgi Formu, Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Hasta Formu (WAI-C), Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği (DİTMÖ) kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişkiler Pearson Korelasyon testi ile analiz edildi. Karşılaştırılmalarda Bağımsız Örneklem T-Testi ve Mann Whitney U kullanıldı. Terapötik ittifakın terapi motivasyonu değişkeni üzerindeki etkisini incelemek amacıyla basit doğrusal regresyon analizi yapıldı. Analiz sonuçlarına göre danışanın terapiye yönelik içsel motivasyonu ile terapötik ittifak ve görevler alt boyutları arasında anlamlı ilişki olduğu bulundu ($p<0.050$). Benzer şekilde amaç alt boyutu ile özdeşleşmiş düzenleme alt boyutunun pozitif yönde korele olduğu görüldü ($p<0.001$). Bahsi geçen ilişkide cinsiyet haricindeki sosyodemografik ve klinik verilerin herhangi bir istatistiki anlama sahip olmadığı bulundu ($p>0.050$). Çalışmanın sonuçları, algılanan terapötik ittifak ile terapi motivasyonu arasında ilişki olduğunu gösterdi.

Anahtar Sözcükler: Psikoterapi, Terapötik İttifak, Terapi Motivasyonu.

ABSTRACT

EVALUATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN THE THERAPEUTIC ALLIANCE PERCEIVED BY THE COUNSELOR AND THERAPY MOTIVATION

Serdar Doruk Avunduk
Master Thesis
Department of Psychology
Clinical Psychology Programme
Thesis Advisor: Asst. Prof. Serhat Yüksel
Maltepe University, Graduate School, 2020

The aim of this study is to evaluate the relationship between the therapeutic alliance perception of the clients and the therapy motivation of the clients. 105 people who received psychological support in the cities of Istanbul, Ankara, Izmir participated in the study. Demographic & Clinical Information Form, Therapeutic Alliance Evaluation Scale Patient Form (WAI-C), Therapy Motivation Scale for Clients were used in the study. Relationships between variables were analyzed by Pearson Correlation test. Independent Samples T-Test and Mann Whitney U were used for comparisons. Simple linear regression analysis was performed to examine the effect of the therapeutic alliance on the therapy motivation variable. According to the results of the analysis, it was found that there was a significant relationship between the client's intrinsic motivation for therapy and the therapeutic subscribers and duties ($p < 0.050$). Similarly, the regulation subscale associated with the goal sub-dimension was positively correlated ($p < 0.001$). It was found that socio-demographic and clinical data except gender did not have any statistical significance in the mentioned relationship ($p > 0.050$). The results of the study showed that there is a relationship between perceived therapeutic alliance and therapy motivation.

Keywords: Psychotherapy, Therapeutic Alliance, Motivation For Therapy.

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI	ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZ	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
KISALTMALAR.....	xii
ÖZGEÇMİŞ	xiii
BÖLÜM 1. GİRİŞ.....	1
1.1 Problem	1
1.2. Amaç	3
1.3. Tanımlar	3
1.3.1.Psikoterapi	4
1.3.2.Lambert’ın psikoterapiye bakış açısı.....	8
1.3.3.Psikoterapi İle İlgili Araştırmalar.....	10
1.3.4.Terapötik İttifak.....	11
1.3.3. Motivasyon	20
1.3.4. Psikoterapi ve Terapötik İttifak İle İlgili Çalışmalar.....	24
1.3.5.Psikoterapi ve Motivasyon İle İlgili Çalışmalar.....	27
1.3.6.Terapötik İttifak ve Motivasyon İle İlgili Çalışmalar	28
1.4. Hipotez	29
1.5. Önem	29
1.6. Varsayımlar	30
1.7. Sınırlılıklar	30
BÖLÜM 2. YÖNTEM.....	31
2.1. Araştırma Modeli	31
2.2. Evren ve Örneklem	31
2.3. Veri Toplama Araçları	31
2.3.1. Demografik & Klinik Bilgi Formu.....	31
2.3.2. Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Danışan Formu (WAI – C)	31
2.3.3. Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği	32
BÖLÜM 3. BULGULAR VE YORUMLAR	33
3.1. Bulgular.....	33
3.1.1. Katılımcıların Yaş, Cinsiyet, Aktif Çalışma Durumu, Kronik Rahatsızlık Durumu, Psikolojik / Psikiyatrik Tanı Durumu, Ruh Sağlığı Hizmeti Almış Olma Durumu, Düzenli Psikotrop İlaç Kullanımı, Terapi Sürecindeki Güncel Seans Sayısı Gibi Özelliklerine İlişkin Bulgular	33
3.1.2. Katılımcıların Yaş, Cinsiyet, Aktif Çalışma Durumu, Kronik Rahatsızlık Durumu, Psikolojik / Psikiyatrik Tanı Durumu, Ruh Sağlığı Hizmeti Almış Olma Durumu, Düzenli Psikotrop İlaç Kullanımı, Terapi Sürecindeki Güncel Seans Sayısı Gibi Özelliklerine Göre Terapi Motivasyonuna İlişkin Bulgular.....	35
3.1.3. Katılımcıların Yaş, Cinsiyet, Aktif Çalışma Durumu, Kronik Rahatsızlık Durumu, Psikolojik / Psikiyatrik Tanı Durumu, Ruh Sağlığı Hizmeti Almış Olma	

Durumu, Düzenli Psikotrop İlaç Kullanımı, Terapi Sürecindeki Güncel Seans Sayısı Gibi Özelliklerine Göre Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeğine Dair Analiz Bulguları	43
3.1.4. Cinsiyet, Düzenli Psikotrop İlaç Kullanımı, Motivasyonsuzluk ve İçsel Motivasyonun Terapötik İttifak Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin İncelenmesi.....	50
3.1.5. Terapötik İttifak ve Terapi Motivasyonuna Dair Korelasyon Bulguları	52
3.1.6. Terapötik İttifak ve Terapi Motivasyonu Arasındaki İlişkilere Yönelik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları	53
3.2 Yorumlar (Tartışma)	56
3.2.1. Terapi Motivasyonuna Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi.....	57
3.2.2. Danışanın Algıladığı Terapötik İttifaka Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi	59
3.2.3. Danışanın Algıladığı Terapötik İttifak İle Terapi Motivasyonunun ilişkisine Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi	62
BÖLÜM 4. SONUÇ	64
5.1. Özet	64
5.2. Yargı.....	65
5.3. Öneriler	66
EKLER.....	68
EK 1: Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	68
EK 2: Demografik & Klinik Bilgi Formu	69
EK 3: Görüşme Değerlendirme Ölçeği	71
EK 4: Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği.....	73
KAYNAKÇA.....	74

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Bilgilerine İlişkin Sıklık ve Yüzdalık Verileri	34
Tablo 2. Cinsiyete Göre Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği Alt Boyut Puanlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonuçları	36
Tablo 3. Yaş Değişkenine Göre Terapi Motivasyonu Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları	36
Tablo 4. Eğitim Durumu Değişkenine Göre Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği Alt Boyut Puanlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonuçları	37
Tablo 5. Çalışma Durumu Değişkenine Göre Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği Alt Boyut Puanlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonuçları	38
Tablo 6. Kronik Rahatsızlık Değişkenine Göre Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği Alt Boyut Puanlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonuçları.....	39
Tablo 7. Psikolojik / Psikiyatrik Tanı Değişkenine Göre Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği Alt Boyut Puanlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonuçları.....	39
Tablo 8. Ruh Sağlığı Hizmeti Alma Değişkenine Göre Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği Alt Boyut Puanlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonuçları.....	40
Tablo 9. Düzenli Psikotrop İlaç Kullanımına Göre Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Mann Whitney U Analizi Tablosu.....	41
Tablo 10. Seans Sayısı Değişkenine Göre Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği Alt Boyut Puanlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonuçları	42
Tablo 11. Cinsiyet Değişkenine Göre Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Terapötik İttifak Puanlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonucu	43
Tablo 13. Yaş Değişkenine Göre Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları	44
Tablo 14. Eğitim Durumu Değişkenine Göre Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Terapötik İttifak Puanlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonucu	44
Tablo 15. Eğitim Durumu Değişkenine Göre Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonuçları	45
Tablo 16. Çalışma Durumu Değişkenine Göre Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Terapötik İttifak Puanlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonuçları	45
Tablo 17. Çalışma Durumu Değişkenine Göre Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonuçları.....	46
Tablo 18. Psikolojik / Psikiyatrik Tanı Durumun Değişkenine Göre Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Terapötik İttifak Puanlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonucu. 46	46
Tablo 19. Psikolojik / Psikiyatrik Tanı Durumu Değişkenine Göre Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonuçları.....	47
Tablo 20. Ruh Sağlığı Hizmeti Alma Değişkenine Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Terapötik İttifak Puanlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonuçları	47
Tablo 21. Düzenli Psikotrop İlaç Kullanan / Kullanmayan Gruplara Göre Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Mann Whitney U Analizi Sonuçları	48
Tablo 22. Seans Sayısı Değişkenine Göre Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Terapötik İttifak Puanlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonucu	49
Tablo 23. Seans Sayısı Değişkenine Göre Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonuçları	49

Tablo 24. Cinsiyet ve Motivasyonsuzluğun Terapötik İttifak Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin İncelenmesi.....	50
Tablo 25. Cinsiyet ve İçsel Motivasyonun Terapötik İttifak Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin İncelenmesi.....	50
Tablo 26. Düzenli Psikotrop İlaç Kullanımının ve Motivasyonsuzluğun Terapötik İttifak Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin İncelenmesi.....	51
Tablo 27. Düzenli Psikotrop İlaç Kullanımının ve İçsel Motivasyonun Terapötik İttifak Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin İncelenmesi.....	52
Tablo 28. Terapötik ittifak ve Terapi Motivasyonu Değişkenlerine İlişkin Pearson Korelasyon Analizi Bulguları	52
Tablo 29. Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Terapötik İttifak Alt Boyutunun İçsel Motivasyon Alt Boyutunu Yordamasına İlişkin Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları	54
Tablo 30. Cinsiyet Değişkeni ve Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Terapötik İttifak Alt Boyutunun İçsel Motivasyon Alt Boyutunu Yordamasına İlişkin Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları	54
Tablo 31. Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Terapötik İttifak Alt Boyutunun Motivasyonsuzluk Alt Boyutunu Yordamasına İlişkin Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları	55
Tablo 32. Cinsiyet Değişkeni ve Terapötik İttifak Alt Boyutunun Motivasyonsuzluk Alt Boyutunu Yordamasına İlişkin Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları	55
Tablo 33. Görev Alt Boyutunun İçsel Motivasyon Alt Boyutunu Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	56

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Claringbull'un Psikoterapinin Tarihsel Gelişimi İle İlgili Tablosu.....	6
Şekil 2 . Psikoterapi Bileşenlerinin Etkilerinin Yüzdesi Lambert.....	8
Şekil 3. Düzenlenmiş Motivasyon Türlerinin ÖBT Sınıflandırması.	23



KISALTMALAR

SDT	: Self Determination Theory
ÖBK	: Öz Belirleme Kuramı
WAI-C	: Working Alliance Inventory Client Form
DİTMÖ	: Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği
Min.	: Minimum
Max.	: Maksimum
Ort.	: Ortalama

ÖZGEÇMİŞ

Serdar Doruk Avunduk

Psikoloji Anabilim Dalı

Eğitim

Derece	Yıl	Üniversite, Enstitü, Anabilim/Anasanat Dalı
Yüksek Lisans	2020	Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Bölümü, Psikoloji Anabilim Dalı
Lisans	2013	Doğuş Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Psikoloji Anabilim Dalı
Lise	2006	Karpuzlu Lisesi

İş/İstihdam

Yıl	Görev
2019 – Halen	Psikolog, Proje Koordinatörü, Yankı Eğitim Danışmanlık
2017 – 2019	Psikolog, Proje Koordinatörü, Kim Psikoloji
2017 – 2018	Stajyer Psikolog, Özel Fransız Lape Hastanesi
2015 – 2017	Psikolog, Bursa Nilüfer Belediyesi Sosyal Destek Hizmetleri
2013	Proje Çalışanı (Raportör), John Hopkins University & Kadir Has Üniversitesi
2013	Proje Çalışanı (Raportör), John Hopkins University & Doğuş Üniversitesi

Mesleki Birlik/Dernek Üyelikleri

Yıl	Kurum
2018 - Halen	Üye: Türk Psikologlar Derneği

Alınan Burs ve Ödüller

Yıl	Burs/Ödül
2015	Türk Silahlı Kuvvetleri, Onur Belgesi (PDR Birimi Çalışmalarından Dolayı)

Kişisel Bilgiler

Doğum yeri ve yılı	: İstanbul, 1989	Cinsiyet: E
Yabancı diller	: İngilizce (***)	
e-posta	: serdaravunduk@gmail.com	

BÖLÜM 1. GİRİŞ

1.1 Problem

Psikoterapi; kişinin ruhsal rahatsızlıklarının temellerini bulup, belirtilerin sıklığı ve şiddetini azaltma girişimlerinde bulunarak kişiye rahatsızlık veren durumları ortadan kaldırmaya yönelik işletilen bir süreçtir (Bakırcıoğlu, 2000). Psikolojik olarak iyi olmama hali toplumsal düzlemde hala pek de kabul görmemektedir. Zira, “kendi psikolojik sorunlarını yardım olmadan çözmekte başarılı olamayan kişi, çok zayıf ve sorumluluk almakta yetersiz ve güvenilmesi imkansız biridir.” inancı güncelliğini korumaktadır. İnsanın ruh sağlığındaki bu iyi olmayış hali görece normal ve hayatın bir parçası olarak kabul görmektedir (Lazarus, 1997).

Kişiyi psikolojik destek sürecine getiren yalnızca sahip olduğu problem değil, bu problemin yaşamsal işlevlerini bozan, iyi hissetmesine engel olan, sıkıntı yaratan, rasyonel düşünmesine engel olan ve bu sebeple yaşam kalitesini etkileyen bir hal almasıdır. Bu durumlar, kişinin yaşadığı problemin yoğunluğu, çeşitliliği ve sıklığına göre değişebilmektedir ve psikoterapi süreci bu dinamiklere göre şekillenmektedir (Beck, 2011).

Psikoterapi süreçleri bağlı oldukları ekollerin paradigmalarına göre çeşitli uyarlamalar geçirmiştir. Bu uyarlamalar temelde ekolün paradigmasını güncellerken teknikleri ve uygulamaları da paralelinde odak noktasına almış ve güncellemiştir. Sözü edilen uyarlamalar sonucunda kuramsal yapılarının temelinde sabit kalmıştır. Bilişsel Davranışçı Terapinin güncel formunda, kuramın temelinde dayandığı belirli inanç ve davranış biçimlerine yönelik tekniklere odaklanmaya devam ediyor olması bunun kanıtı niteliğindedir (Alford & Beck, 1997).

Psikoterapi sürecinde tekniklere odaklanmaya ek olarak başka faktörlerin de olduğundan söz eden yayınlar zamanla sıklaşmış ve çeşitlenmiştir. Bunlardan bir tanesi de Lambert’a (1992) aittir. Lambert psikoterapinin yalnızca tekniğe dayalı bir süreç olmadığını, terapi tekniğinin dışında başka faktörlerin de psikoterapi bileşenlerine dahil olduğunu ortaya koymuştur. Bu diğer faktörler “Beklenti Etkisi”, “Danışan Faktörü” ve “Terapötik İttifak”tır.

Sürecin bileşenlerinden oluşan terapötik ittifak ile ilgili Harris (2011) tekniğe ek olarak danışan ile terapötik ilişkisini geliştirmek adına görüşmelerini ağırdan almaya, duyguları sormaya ve empati kurmaya yönelik bir bölüm ayırmıştır. Buna ek olarak diyaloglarda daha sahici bir ilgi ve şefkatin daha olumlu danışan tepkisi oluşturduğunu ve kendisinde de iş doyumunu artırdığını belirtmiştir.

Roth (1997) terapi sürecinin bileşenlerini aşamalı bir biçimde ortaya koymuş ve ilk sırayı Lambert'in (1992) Terapötik İttifak olarak adlandırdığı "iyi bir terapötik ilişki"ye vermiştir. Psikoterapistin sıcak, dürüst, açık ve işbirliğine dayalı olmasının danışan ile etkileşimini artırdığını belirtmiştir. Bu destekleyici tavır, psikoterapistin terapi tekniklerini uygulamasında daha verimli bir süreç oluşturduğunu ve tedavi sürecine daha aktif bir danışan tutumu oluşturduğunu ortaya koymuştur.

Psikoterapi sürecinin sürekliliğini sağlayan ana faktörlerden birisi motivasyondur. İnsanlar bir eyleme değer verdikleri veya güçlü bir dış baskı olduğu için motive edilebilirler. Motivasyon kaynağı organizmanın içinden (içsel) veya dışından (dışsal) gelebilmektedir. Bu bileşenleri Öz Belirleme Teorisi açıklamaktadır (Ryan & Deci, 2000). Öz Belirleme Teorisine göre motivasyon; içsel, dışsal ve motivasyonsuzluk başlıkları altında toplanabilir. İçsel motivasyondan motivasyonsuzluğa giden seyir en sağlıklıdan en sağlıksıza gidişi işaret etmektedir. Yani içsel motivasyon ideal ve yönlendiren konumunda iken motivasyonsuzluk süreçten koparan ve herhangi bir yön tayin etmeyen konumdadır.

Kavramlarla ilgili literatürü taradığımızda ülkemizde verilmekte olan psikolojik/psikiyatrik destek hizmetlerinde danışanın algıladığı terapötik ittifak ve buna bağlı olarak gelişen danışanın terapi motivasyonu ile ilgili araştırmaların sayısının yeterli olmadığı düşünülmüştür. Bu paralelde, kavramları ele alan ve açıklayan temel düzeyde bir araştırmaya ihtiyaç olduğu, literatürde ileriye yönelik benzeri araştırmalara kaynaklık edeceği öngörülmüştür. Danışanın algıladığı terapötik ittifak ve danışanın terapi motivasyonunun ilişkisinin incelenmesine ek olarak demografik bilgiler, uygulayıcının meslek ünvanı, seans sayıları, seans sıklığı, seans süresi, daha önce destek hizmeti alıp almama durumu, kim tarafından yönlendirildiği ve ne gibi bir şikayetle başvurduğu gibi bilgiler de bu araştırma süreci dahilinde ele alınacaktır.

1.2. Amaç

Araştırmanın temel amacı danışanın algıladığı ittifak ile terapi motivasyonu arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır. Bu ilişkiye ek olarak danışandan alınan demografik ve klinik bilgiler de araştırmada yer alacaktır. Bu amaçlar doğrultusunda şu sorulara cevap aranmıştır:

1. Algılanan terapötik ittifak ile terapi motivasyonu arasında nasıl bir ilişki vardır?
2. Psikolojik destek alan kişiler ne düzeyde terapötik ittifak algılıyor?
3. Psikolojik destek alan kişiler ne düzeyde terapiye devam etmek için motivasyona sahip?
4. Terapötik ittifak için “en yüksek” denebilecek bir seans var mıdır?
5. Terapötik ittifak için “en yüksek” denebilecek bir seans var ise o seans hangisidir?
6. Sosyodemografik değişkenler algılanan terapötik ittifak ile terapi motivasyonu arasındaki ilişkiyi etkilemekte midir?
7. Klinik değişkenler (daha önce hizmet almış olması, daha önceki hizmetin ne kadar sürdüğü, neden sonlandığı, daha önce ve çalışmaya dahil olduğu anda hizmet aldığı kişinin unvanı, herhangi bir kronik rahatsızlık durumunun varlığı, düzenli olarak kullandığı bir ilacın olması, herhangi bir psikiyatrik tanısı olması, çalışmaya dahil olduğunda kaçınıcı seansı tamamladığı, seans süresi, başvuru sebebi, yönlendirme ile başvurma durumu) algılanan terapötik ittifak ile terapi motivasyonu arasındaki ilişkiyi etkilemekte midir?

1.3. Tanımlar

Psikoterapi: Vanden Bos (2009), psikoterapiden eğitilmiş bir profesyonel tarafından sağlanan, herhangi bir kişinin, ailenin işlevsiz duygusal tepkilerini, düşünme biçimlerini ve davranış kalıplarını değerlendirmek, tanılamak ve tedavi etmek için öncelikle iletişim ve etkileşim biçimlerini kullanan herhangi bir psikolojik hizmet olarak söz etmiştir. Terapi, sözcüğü de psikoterapi yerine sık olarak kullanılmaktadır.

Terapötik İttifak: Rogers (1951), danışan ve terapist arasındaki koşulsuz ve olumlu kabul esasına dayalı bakış açısının tedavi edici niteliği üzerinde durmuştur. Bu bakış açısı ile oluşan ilişki, danışanın arzu, niyet, düşünce ve davranışlarının ne olursa olsun kabul edildiği bir ilişkidir. Söz edilen ilişki ile kurulan terapötik sürecin iç görü

oluşturma sürecine eşlik ederek tedaviye ve gerekli m¼dahalelere zemin hazırlanmasının daha olası olduğu belirtilmiştir. Ek olarak terapötik ittifak kavramı, terapötik işbirliği, terapötik ilişki, terapötik alyans gibi kelimelerle de ifade edilmektedir.

Motivasyon: İnsan veya hayvan davranışına amaç veya yön veren ve bilinçli veya bilinçsiz bir düzeyde faaliyet gösteren dürtü, güdü. Bunu sağlayanlar ise açlık, susuzluk ve uyku ihtiyacı gibi fizyolojik motiflere ve kişisel ve sosyal gereksinimler, rekabet, kişisel ilgi alanları ve hedefler gibi nedenlere dayanmaktadır (VandenBos, 2009).

1.3.1. Psikoterapi

Cummings (2000), psikologların birçok Şey yaptığını ancak bunların bazılarının terapi bazılarının terapötik bir işlem olduğunu başlı başına kurama dayalı bir terapi ekol¼ olmadığını ifade etmiştir. Biyogeri bidirim (biofeedback), EMDR veya depresyon için yazılan bir egzersizi terapötik işleme örnek olarak vermiştir. Terapötik işlemin tedavi edici olmasının da psikoterapiye eşit olduğu anlamına gelmediğini bildirmiştir. Psikoterapi konuşma esasına dayalıdır ancak arkadaşınızla iyi bir sohbet de terapötik değildir. Cummings (2000), psikoterapinin prosedürlerin ve davranışsal sağlık çalışmalarının bir bütünü olduğunu belirtmiştir ve psikoterapi olarak adlandırılması için gereken Şu yedi ölçüt¼ sıralamıştır:

1. Bir ilişki olması,
2. İyi bir iletişim kurulması,
3. Kurama dayalı bir ortam olması,
4. Bu kurama göre faaliyet gösterilmesi,
5. İnsanı geliştirmek amacıyla çalışılması,
6. Zarar vermemek, mevcut zararı azaltmak için özel olarak eğitilmiş olması,
7. Uygulayıcının ödeme veya aynı olarak profesyonel bir bedel alması.

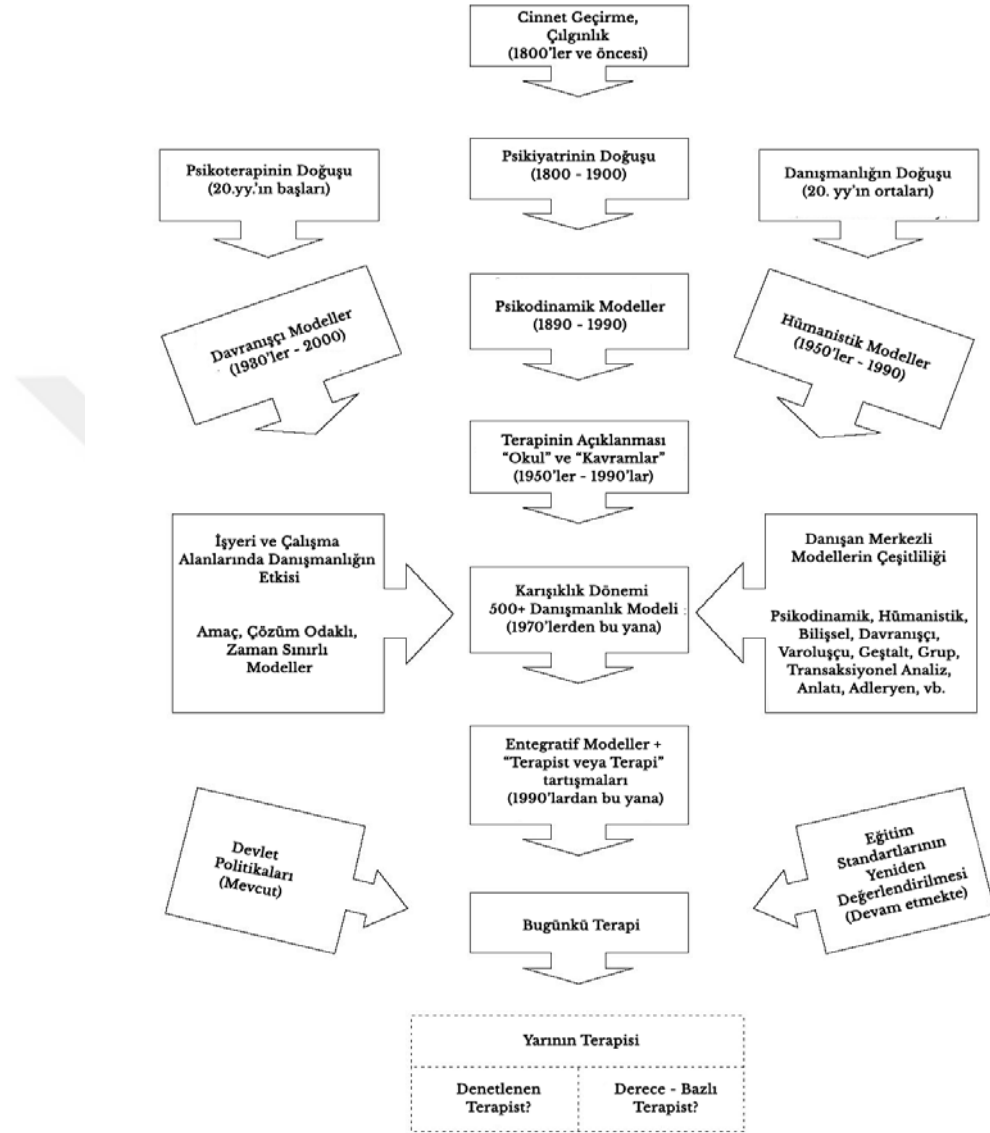
Makeover (2017), psikoterapinin tanımı için konuşmaya, psikolojiye ve analiz bileşenlerine atıfta bulunur. Psikoterapinin sözlük tanımı “zihinsel ve duygusal bozuklukların tedavisinde psikolojik yöntemlerin kullanımı” olsa bile, bu basit tanım, söz konusu karmaşık ilişkiyi veya çok sayıda terapötik varyasyonu kapsamaz. Öte yandan, gereksiz karmaşıklık ile yapılacak açıklamalar da, psikoterapinin basit yönlerini belirsizleştirebilir. Makeover (2017), “psikoterapi” ünvanını hak eden tüm farklı yöntemleri kapsayan bir tanım inşa etmek mümkün olmayabilir, ancak herhangi bir

psikoterapötik modelin temel parçalarını, çekirdek niteliklerini tanımlamanın yararlı olacağına vurgu yapmaktadır. Ancak burada başka bir sorun ortaya çıkar. Genel anlamı ile psikoterapistin yaptığı her şey psikoterapinin kapsamındadır. Profesyonellik bağlamında ele alırsak bunu şu şekilde açıklayabiliriz:

1. Belirli bir çalışma alanında uzmanlık kazanmak için özel eğitim almıştır.
2. Karar verme ve takdir yetkisinin tutarlı bir şekilde kullanılmasını gerektiren, ağırlıklı olarak entellektüel becerileri kullanır.
3. Bir dizi etik ve davranışsal standartları kapsayan bir yönetmeliğe uymaktadır.
4. Genellikle meslek grubunun üyelerini içeren tanınmış bir otoriter kurum tarafından uygulayıcının faaliyetleri onaylanmıştır.
5. Bir mesleki grup sosyal sembol (doktorun beyaz ceketi, hâkimin cüppeleri) ile çoğu zaman ayırt edilir, ancak psikoterapistler bununla belirlenmezler.

Claringbull (2010), psikoterapiyi tarihi gelişimi içinde ele almıştır (Şekil 1.). Psikoterapi ve psikolojik danışmanlığın, bireysel terapilerin ya da psikolojik terapi öyküsünün geçmişi, insan ırkının öyküsü kadar eskidir. İnsanlar kendilerini ve dünyalarını anlamlandırmaya çalışmışlardır. Bu yüzden insanlar her zaman terapistleri, din insanlarını, guruları, bilge kişileri, filozofları, doktorları, iyi arkadaşları veya aslında dinlemeye hazır olan herkes ile konuşmayı iç ve dış dünyalarına bir düzen getirmeye yardımcı olacak rehberler olarak seçmişlerdir. Başka bir deyişle, konuşan terapistin rolü insanlığın şafağına kadar uzanır. Ancak, terapinin hikayesini keşfetmeye çok yaklaşımadan önce, önemli bir karışıklığı aydınlatmak gerekmektedir. Duygusal, psikolojik veya zihinsel sağlık sorunları olan insanlara yardım etmekle meşgul olan profesyonelleri tanımlamak için kullanılan birçok terim vardır. Danışman, psikoterapist, psikolojik terapist, psikanalist, psikolog vb. başlıklar bazen farklı ve karışık şekilde karşımıza çıkar. Doğal olarak, insanların tüm bu profesyoneller arasındaki farklılıkları nasıl anlayacakları konusunda kafaları genellikle karışıktır. Pratik gerçek şu ki, tarihsel olarak, bu farklı başlıklar muhtemelen, profesyonel uygulamadaki farklılıklara göre, terapi eğitimlerinin erken dönemleri sırasında öğrenilen kalıplara dayanmaktadır. Kişi terapi konusunda profesyonel ise ve yaptıkları duygusal, kişisel veya zihinsel sağlık sorunları olan birisine yardım etmeye çalışan tüm kişisel terapi içeriklerine uygunsa, o zaman bir psikolojik terapisttir ve günümüzde sıklıkla konuşma terapisi (diyaloga dayalı)

olarak adlandırılan şeyin uygulamasını yapıyor demektir günümüzde bu ekipmanlar ile ilerlenebilmektedir.



Şekil 1. Claringbull'un Psikoterapinin Tarihsel Gelişimi İle İlgili Tablosu (Claringbull, 2010)

Hersen (2002), yayınladığı psikoterapi ansiklopedisinde psikoterapinin yayınladığı ansiklopedide bile zor açıklanacağını belirtmiştir; bunu da terapideki bilimsel olarak kanıtlanmış belirli stratejilerin ve tekniklerin gerçek hayatta uygulanışıyla eş güdümlü olmamasına bağlamaktadır. Ampirik kanıtların varlığına karşın uygulama ile ilgili eleştirilere dikkat edilmesi gerektiği, kültürel, finansal ve adli bileşenlerin de sürecin

dışında tutulmamasının önemli olduğu savunulmaktadır. Diğer taraftan psikoterapinin araştırılmasına bu kadar yönelten şeyin de bu karmaşıklık olduğu belirtilmiştir. Sürekli yeni cevaplar bulunduğu gibi bu cevapların yeni sorular doğuruyor olması durumu da bu yönelimi arttırmıştır.

Binder'a (2013) göre, psikoterapi kavramı belirli bir çerçeve içinde tutulmalıdır. Bu çerçeve içindeki unsurlar şu şekilde sıralanmıştır:

1. Terapiyi temellendirmek için gereken temel bilgi.
2. Etkili bir ittifak kurma ve bu ittifakı sürdürmeyi kolaylaştıran müdahalelerde bulunma.
3. Klinik değerlendirme yapabilme.
4. Vak'a formülasyonunda yetkinlik.
5. Müdahale planlaması.
6. Uygulamada uzmanlık.

Michel (2011), psikoterapininin bir zamanlar kişiler arası paylaşım ve etkileşim yaşantısı şeklinde tanımlandığını, fakat bugün olumlu bir yansıtıcılığın da bunlara eklenmesi ve böylece bahsedilen bu etkileşim yaşantısına terapeötik ittifakın da eşlik etmesi gerektiğini belirtmiştir.

Flanagan (2018) da psikoterapinin konuşma terapisinden başlayıp yakın geçmişe kadar olan tanımlama yolculuğunu gözden geçirenler arasındadır. Psikoterapinin birçok tanımı vardır ve birçoğu yalnız başına belirli perspektiften bir bakışı karşılamaktadır. Zaman içinde değişen terapi tanımlarını Flanagan şu şekilde derlemiştir:

- Arkadaşlığın satın alınması (1964).
- Tedavi amaçlı konuşma (1976).
- İki kişinin içlerinden birisi için faydalı ve başarılarına ulaşması için etkileşime girmesi ve birbirini anlaması durumu (1981).
- Duygusal bir bozukluğu olan bir bireyin daha düşük düzeyde duygusal bozukluğu olan birinden yardım alması (1983).
- Psikanaliz, grup terapisi veya davranış terapisi olarak profesyonel tekniklerle psikolojik bozuklukların veya uyum sorunlarının tedavisi (1993).

- Eğitimli bir kişinin edindiği beceri ve özellikleri bilerek uyguladığı hastanın duygusal problemlerin çözümüne yönelik profesyonel ilişkiye dayanan psikolojik tedavi. Amaçları

- (a). Mevcut semptomları değiştirmek veya geciktirmek.
- (b). Rahatsızlık veren davranış kalıplarının rahatsızlığının azalmasına aracılık etmek.
- (c). Pozitif kişilik büyümesini ve gelişimini desteklemek (1995).

1.3.2. Lambert'ın psikoterapiye bakış açısı

Psikoterapi ve etkisi konusunda çalışmalar yürüten araştırmacılardan biri Lambert'tır. Lambert (1992), psikoterapinin olası sonuçlarını ve neyin psikoterapi sürecinde bileşen olarak değerlendirilebileceğini açıklamıştır. Lambert'ın açıklaması on yıllar süren bir zaman aralığını kapsamakta; temel olarak psikoterapinin sonuçlarının etkileri üzerine araştırmaların derlenmesi, ampirik çalışmaların psikoterapi sonuçlarına yönelik değerlendirilmeleri, doğal gözlemler, epidemiyolojik çalışmalar, karşılaştırmalı klinik çalışmalar, psikoterapi deney desenlerine dayanmaktadır ve sadece yetişkinlerdeki bozuklukları ele almıştır. Lambert, çalışmasının sonucunda psikoterapi sürecinin etkisinin bileşenlerini ortaya çıkartmıştır (Şekil 2).



Şekil 2 . Psikoterapi Bileşenlerinin Etkilerinin Yüzdesi Lambert (1992).

Sürecin bileşenleri dörde ayrılmıştır.

1. Ekstra-terapötik değişim (% 40): Danışanın sahip olduğu (örneğin, ego gücü ve benzeri mekanizmalar) ve çevrenin etkisiyle gelişen olaylar (örneğin,

tesadüfi olaylar ve sosyal destek), terapiye katılımdan bağımsız olarak iyileşmeye yardımcı olan faktörlerdir.

2. Terapötik ilişki (% 30): Terapistin teorik bilgiye dayanarak benimsediği yaklaşımdan bağımsız olarak terapilerde bulunan bir dizi değişkeni içerir (ör. empati, sıcaklık, kabul, risk almanın teşvik edilmesi).
3. Teknikler (% 15): Belirli tedavilere özgü geliştirilmiş teknik ve uygulamalar (örneğin, biyo geribildirim veya sistematik duyarsızlaştırma).
4. Beklenti Etkisi (% 15): Danışanın destek alması ile temellenen beklentilerin karşılanmasına yönelik ve bu gerekçe ile birlikte güvence oluşturan etki.

Bunun yanında Asay ve Lambert (1999), yaklaşık psikoterapi süreçleri ve sonuçları ile ilgili altmış yıllık araştırmaları incelemişlerdir. Bu incelemelere binlerce psikolojik rahatsızlık sahibi kişiler, geniş kapsamlı psikoterapi sunumları ve problem sunumları, çeşitli psikoterapötik yaklaşımlar ve kontrol gruplu çalışmalar dahil olup genel olarak danışanları, ailelerini, ruh sağlığı profesyonellerini ve toplumsal bakış açılarını inceleyen çalışmalar dahil edilmiştir. İncelemeler sonucunda terapinin etkisi ile ilgili çok az şüphe olduğu ve terapi / tedavi gören kişiler ile görmeyen kişiler arasında anlamlı bir fark olduğuna işaret etmişlerdir ve bu sonuçların matematiksel kanıtlarını da sunmuşlardır. Terapide iyileşme sürecinin düşünüldüğü kadar uzun olmadığını gösteren sonuçlara da vurgu yapan Asay ve Lambert, yapılan meta analizler ve seans analizleri sonucunda danışanların yaklaşık % 75'inin 26 seans veya altı aylık süreçte olumlu etkilendiğini göstermiştir. Ayrıca, sekiz ile 10 seans arasında da danışanların % 50'sininklinik olarak anlamlı düzeyde olumlu yönde ilerlediğini belirtmiştir. Araştırmalar psikoterapinin etkisinin her zaman "sonsuz dek koruyucu" olmasını beklemenin yerinde olmadığını savunmakla birlikte birçok kısa süreli çalışmanın dahi uzun süreli sağlıklı uyum meydana getirebildiğini göstermiştir. Psikoterapi için bir diğer konu nüksüdür. Nüks tekrar meydana gelmek olup Asay ve Lambert'a göre danışanların bir kısmında nüks oluşacak veya uzatılmış bir terapi süreci gerektirecektir. Madde kötüye kullanımı sorunları, yeme bozuklukları, tekrarlayan depresyon ve kişilik bozuklukları tanısı olanlar bu grupta olup akla ilk gelenlerdir. Ancak, bu durum uygulayıcıları karamsarlaştırmaktan çok cesaretlendirmelidir. Çünkü terapidaki kazanımların etkisinin son seanslarda devam etmesinin istendiği görülmüştür.

1.3.3. Psikoterapi İle İlgili Araştırmalar

İsmlendirildiği ilk günden itibaren psikoterapinin etkisi tartışma konusu olmuştur. Deacon (2013), psikoterapinin yakın tarihteki gelişiminin 1970’li yıllarda biyomedikal odaklı ilerleme ile ilgili olarak hızlandığını belirtmiştir. Biyomedikal çalışmalarda yer alan psikoterapötik müdahaleler psikoterapi kavramının bilimsel temelini oldukça güçlendirmiştir.

Psikoterapiyi biyomedikal model çerçevesinde tanımlamak Deacon’a (2013) göre iç geçerlilik konusunda çok güçlü veriler sunarken dış geçerliliği azaltan bir durumdur. Bu model laboratuvar ve kontrollü ortamlarda çok daha kolayca uygulanıp yordanabilirken, günlük klinik uygulamalarla çok az benzerlik göstermektedir ve bir yandan da kısıtlayıcı olarak algılanmaktadır. Diğer yandan terapist ile ilişkinin katı sınırlarla standartlaşması durumu geçerlilik açısından da tehlikelidir. Bu yaklaşım aynı zamanda psikoterapi çeşitlerinin bir tür “at yarışı” şeklinde karşılaştırılmasına ve değişim sürecinden çok sonuca odaklanan araştırmaların yoğunlaşmasına neden olmuştur. Anksiyete bozuklukları, depresyon, yeme bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve sınırda kişilik bozukluğunun tedavisi gibi konularda APA (American Psychology Association) tarafından yayınlanan uygulama kılavuzlarındaki öneriler ampirik olarak desteklenen müdahaleler olarak görülmektedir. Bu müdahaleler kanıtlanabilir etkinliğe sahip, yaşama etkisi olan ve yaşam kalitesini arttıran müdahalelerdir. Psikoterapinin etkisini araştırmak için altında yatan mekanizmaları anlamak ilerlemeyi ve istenilen şeyleri ölçmeyi kolaylaştırabilir. Bu sayede hangi bileşenlerin ne gibi psikolojik bozukluklarda daha etkili olduğunu tespit edebilmek mümkün olabilir. Aksi durumların ise gereksiz terapötik bileşenlerin uygulanmasına neden olabileceği ve bu durumun bir ekstra çaba gerektirebileceği belirtilmiştir. Bu duruma örnek olarak standart bilişsel davranışçı terapinin bazı bileşenlerinde yapılan değişiklikler ve esnekliklerle yine aynı değişime ve sonuca gidilebildiğini gösteren araştırmalar olduğunu ifade etmiştir.

Psikoterapinin etkisini gösteren bir başka araştırma da Willutzki (2012) tarafından yayınlanmıştır. Willutzki, sosyal kaygı bozukluğu olan kişiler ile psikoterapilerin etkilerini karşılaştırmalı olarak değerlendirmiştir. Bu karşılaştırma için kaynak yönelimli bilişsel davranışçı terapi (resource oriented cognitive behavioral therapy) ile bilişsel terapinin iki yıl ve on yıllık (cognitive therapy) uygulamalarının sonuçlarını

karşılaştırmıştır. Kaynak odaklı bilişsel davranışçı terapi, danışanın güçlü yanları ve başa çıkma kaynaklarını saptayan ve bu kaynakları bilişsel terapi esaslarının merkezine alan bir terapi ekolüdür. Bu karşılaştırmalı çalışmada her iki terapi yaklaşımının da etkili olduğu ve bu iki terapi sürecini tamamlayan kişilerin on yıl boyunca da sosyal kaygı ile ilişkili yakınmalarının olmadığı gözlenmiştir.

Rogers (1954) psikoterapinin etkisinin ölçümünün sadece sade ve genel bir başarı kavramı ile açıklanamayacağını belirtmiştir. Psikoterapi ölçümlerinin o psikoterapi ekolünün kendisine ait hipotezler doğrultusunda ilerleyip ilerlemediğine yönelik olarak yapılmasında daha uygun olacağını ifade etmiştir. Bu kapsamda danışan merkezli terapi (client-centered therapy) ekolünün kurucularından olan Rogers araştırmalarında terapinin etkisini şu hipotezleri doğrularak kanıtlamıştır:

- (a). Terapi sırasında, önceden farkındalığına itiraz edilen duyguların daha açık deneyimlenmesi ve kişinin öz kavramında bu durumu özümsemesi.
- (b). Terapi sırasında, benlik kavramının ideal benlik kavramı ile daha uyumlu hale gelmesi.
- (c). Terapi sırasında ve sonrasında, danışanın gözlenen davranışının daha sosyal hale gelmesi ve olgunlaşması.
- (d). Terapi sırasında ve sonrasında danışanın kendini ve başkalarını kabul etme tutumlarında artış olması.

Rogers ek olarak kişilikteki değişikliklerin ve davranışsal her değişikliğin araştırılabileceğini, bu araştırmaların hangi ekol olursa olsun o psikoterapilerin kendine özgü kuramlarını deneme imkânı sunduğunu ve bunun da ileride daha geniş ufuklara ulaşılmasını sağlayacağını belirtmiştir.

1.3.4. Terapötik İttifak

Hatcher (2010), ittifak konusunun terapistin gündelik pratiğinde sık sık karşılaştığı bir konu olduğunu belirtmiştir. Hatcher'e göre süreç, danışan süreçle ilgilendiğinde ve daha duyarlı olduğunda gayet verimli çalışabilir bir hal alır. Böyle bir süreçte danışan kendisine sunulan girişimleri değerlendirerek, güven ve memnuniyet duyarak ilerler. Aksi durumda sessiz, ilgisiz veya kızgın bir danışan sürecin yolundan

çıkıldığını bize gösterir. Böyle durumlarda, danışanın terapi çalışmalarına yeniden uyumlanması için yeni ve yaratıcı yollar bulmak gerekebilir.

İttifak teorisi, klinik çalışmalarda bu önemli konuları düşünmenin ve ele almanın bir yolu olarak ortaya çıkmıştır. Ayrıca araştırmacılar, araştırma ve uygulama için değerli uygulamalarla ittifakı ölçmenin yollarını geliştirmiştir.

Hatcher'a (2010) göre Freud, hastalarını tedavi etmek için psikolojik yöntemleri kullanmaya başlar başlamaz ittifak sorunlarıyla karşılaşmıştır. Başlangıçta hipnoz süreçlerinde direnen danışanlarla daha sonra sonra da serbest çağrışıma direnen danışanlar ile karşılaşmıştır. Detaylı çalışmalarından sonra bu konudaki zorlukları "direnç" olarak adlandırmıştır. Direnç danışanların tam anlamıyla tedavi planına katılmadığını veya sürece devam etmediğini belirtmek amacıyla kullanılmaya başlamıştır. Aslında direnç ittifakta bir kopma anlamına gelmektedir. Freud, direnç kavramını başlarda ittifak bağlamında kullanmamakla birlikte 1937'de bu bağlamda kullanmaya başladı. Her ne kadar birçok teknik direnci aşmak için kullanılıyor olsa da aslında terapötik ittifak süreçleri danışanların katılımını artırmak için kullanılan teknikler olarak da değerlendirilebilmektedir.

İttifak konusundaki çalışmalar ve fikirler, Greenson'un (1965) katkılarına kadar psikanaliz kavramları çerçevesinde ve nispeten az ele alınmıştır. Greenson alanda kapsamlı ve belgelenmiş ilk çalışmalardan birini yapmıştır. Greenson bu çalışmada ittifakın olağan üstü bir işlevsel değer oluşturduğunu belirtmiş ve bu duruma çalışma ittifakı (working alliance) ismini vermiştir. Greenson'un çalışması ittifak sorunlarının aktarım ve savunma mekanizmalarından daha fazlası olduğunu savunmuştur. Bu bilgi, ittifak literatürü için yeniydi Greenson, çalışma ittifakı tanımında sadece danışanın terapi sürecindeki çalışma uyumunu değerlendirmiştir. Ancak bu durum terapistin yanı sıra danışanın da ittifaka açıklığı, yatkınlığı gibi kavramları gündeme getirmiştir. Daha sonra Bordin (1979) terapötik ittifak ile ilgili yeni görüşler belirterek günümüzdeki formunu alması için katkı sağlamıştır.

Bordin (1979), değişim arayan ve değişim aracı olmayı teklif eden kişi arasındaki ittifakın değişim sürecinin anahtarlarından biri olduğunu belirtmiştir. Çalışma ittifakı, evrensel olarak uygulanabilir terimlerle tanımlanabilir ve detaylandırılabilir. Özellikle yeni araştırma yönlerine işaret etmesi ve bilgiyi entegre etme

amacı onu değerli kılar. Çalışma ittifakı kavramı sadece psikoterapide değil, öğrenci ve öğretmen ilişkilerinde, gruplarda karar alırken lider ile gruparasındaki ilişkide ve çok daha yakınımıza bakacak olursak ebeveyn – çocuk ilişkisinde dahi görülebilmektedir.

Bordin (1979) terapötik ittifak kavramının her psikoterapi modelinde kendine özgü bir formda bulunduğunu düşünmektedir. Psikoterapi ve ittifak etkileşimi dört maddede sıralamıştır. Bunlar;

- 1) Tüm psikoterapi türleri, ittifaka yer vermiştir ve her birinin ittifak şekli birbirinden ayırt edilebilir özelliklere sahiptir.
- 2) Bir terapinin etkinliğini belirleyen etmenlerden birisi de ittifakın gücüdür.
- 3) Psikoterapi sürecindeki farklılıklar, danışan ve terapistin talep ve uygulamalarındaki farklılıklar ile belirlenir.
- 4) İttifakın gücü; taleplerin, danışan – terapist terapötik sürecinin ve karakteristik özelliklerinin uyumudur.

Bordin (1979) Terapötik ittifak kavramını ekoller ele alınarak incelediğinde üç ortak öge olduğunu belirtmiştir. Bu öğeler hedeflerde anlaşmak, görevler ve bağlıdır.

(a). Hedeflerde anlaşmak

Psikolojik yardım arayışının doğası, danışanım hedeflerine ulaşılmasına da en azından terapist ile üzerinde anlaşığı hedefler üzerinde çalışması beklentisi ile şekillenir. Bu nedenle, süreç boyunca terapötik çalışmalara başlamadan önceki anlaşmaları göz ardı etmemek gerekmektedir. Psikoterapilerde, bu sınırlar ve çalışma süreci sürekli biçimde gündemde olduğunda açık veya örtük bir anlaşma kalıcı olur ve bu anlaşma doğrultusunda sürece devam edilir.

(b). Görevler

Danışan ve terapist arasındaki iş birliği, bazı somut değişimleri dikkate alan, üzerinde anlaşmaya varılan bir sözleşmedir. Terapötik yöntemlerdeki farklılıklardan biri de danışanın ve terapistin ekol kapsamında gerçekleştirmesi gereken görevlerdir. Bilindiği üzere psikanaliz, serbest çağrışım kuralını benimser ve terapisti danışanın görüş alanından uzağa konumlandırılması ile iç deneyim akışına dikkat çekmeyi amaçlar. Davranış terapileri ve benzeri terapiler, içsel deneyimin sürekli akışına dikkat etmekte ısrar etmezler ve çalışılacak odak değişir. Sözü edilen son gruptaki terapilerdeki

gereksinimler her zaman aynı değildir. Davranış terapisi, belirli bir davranış kümesinin işlevsel analizleri ile ilgilendiği için, danışana mevcut davranışı gözleme ve raporlama görevi verebilir.

(c). Bağ

Hedefler, iş birliği, terapist ve danışan arasındaki insani ilişkisinin doğasıyla yakından bağlantılıdır. Bağ, birçok alanda zaten karşımıza çıkmaktadır ve bütün terapötik ilişkileri temsil edebilir. Ancak çalışma konusu birey deneyimleri, içsel süreçleri olduğunda bağların daha güçlü ve daha güvenilir olması gerekmektedir.

Stiles (2010), terapötik ittifak kavramı ile ilgili genel noktaları ve alanda bu konudaki çalışmalarını metodolojik ve epistemolojik olarak ele almıştır. Stiles'e göre bu konuda çalışma yaparken bütün katılımcıların ittifaktan aynı şeyi anlaması ve ittifakı aynı şekilde değerlendiriyor olması, çalışmanın kapasitesi ve aynı standartlarda olması önemli noktalar. Buna ek olarak terapötik ittifak konusunda çalışmaların bir kısmının terapötik ittifak modeli üstüne olduğunu belirtmiştir. Bu modeller, U şekilli model ve doğrusal artış modelidir.

U Şekilli Model

U şekilli modelde terapötik ittifak, ilk seanslarda güçlüdür ve yoğun biçimde üzerine düşülmektedir – orta seanslarda nispeten zayıflamakta ve – sonlara doğru güçlenmektedir. (Horvath ve Luborsky, 1993; Gelso ve Carter, 1994; Kivlighan & Shaughnessy, 1995). Bu model, ilk görüşmelerde nesne ilişkisine güçlü şekilde yoğunlaşan bir dönem, ardından zayıflığa ve kararsızlığa müsaade edilen bir dönem ve ardından daha farklı bir çaba ile kişinin özerkliğine yoğunlaşan bir dönem ile giden süreçte paralellik göstermektedir. Sonlandırma döneminde ise kişide benlik saygısı ve özerkliğin artması ile birlikte kaygının da azalması beklenmektedir. Tracey ve Ray de (1984), danışan ve terapistin oluşturduğu süreçlerde bahsedilen U şekilli modeli önermiştir.

Doğrusal Artış Modeli

Terapötik ittifakın oturumlar boyunca artıp artmadığını ve terapötik ittifakın zamanla ilişkisini inceleyen bir modeldir. Sonuçlarını ölçmek görece daha kolaydır. Birçok araştırmacı terapötik ittifakta bu şekilde bir modelin varlığını savunmaktadır (Piper, Ogrodniczuk, Lamarche, Hilscher ve Joyce, 2005; Sauer, Lopez ve Gormley,

2003; Stiles, Agnew-Davies, Hardy, Barkham ve Shapiro, 1998). Bu konudaki çalışmalar, her seansta veya seanslara uygun kesme noktaları / dönemlerde ölçme-değerlendirme ile yapılmaktadır.

Dimaggio'ya (2015) göre danışanın yaşadığı tüm duyguları hatta belli etmeyi tercih etmediği duyguları dahi açıkça ifade edebileceğinden emin olması gerekmektedir. Ters durumların tedavi sürecine zarar verebileceği bilinmelidir. İttifakın oluşup oluşmadığı veya bozulup bozulmadığının değerlendirilmesi gerektiği akılda tutulmalıdır. Terapist; iyi bir terapi ilişkisi kurmak, ittifaktaki bozulmaları onarmak, danışanların bilişsel kapasitelerini en iyi şekilde ortaya koymalarını sağlayacak bir destekte bulunmak ve ortam hazırlamak için çalışmalıdır.

Dimaggio terapötik ittifacı sağlayan etmenleri şu şekilde açıklamıştır:

- (a). Onaylamak.
- (b). İttifak kopmalarını onarmak.
- (c). Optimal bir ilişkisel atmosfer yaratmak, paylaşma duygusuna ulaşmak ve empati kurmak.
- (d). Meta iletişim (dolaylı yolların da dahil olduğu iletişim şekli) kurmak.
- (e). Terapi ilişkisini hasta hakkında bir bilgi kaynağı olarak kullanmak.

Danışanın işlevselliğini bozan şema vb. düşünceler ile çok erken yüzleşmesi, danışana zarar verebilecek reaksiyonlara sebep olabilmektedir. Bu durum terapötik ittifakı tehdit etmektedir. Özellikle, narsisistik, paranoid ve pasif-agresif özelliklere sahip bireylerde bu erken yüzleşmelerin sebep olacağı zarar verici reaksiyonlar daha net görülmüştür. Ancak ittifak, oluşan diyalog ve danışanın geribildirimleri sayesinde ilk gözlem ve tespitlerle saptanabilir ve bunun ışığında danışan tekrar anlaşılır ve kabul görür hale geldiğini fark edinceye kadar onarılabilir. Bu onarımdan sonra tedavi ve süreç hedeflerine yeniden karar vermek mümkün hale gelebilir. Ek olarak, vaka formülasyonu iyi yapıldığında terapötik ittifakın kopmaları ve bozulmalarına karşı alınacak önlemler daha etkilidir. Çünkü, bu ittifak kopmalarının artık formülasyonda da rasyonel olmayı temsil ettiğini görmek mümkündür. Terapist, hem danışanın rasyonel ve tutarlı betimlemeleri üzerinden süreci ilerletmek hem de terapötik ittifakın bozulmaması için formülasyonu kullanabilmektedir. Bu bağlamda, formülasyonun iyi ve kapsayıcı olması uygulayıcının çalışmalarının niteliğini artırmaktadır. Daha açık ve net ifadeler, hem

şemalara uygun olan hem de şemalara uygun olmayan düşünce ve duyguların yüzeye çıktığı güvenli bir ortam yaratılmasını sağlar. Danışan böyle bir ortamda kendini daha rahat ve güvende hisseder. Terapist burada şu yorumu yapabilir: ‘Şu an bir kez daha iyi bir atmosfer yarattık. Bu, karşılıklı anlayışla dolu bir ilişkide rahat hissetme kapasitesine sahip olduğunuz anlamına gelir.’. Bu, hastanın önceden fark edilmemiş ilişkisel kapasiteleri keşfetmesine yardımcı olur.

Dimaggio (2015), ittifaktaki kopmaları tamir etmeye çalışırken, danışanın içsel durumları fark etme konusunda ne denli yatkın ve becerikli olduğuna dair bilgisi dikkate alınmaz ise ilişkisel müdahalelerin başarısızlık ile sonuçlanabileceğini savunmaktadır. Duyguların ifadesinde zorlanan bir kişi ile daha ileri bir adım olan ilişkisel yaklaşımları çalışmak zararlı, en iyi ihtimalle faydasız olabilir.

Tschuschke’ye (2020) göre, danışanlar psikoterapi sürecine “tabula rasa” olarak başlamazlar, yani herhangi bir fikirleri olmadan geldikleri söylenemez. Bu şartlarda başarılı bir psikoterapi süreci, danışanın hali hazırdaki fikirlerinin de değiştirildiği ve terapötik ittifak sonuç ilişkisinin çok daha güçlü olması gereken bir süreç olarak ele alınmalıdır. Önemli sayılabilecek psikolojik yük ve psikolojik problemlerin kronikliği, terapötik ittifakın kalitesini etkiler. Diğer yandan, terapistlerin temel kişilerarası becerileri daha iyi ittifak oluşturan etmenlerdendir. Literatürdeki güncel tartışmalar, psikoterapistlerin bazılarının etkililik anlamında daha farklı bir noktada olduğunu ve bu terapistlerin yarar olarak diğerlerinden daha yüksek düzeyde olduğu noktasına değinmektedir. İncelendiğinde bu terapistlerin terapötik ittifak ve iyileştirmede çok daha iyi oldukları görülmektedir.

Özet olarak, terapötik ittifak terapötik bir faktör olmakla birlikte iyi bir terapötik değişim için vazgeçilmez bir önkoşuldur. Hem danışan hem de terapist, ortak bir dalga boyunda çalışmak zorundadır. İyi bir terapötik ittifak için danışanın yapması gerekenlere odaklanmaktan daha fazla özellikle danışanın terapötik ittifak düzeyine yaklaşarak danışanın ruhuna ilişkin bir anlayış geliştirmek terapistin temel görevi gibi görünmektedir. Danışanın seyrettiği dalgalı bir terapötik ittifak düzeyi terapist tarafından yakından izlenmediğinde, sürecin sağlıklı ilerlememesine neden olabilir.

Hersen (2002), danışan ile terapist arasında iyi bir ittifakın her tür terapide ortak olan değerleri içerdiğini ve terapideki başarının bu değerlerin var olup olmamasına bağlı

olduğunu ifade etmiştir. Araştırmacılar yıllarca psikoterapilerin etkisi ve bu etkinin hangi tedavi türlerinde ve ekollerinde ortaya çıktığını araştırmıştır. Çok geniş çaplı incelemeleri içeren bu çalışmalar psikoterapinin işe yaradığını ve farklı ekollerin etki farkının düşük olduğunu ortaya koymuştur. Bu farklı terapilerin etki farkının düşük olması, araştırmacıların danışanda etki yaratan ortak noktalar üzerinde yoğunlaşmasını sağlamıştır. “Ortak faktörler” adı verilen bu özellikler, terapistin teorik yöneliminden bağımsız olarak, terapist – danışan iş birliğine dayanan ilişkinin özelliklerine işaret eder. Burada, iki kişi bir terapötik bağ kurar ve terapinin amaçları, hedeflere ulaşmak için üstlenilecek görevler üzerinde hem fikir olurlar. Terapötik ittifak, tedavilerde sonucu etkileyen genel bir faktördür. Bu sebeple bazı kuramcılar ve araştırmacılar terapötik ittifakın terapi türünden daha önemli olduğunu savunur.

Terapi ilişkisi ve ittifakın özel bir karşı karşıya gelme şekli olduğunu belirten Holm-Hadulla (2004) ittifakı, her biri kişisel geçmişe sahip iki veya daha fazla kişinin terapi kapsamı üzerinde anlaşmaya vardığı ve umut oluşturan bir zemin kurulması olarak tanımlamaktadır. Danışanın psikoterapiyi kabulü onda umut oluşturmak için önemli bir adımdır. Bu umut; beğeni, güven, itibar ve terapistin mesleki niteliklerine dayanabilir. Sürecin seyrini belirleyen temel faktörlerden birisi danışan ve terapist arasında kurulacak olan verimli terapi ilişkisidir. Bu ilişki, rahatsız olmadan danışanın hayallerini, görselleştirmelerini geliştirmeye ve hatıralarını çalışmaya zemin hazırlayacak ve danışan bu sayede fayda sağlayacaktır. Genel bulgulara göre, terapist ve danışan arasındaki terapötik ittifak olumlu yönde şekillendiğinde, kişinin kişisel problemlerini yansıtabileceği ve kişiler arası ilişkileri anlamaya başlayabileceği belirlenmiştir ve bununla birlikte kendilikleri ve öz yeterlilikleri güçlenecektir. Bu güçlenme; kişisel, iş vb. alanlardaki krizlerde, psişik bozuklukları takiben demoralizasyon olgularında ilk adım olarak uygulanan terapötik ittifak girişimlerinden sonra görülmektedir.

Barber (2010) yayınında terapötik ittifakın, psikoterapi süreçlerinde sonucu belirleyici rolü olup olmadığını incelemiştir. Terapötik ittifak, birçok bilim insanı tarafından psikoterapinin önemli bir bileşeni olarak kabul edilir. Bu nedenle, ittifakın da en çok çalışılan psikoterapi yapılarından biri olması şaşırtıcı değildir. Terapötik ittifak karşımıza üç şekilde çıkmaktadır.

Birincisi, literatürde bu kullanımın birçok örneğinin farkında olunmamakla birlikte, iyi bir terapötik ittifakın elde edilmesi kendi kendine yeten bir tedavi hedefi olabilir. Güçlü bir terapötik ittifak, belirli danışan tipleri için uygun bir terapötik sonuca neden olabilir. Masterson (1978), borderline tanılı danışanı ile gerçekleştirdiği psikoterapide terapötik ittifakın bir önkoşul yerine bir amaç veya hedef olduğunu öne sürmüştür. Her ne kadar terapötik ittifakın amaç olduğu seanslar klinik literatürde yaygın olarak yer almamış olsa da, iyi bir terapötik ilişki kurmak bazı psikopatolojik durumları deneyimleyen danışanlar için önemli bir hedef gibi görülebilir..

İkincisi, ittifakın ana ilgi alanı olarak ele alındığı durumlardır. Bu durumlar ile ilgili araştırma çalışmalarını kolayca tasavvur edebiliriz (örneğin, güçlü bir terapötik ittifaka yol açan faktörleri belirleme çalışması). İttifakın her zamansonuçla ilişkili olduğu gösterildiğinden, danışanın ve terapistin süreçteki olumlu davranışlarının ve bu davranışların gelişimini izlediğimizde bu gelişimde daha güçlü terapötik ittifakın etkisinin olduğu görülür.. Araştırmalar, daha güçlü terapötik ittifak kuran terapistin esneklik ve doğru yorumlama gibi özelliklerine vurgu yapmıştır (Ackerman ve Hilsenroth, 2003).

Üçüncüsü, ittifak çok önemli bir yapı olduğu için terapistlerin danışanlarıyla daha iyi ittifaklar geliştirme yeteneğinin önemli ölçüde artırılıp artırılamayacağını araştırılmasıdır. Uzmanlık eğitimi yoluyla bu amaç, ittifakın sonuçla ilişkisinin doğasına bakılmaksızın açık klinik sonuçlar doğurmaktadır, çünkü çok azı güçlü bir terapötik ittifakın tedaviye faydalı olmadığını savunmaktadır. Terapötik ittifak kurma uzmanlığı terapi seanslarının sonucundan bağımsız olarak katkı sağlamaktadır. Terapötik ittifak bu bağlamda sonuca doğrudan etki etmemekle birlikte süreç üstünden bir etki sağlayarak uygulanan terapiyi ve klinik sonuçları olumlu yönde etkilemektedir. Crits-Christoph ve ark. (2006) ittifak eğitimi kapsamında önce ve sonra yaptıkları çalışmalarda uygulayıcılarda orta ila ileri seviyelerde ilerlemelerin gerçekleştiğini göstermiştir. Yararlı öğretim için bu olasılık göz önüne alındığında, ittifak eğitimi acemi psikologların ve psikiyatri asistanlarının eğitim programlarına dahil edilebilir.

İttifakın, sonuç için genel ve iyi bir ön görücü ve potansiyel bir sonuç aracısı olarak araştırıldığı görülmektedir. Değerlendirilen çalışmalarda terapötik ittifak kavramının dahil olduğu ve test edildiği zamanlar ele alındığında. ittifakın sonuç

üzerindeki etkisi dikkat çekmektedir. Özellikle, ittifakın bir belirleme aracı olarak kullanılması, araştırmacıların ittifak gücünü ölçmeden önceki ve sonraki semptom seviyeleri ve bu seviyeler arası değişikliği içeren analizleri dikkate alması gerekmektedir. Terapötik ittifakın, terapötik sürecin sonucu için bir belirleyici olmasına yönelik ilişki şu an için meta-analizlerde çıkacak kadar güçlü görünmemektedir (örneğin, Martin ve ark., 2000). Aslında, terapötik ittifakın semptomlarda daha fazla iyileşmeye neden olduğuna dair az kanıt vardır. Uygulanan ekollerde bu kavram yok sayılmamakla birlikte kişilerarasından daha uzak ekollerde ittifak semptomlara aynı şekilde etki etmeyebilir. Buna ek olarak ayrı danışan popülasyonu için aynı terapötik ittifak kullanımını geçerli olmayabilir. Örneğin depresyon süreçlerine uygun terapötik ittifak ile bağımlılık süreçlerinin aynı olmamaktadır.

Bu durumun tam tersi yönünde Klein ve ark. (2003) bir grup “nevrotik” danışan ile çalışarak kişilerarası odağa sahip olan terapilerin ittifak ile artan verimliliğinden bahsetmiştir. İttifakın bu şartlarda daha nedensel bir rolü olabileceği düşünülmektedir.

İttifak, nedensel olarak sonuçla ilgili değilse ve terapi sürecinde güçlüyse, ittifakın terapinin iyi gitmesi yönündeki sonuçlarla anlamlı bir ilişki içinde olduğu söylenebilir.. Aslında, süpervizörler, terapist kursiyerlerine sıklıkla ittifakları iyi gitmezse etkili terapi yürütmenin zor olacağını söylemektedir. Çünkü, bu muhtemelen terapiyle ilgili bir sorun olabileceğini gösterir. İttifak yolunda gidiyorsa bu durum nihai olumlu sonucun bir göstergesi olarak kabul edilebilmektedir.

Ardito (2011), terapötik ittifak teriminin ortaya çıkışı, terapötik ittifakın aşamaları, terapötik ittifakın ölçülmesi ve terapötik ittifak kavramının psikoterapi süreci veya sonucu açınsındayordayıcı bir ilişkiye sahip olup olmadığı üstüne yürüttüğü araştırmada en sık kullanılan dokuz terapötik ittifak ölçeğini değerlendirmiştir. Bu kapsamda elde ettiği sonuçlar ışığında terapötik ittifak ile ilgili iki önemli evre olduğunu belirtmiştir. İlk evre, hastanın iş birliği ve güvenin artırıldığı, hastanın ve terapistin hedefler üzerinde hemfikir olduğu ve hastanın terapi prosedürlerine güvendiği ve bu prosedürlerden emin olduğu evredir. Bu evre, ilk beş seansta kendini göstermekte olup üçüncü seansta en üst düzeye ulaşmaktadır. İkinci evre ise, değişimi temel alan hastanın işlevsiz düşüncelerine, davranışlarına ve bunların etkilerine yönelik müdahaleleri ele alan evredir.

1.3.3. Motivasyon

Motivasyon terimi, latince hareket kelimesine karşılık gelen “movere” kelimesinden türemiştir (Steers, Mowday ve Shapiro, 2004). N. R. F.Maier (1955) tarafından açıklanan denkleme göre performansı yetenek ve motivasyon arasındaki etkileşim belirlemektedir. Motivasyon, eğitimin ayrılmaz bir parçasıdır. Bir çalışanın öğretilmesi denenen öğrenmemeyi veya kazandığı becerileri uygulamamayı seçmesi ölçüsünde, bir kurumun, bireyin yeteneklerini artırma yollarına ayırdığı zaman, para ve kaynaklar artar.

20. yüzyılın açılışında Freud, bireyin motivasyonunun bilinçdışı bir işlev olduğunu ve biyolojik bir kaynağa sahip olduğunu ortaya koydu. Freud, aynı zamanda ebeveynlerimizle önemli gelişim deneyimlerinin, daha sonra otoriteye nasıl uyum sağladığımızı etkilediğine inanıyordu. (Akt; James, 1892).

Motivasyon; enerji, yön, devamlılık ve eşitlikle ilgili aktivasyon ve yönelimdir. Motivasyon, psikoloji alanında merkezi ve yıllardır tartışılan bir konudur. Çünkü biyolojik, bilişsel ve sosyal düzenlemelerin özüdür. Daha da önemlisi, gerçek dünyada, sonuçlarından dolayı motivasyona büyük önem verilmektedir: Motivasyon üretir. Bu nedenle, yönetici, öğretmen, dini lider, antrenör, sağlık hizmeti sağlayıcı ve ebeveyn gibi başkalarının harekete geçmesini sağlayan rolleri olanlar için önemli bir endişe kaynağıdır. Her ne kadar motivasyon tekil bir yapı olarak görülse de yüzeye yansıyan tarafı ile değerlendirildiğinde bile insanların çok çeşitli deneyimler ve sonuçlar ile çok farklı faktörler tarafından harekete geçirildiğini göstermektedir. İnsanlar, bir faaliyete değer verdikleri veya güçlü bir dış baskı olduğu için motive edilebilirler. Sürekli bir çıkar veya rüşvetle harekete geçmeleri istenebilir. Kişisel bir bağlılık duygusunun üstün gelmesinden veya izlenme korkusundan harekete geçebilirler. İçsel motivasyona karşı dış baskıya maruz kalma durumları arasındaki bu karşıtlıklar elbette herkes tarafından bilinen olgulardır. İnsanların kendi çıkarları ve değerleri dışında bir davranışın arkasında durup durmadığı veya kendisinin dışında gelişen sebeplerle mi davrandığı konusu, her kültürde önemli bir konudur (Johnson, 1992) ve insanların kendisinin ve başkalarının davranışlarını anlamalarını sağlayan temel bir boyutu temsil eder (de Charms, 1968).

Tolman (1923) ve Lewin'in (1936, 1938) çalışmaları ile, modern bilişsel motivasyon teorilerinin temeli atılmıştır. Her ikisi de, birçok güdünün bilişsel doğasının ve davranışa yönelik hedeflerin önemini vurgulamaktadır; ek olarak, motivasyonu anlamada kitlesel yaklaşımın kullanılmasını savunmuştur. Tolman, 'davranışın amacı' kavramını vurgulamış, hedeflerin davranışlarımızı yönlendirdiğini ve organizmaların dünyalarının bilişsel haritaları olarak adlandırdığı bilişsel temsilleri geliştirdiğini belirtmiştir. Tolman, beklentilerin gelişimini ve bu beklentilerin davranış biçimini kontrol ettiğini vurgulamıştır. Bir organizmanın bir davranış öğrenmesi için motivasyonun gerekli olduğuna inanmaktadır. Tolman'ın bakış açısı, makalesini yazdığı tarihte geçerli olan daha mekanik olan uyarıcı-tepki formülasyonlarıyla keskin bir karşıtlık oluşturmaktadır.

Lewin (1936, 1938), davranışın dinamik yapısını vurgulamış ve gözlemlenen davranışın o anda bireye etki eden tüm güçlerden kaynaklandığını ileri sürmüştür. Dolayısıyla davranışın, içsel etkileşimin olduğu kadar çevresel güçler ile içsel olanlar arasındaki etkileşimin bir fonksiyonu olduğunu belirtmiştir. Lewin'e göre davranış oluşturan sebeplerin birçoğu bilişseldir. Bu bilişsel motifler, davranışı fizyolojik ihtiyaçların etkilediğine benzer şekilde etkiler. Lewin, organizmanın iki seçenek arasında kaldığı durumlarda seçimini yapması için etki eden faktörleri iki grup altında toplamıştır. Bu faktörler, beklenti ve değerlerdir. Motivasyonel süreçler insan faaliyetlerini başlatmaktan ve yönlendirmekten sorumludur; davranışlara enerji verir, görev bağlılığını oluşturur, artırır ve eylemleri belirli amaçlara yönlendirir. Aynı zamanda ilişkisel deneyimlerle ayrılmaz bir şekilde bağlantılıdır. İnsanlar çeşitli ilişki ve etkileşimlerde bulunurken kendi amaçlarını, değerlerini, deneyimlerini ve umutlarını bu etkileşimlere taşır. İnsanları birbirleriyle temas ettiren ve etkileşime girmelerini sağlayan bu motivasyonel güçlerin doğası, ilişkilerde kritik bir rol oynamaktadır. İnsan motivasyonu ile ilişkisel deneyimler arasındaki bağlantılar karmaşıktır. Bu alanda yapılan araştırmalar ilişkisel rakamların, daha fazla ya da daha az ölçüde iletişim kuran ve destek sağlayan birtakım tanımlanabilir kişilerarası davranışlarla motivasyonu etkilediğini göstermektedir. Örneğin, kişiler arası ilişkideki etkileşimler, geri bildirimlerin verilme biçimleri, düşüncelerin ifade edilme tarzı veya arzu edilen ve istenmeyen davranış ve değerlere verilen tepkilerle karakterize edilebilir.

Motivasyonel olarak destekleyici ortamlar, doyum ve üretkenliği destekleyen açık ve işbirliğine dayalı profesyonel ilişkilere ilham verebilir. Öte yandan, motivasyonel olarak engelleyici ortamlar, güvensizlik duygularını artırabilir veya fikirlerin paylaşılmasını engelleyebilir ve yaratıcılığı azaltabilir; sonuç olarak, refahı azaltabilirler. Bu bilgilerin ışığında Ryan ve Deci (2000) motivasyon ile ilgili derecelendirmeyi öz belirleme kuramı (ÖBK) (Self-Determination Theory [SDT]) detaylı bir şekilde işlemiştir.

SDT, iki temel varsayım üzerine kuruludur: Birincisi, insanlar doğal olarak aktif ve büyüme yönelimlidir. Başka bir deyişle, kişilerarası deneyimler engellenmedikçe, insanlar büyüme ve gelişme için doğuştan gelen bir eğilime sahiptir. İkincisi, SDT yaklaşımları, insanların psikolojik bütünleşme, örgütlenme ve uyumlu olma konusunda köklü bir organizma eğilimine sahip olduğunu varsaymaktadır. Ayrıca, deneysel bir süreç aracılığıyla, SDT üç ayrı ve evrensel temel psikolojik ihtiyaç tanımlamıştır: yeterlilik, özerklik ve alakalı olma ihtiyaçlarıdır.

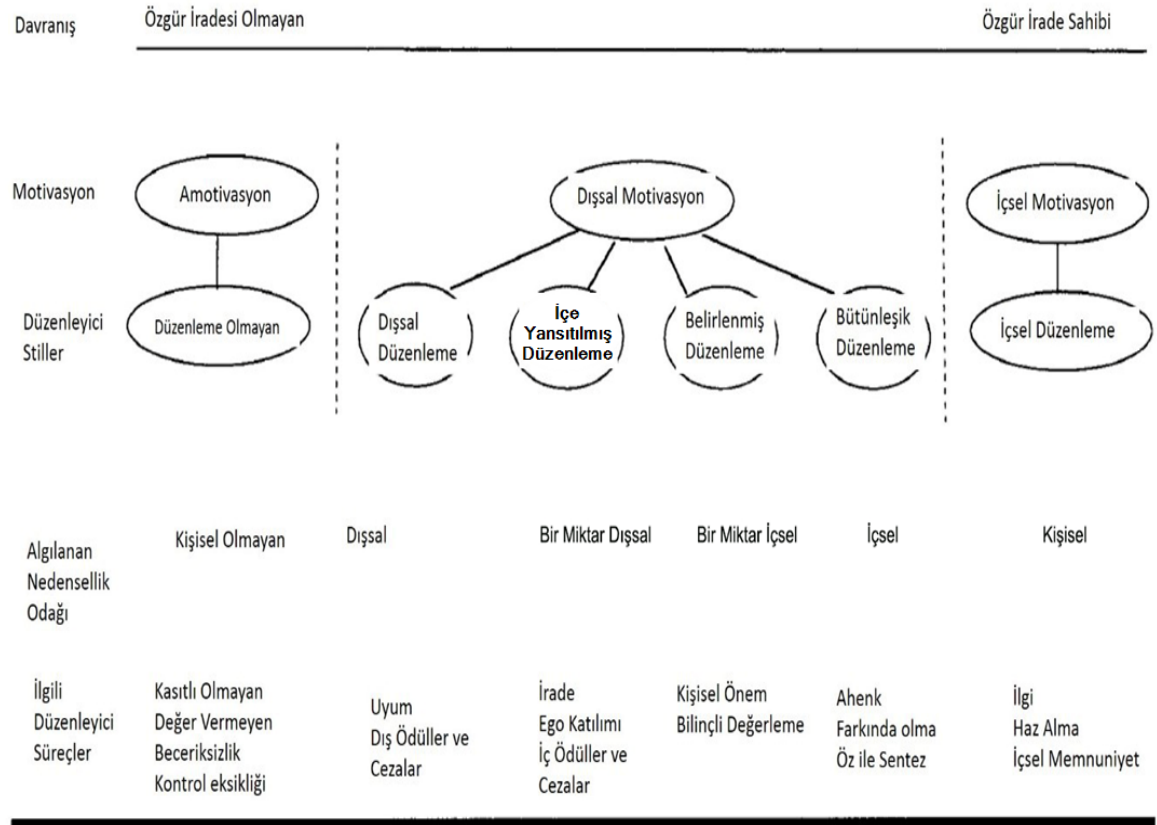
1.3.3.1. Öz Belirleme Kuramı / ÖBK (Self - Determination Theory / SDT)

Öz Belirleme Kuramı, insan motivasyonu ve kişiliğini ele alan, kişilik gelişimi ve davranışsal öz düzenleme için bireylerin gelişmiş iç kaynaklarının önemini vurgulayan organizmik bir metakurama dayanan geleneksel deneysel yöntemleri kullanan bir yaklaşımdır (Ryan, Kuhl, & Deci, 1997). Bu nedenle, teorinin kapsadığı alan: insanların kendi içsel motivasyonları ve kişilik bütünleşmesinin yanı sıra bu olumlu süreçleri besleyen koşulların temelini oluşturan doğuştan gelen psikolojik ihtiyaçların ve içsel gelişim eğilimlerin olduğudur. Sonuç olarak, deneysel süreci kullanarak, büyüme ve bütünleşmenin yanı sıra yapıcı sosyal gelişim ve kişisel refah için doğal eğilimlerin optimum şekilde çalışmasını kolaylaştırmak için gerekli görünen şu üç ihtiyaç belirlenmiştir: yeterlilik, ilişki ve özerklik.

Kuramın bileşenlerinden biri içsel motivasyondur. Belki de tek başına hiçbir olgu, insan doğasının olumlu potansiyelini, içsel motivasyon, doğası gereği yenilik ve zorlukları arama, yeteneklerini geliştirme ve kullanma, keşfetme ve öğrenme eğilimi kadar yansıtmamaktadır. Gelişim psikologları, çocukların doğdukları andan itibaren en sağlıklı hallerinde, belirli ödüller olmasa bile, aktif, araştırmacı, meraklı ve eğlenceli olduklarını kabul etmektedirler. İçsel motivasyon yapısı, bilişsel ve sosyal gelişim için

çok gerekli olan ve yaşam boyunca temel bir zevk ve canlılık kaynağı olan asimilasyon, ustalık, kendiliğinden ilgi ve keşfe yönelik bu doğal eğilimi açıklamaktadır (Csikszentmihalyi & Rathunde, 1993). Bir diğer bileşen de dışsal motivasyondur. Deci ve Ryan (1985), SDT çerçevesinde, dışsal motivasyonun farklı biçimlerini ve bu davranışlar için düzenlemenin içselleştirilmesini ve bütünleşmesini teşvik eden veya engelleyen bağlamsal faktörleri ayrıntılandırmak için organizmik bütünleşme kuramı adı verilen ikinci bir alt kuram ortaya koymuşlardır. Üçüncü ve son bileşen de motivasyonsuzluktur. Motivasyonsuzluk, harekete geçme niyetinin olmaması durumudur. İnsanlar motivasyonsuz olduklarında ya hiç harekete geçmemekte ya da niyet etmemektedirler ve sadece hareketleri gerçekleştirmektedirler. Motivasyonsuzluk, bir faaliyete değer vermemekten (Ryan, 1995), yapmak için yetkin hissetmemekten (Bandura, 1989) veya istenen sonucu vermesini beklememektir (Seligman, 1975). Süreç sınıflandırılması Şekil 2’de gösterilmiştir.

Motivasyon Tiplerini, Düzenleyici Stilleri, Nedensellik Odağı ve İlgili Süreçleri ile Gösteren Öz Belirleme Devamlılığı



Şekil 3. Düzenlenmiş Motivasyon Türlerinin ÖBT Sınıflandırması (Ryan, Kuhl, & Deci, 1997).

Motivasyonun kaynağını (içsel/dışsal) derecesine göre göstermektedir (soldan sağa doğru). Her ne kadar birçok kuramcı motivasyonu bölünemez bir kavram olarak görse de ÖBT'de tanımlanan kategorilerin her biri kuramsal, deneysel ve işlevsel olarak farklı motivasyon türlerini tanımlamaktadır. Sürekliliğin en sağında içsel motivasyonun klasik hali, içsel tatminleri için bir aktivite yapılması yer almaktadır. Bu motivasyon kategorisinde, birey oldukça özerktir ve bu kategori özerkliğin prototipik örneğini temsil etmektedir. Dışsal olarak motive edilmiş davranışlar, aksine, motivasyonsuzluk ile içsel motivasyon arasındaki sürekliliği, düzenlemelerinin özerklik derecesine göre değiştirmektedir. En az özerk olan dışsal motivasyonlu davranışlar dıştan düzenlenmiş olarak gruplanabilir. Bu tür davranışlar, harici bir talebi veya ödül olasılığını karşılamak için gerçekleştirilmektedir. Bireyler, dış düzenlenmiş davranışları genellikle kontrol edilen ya da yabancılaştırılan şekilde yaşamaktadırlar ve davranışlarının algılanan bir dış nedensellik odağı bulunmaktadır (de Charms, 1968). Dış düzenleme, işlem kuramcıları tarafından üzerine odaklanılan bir motivasyon türüdür ve tipik olarak içsel motivasyonla çeliştiği belirlenmiştir. İkinci tip bir dışsal motivasyon, içe dönük düzenleme olarak adlandırılmaktadır. İçe yönelim, bir yönelimde devam etmeyi ancak bu yönün kendiliğinin ağır basması ile birlikte dışsal değerlere de önem vermektedir. Suçluluk veya kaygıdan kaçınmak veya gurur gibi ego yükselmelerine ulaşmak için davranışların gerçekleştirildiği göreceli olarak kontrol edilen bir düzenleme şeklidir. Başka bir ifadeyle, içe yönelim koşula bağlı özgüven ile düzenlemeyi temsil eder (Deci & Ryan, 1995). İnsanların değer duygularını korumak için yeteneklerini (veya başarısızlıktan kaçınma) göstermeye motive oldukları klasik bir içe yönelim biçimi ego katılımıdır (de Charms, 1968). İçsel olarak yönlendirilmesine rağmen, içe dönük davranışlar hala algılanan bir dış nedensellik odağına sahiptirler ve öz benliğin bir parçası olarak deneyimlenmezler. Bu nedenle, bazı çalışmalara göre, kontrollü bir motivasyon bileşiği oluşturmak için dış düzenleme (kişiler arası kontrol edilen) ve içe yönelmiş düzenleme (kişisel olarak kontrol edilen) bir araya getirilmiştir.

1.3.4. Psikoterapi ve Terapötik İttifak İle İlgili Çalışmalar

Zilcha-Mano'ya (2017) göre, ittifak kavramının terapötik değeri tartışmalı ve incelenmesi güç bir konu olarak gözükmekteydi. Bu değer tartışmaları başlıca ikiye ayrılırdı, birincisi terapötik ittifakın kendi başına terapötik olduğu görüşü, bir diğeri ise

ittifak kavramının terapötik sürecin sağlayıcısı değil yardımcısı olarak yer aldığı kavramıydı. Günümüze kadar gelen ampirik verileri değerlendiren Zilcha-Mano terapötik ittifakın iki türlü sağlanabileceğini belirtmiştir. Birincisi “özellik odaklı terapötik ittifak, ikincisi ise “antlaşma odaklı (devletler gibi) terapötik ittifaktır. Özellik odaklı terapötik ittifak daha çok iletişim ve sürecin ortak noktaları üstünden şekillenen ve güçlendiren ittifaktır ve bu sebeple kendi başına terapötik değildir. Antlaşma odaklı terapötik ittifak ise daha çok sonuç odaklı olup varılmak istenen nokta üstüne kurulan ittifaktır ve özellik odaklı terapötik ittifaka göre çok daha terapötiktir. Çünkü sonuç üzerinden şekillenir ve sonuca direkt etkilidir. Bu bulgulara ek olarak terapötik ittifakın hastanın terapi dışı ilişkilerinde de daha iyi ilişkiler kurmasına ve sosyal desteğe bağlı semptomlarda azalma olduğunu belirtmiştir.

Zilcha – Mano (2016), terapötik ittifak ile terapi sonucu ilişkisine yönelik çalışmasında sonuçların yılındaki çalışmasına göre daha iyi bir ittifak daha iyi bir psikoterapi sonucuna eşlik etmektedir. Danışan ve uygulayıcının bu bağlamda ittifak algısında paralel çalışıyor olması ittifak ve psikoterapi sonucu için önemlidir. 30 seanslık dilimleri kapsayan çalışmaya göre, terapötik ittifak için duruma özgü ve zamana bağlı iyileşmeler görülebilmektedir ve ittifakı iyi olanlar sürecin de daha iyi geçtiğini bildirmiştir. Bu bildirimler ittifakın sabit, duruma özgü ve benzeri durumlar ortak noktalarını araştırmada öne çıkarmıştır.

Martin ve arkadaşları (2000), terapötik ittifakın ölçümü ve sürecin sonuna olan etkisini araştırmıştır. Bu kapsamda literatürdeki 79 çalışmayı meta-analitik değerlendirmeler eşliğinde ampirik olarak ele almıştır. Terapötik işbirliğini ölçen ölçeklerin güvenilirliğinin yeterli olduğunu belirlemiştir. Aynı zamanda terapötik ittifak kavramının terapi sonucu ile ilişkisinin tutarlı olduğunu bildirmiş bununla birlikte ittifak kurulduğunda bu sürecin dışarıdan bakıldığında etken gibi görünen diğer faktörlerden etkilenmediğini belirtmiştir. Bunlar puanlama türü, puanlayıcının türü ve bilgileri ve tedavi türü vb. şeklindedir.

Terapötik ittifakta kopma önemli bir engel teşkil etmekte olup terapötik ittifak ve terapi sürecini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu kapsamda Safran ve Muran (2000) bahsedilen kopmaları temelde ikiye ayırmıştır. Bunlar; çekilme kopması ve yüzleştirme kopmasıdır. Çekilme kopmasında danışan terapötik sürecin belirli kısımlarından veya

hepsinden ve terapistten kendi duygularını çeker ve bu durum terapötik ittifak ve terapi sürecini etkiler. Çekilme kopması farklı biçimlerde görülebilir. Örneğin danışanın dolaylı olarak bir şeyleri dile getirmesi onu nispeten hafifletirken bu dolaylı anlatımın olmadığı durumlarda bile danışan, terapistin kendisi için planladığı istekleri yerine getirir. Bu durum danışanın sürece adaptasyonunu anlamakta terapist için bir zorluktur. Bir diğer kopma ise yüzleşme kopmasıdır. Yüzleşme kopması danışanın uzun süredir terapist ve terapi ile ilgili belirli memnuniyetsizliklerini, öfkelenmesini ve kızmasını temsil eder. Örneğin danışanın ilgilenilmesini istediği terapötik isteği karşılanmadığında ve terapisti bu konuda onu hayal kırıklığına uğrattığında danışanın bu hayal kırıklığı ve öfke birikimi ile terapötik ittifak sürecine müdahale edebilir. Bu durum yaşandığında terapistin kendisini savunma yönünde cevap vermemesi beklenir ancak bu çok zor ve çoğu zaman kaçınılmazdır. Bu yorumlar, sürecin kıymetinin ve öneminin azalmasına sebep olur.

Terapi süreci ve terapötik ittifak ilişkisi ile ilgili bir başka çalışma Rector (1999) tarafından yapılmıştır. Rector, terapideki bilişsel değişiklikler ve terapötik ittifak konusunda tekniğe dahil olan ve tekniğe dahil olmayan faktörleri incelemiştir. Kırk yedi danışana 20 haftalık standartlaştırılmış bilişsel terapi el kitapçığı uygulaması ve ittifak uygulamaları yapılmıştır. Sonuçlarda; hedefler ve görevler yönünde kurulan terapötik ittifakın bilişsel terapinin uygulamasını kolaylaştırdığı, danışan ile kurulan bağ konusundaki terapötik ittifakın doğrudan etki oluşturmak için teknik faktörlerle uyum içinde olduğu gözlenmiştir.

Çalışmamızda, literatürdekine benzer sonuçlar elde edilmiştir De Nadai (2014), çalışmasında terapi ve tedavi süreçlerinde terapötik ittifak ve motivasyonun rollerinden bahsetmiştir. De Nadai, bir çok terapi ve tedavi sürecinde en başarılı ekol ve yöntemler uygulansa bile bazı kişilerde istenilen noktaya gelinemediğini ve bunun sebeplerinin de danışanın terapi süreçlerine aktif katılımı, görevlerin tamamlanması ve ödevlere uyum ile alakalı olduğunu belirtmiştir. Bu bağlamda yapılacak çalışmaların terapötik ittifak ve motivasyon kavramlarının da belirttiği ödev, görevlere uyum ve katılım ile ilgili sorunların çözümünde etkili role sahip olacağını bildirmiştir. Terapötik ittifakın oluşması için empati, sıcaklık ve gerçekçiliğin olması gerektiğini belirten De Nadai, değişim arayışındaki danışanlarda bu faktörlerin dengede tutulmasının da zor olduğunu belirtmiştir. Çünkü ittifak kapsamında empati, sıcaklık ve gerçekçilik dengesinden dışarı çıkarak yapılacak değişim çağrılarının danışanı süreç ile ilgili olarak olumsuz

etkileyeceğini, onun yerine danışanın kabulünün etkili olacağını ortaya koymuştur. Ancak bu kabul içinde çalışmalarını sürdürürken direktife yönelik noktaların da kaçırılmaması gerektiği bu direktiflerin de yerinde ve sürecin doğasına uygun verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Terapötik dilin ve iletişimin çabaları teşvik üzerine olması gerektiği ve bu sayede terapötik ittifakın yönlendirmelerde bir kopma yaratmayacağını açıklayan De Nadai, bu övgülerin motivasyonda da yer aldığından bahsetmiştir. İttifak kopmalarının çatışma ve çekilme olarak iki sebebe dayandığını belirten De Nadai çatışmayı hedefler arası uyumsuzluk ve şüphe temelli düşüncelerin doğrudan ifadesi olarak tanımlarken, geri çekilmeyi danışanın kayıtsız kalması ve ilgisiz konulara odaklanması üstünden yanıtlar vermesi ve pasif olması durumu olarak tanımlamıştır. Belirlenen uygulamaların başta başarılı olması danışanın kendi yolunu bulması açısından verimli bir öge iken ilerleyen süreçte danışanda soru işaretleri ve şüpheler oluşabilir bu ve benzeri durumlarda ittifak kapsamında yeniden kavramsallaştırma kopmanın önüne geçmek için önemlidir. Terapötik ittifak konusu bu açıdan güven tesis edilmesi adına önemlidir, mevcut kopmalar, uygulamaya danışanın şüphe ile bakması, işbirliksiz bir zeminde sürecin devamlığı ve niteliğini sağlamak güven esasına dayanmaktadır.

1.3.5. Psikoterapi ve Motivasyon İle İlgili Çalışmalar

Rumpold (2005), psikoterapi motivasyonu ve terapötik ittifakın psikoterapinin sonucunu etkileyen önemli faktörlerinden olduğunu belirtmiştir. Bu çerçevede yaptığı araştırma kapsamında 107 psikoterapi polikliniğinde ön görüşme, tanılama ve motivasyon artırma evrelerinde psikoterapi motivasyonu ve terapötik ittifakın etkilerini incelemiştir. Tanı ve motivasyon evresinin başında ve sonunda psikoterapi motivasyonu ve terapötik ittifak ölçümleri yapan Rumpold araştırdığı iki değer arttıkça olumsuz süreç sonuçlanmalarının azaldığına, tedaviye dair beklentilerin arttığına, psikoterapiye açıklığın arttığına ve ön görüşme sürecinde motivasyonu arttırmada ve sürecin devamında da kolaylaştırıcı faktör olduğuna dair bulgular elde etmiştir.

Schneider (2001) hastanedeki 250 hasta ile yaptığı çalışmada psikoterapi motivasyonunun dört boyutunu ve etkisini incelemiştir. Bu boyutlar: negatif hastalık olması, psikososyal temelli etiyoloji, psikoterapi beklentileri, psikoterapiye açıklık şeklindedir. Sonuçlar genel bir açıklığın psikososyal bir atf ve benzeri süreçlerde

sonuçları olumlu yönde etkilediğini göstermiştir. Ek olarak, düşük motivasyonlu hastalarda psikoterapinin etkisiz olma ihtimalinin arttığı görülmüştür.

Timmer (2006) düşük motivasyonun özellikle somatoform ve ilişkili bozukluk hastalarında terapötik süreçlerde yaşanan özel bir zorluk olduğunu belirtmiştir. Boylamsal bir çalışmada araştırmacılar terapi motivasyonunun etkisini değerlendirmiştir. Bilişsel Davranışçı Terapi merkezinde 161 somatizasyon bozukluğu tanılı hasta ile yapılan çalışmada hastaların ilk terapi motivasyonunun 12 aylık takip süreci ile ilişkisi incelenmiştir. Sonuçlar, bu uzun süreli tedavide daha yüksek terapi kabulü ve motivasyonun daha olumlu etkisinin olduğunu göstermiştir. Bu bulgu, psikoterapötik süreçlerde açığa çıkmayan, gizli kalan yakınmaların motivasyon kavramı ile ilişkisine önem gösterilmesini önermektedir.

1.3.6. Terapötik İttifak ve Motivasyon İle İlgili Çalışmalar

Terapötik ittifak ve motivasyon ile ilgili çalışmalardan biri Ilgen (2006) tarafından yapılan alkol kullanım bozukluğu tanısı almış olan Ilgen'in (2006) araştırmasıdır. Alkol kullanım bozukluğu tedavisi her ne kadar motivasyonun varlığı ile ilişkili olsa da motivasyonu düşük kişiler ile ilgili çalışmalarda değişkenler çok sayıdadır ve çalışmalar sürmektedir. Bu kapsamda pozitif terapötik ittifakın düşük motivasyonlu kişilerdeki etkisi değerlendirilmiştir. "MATCH projesi" kapsamında 753 kişi ile motivasyon, terapötik ittifak ve alkol kullanımı araştırmaları yapılmıştır. Motivasyon ve terapötik ittifak algısı ile yürütülen süreçlerde alkol kullanımının azaldığı gözlemlenmiştir. Sonuçlar, alkol kullanımı üzerine terapistlerin etkisinin motivasyon ve terapötik ittifak algısına göre değiştiğini göstermiştir. Bu sebeple olumlu bir terapötik ilişkinin motivasyonu düşük danışanlar için önemli olabileceği belirtilmiştir.

Novick'e göre (1980) bir çok psikoterapiye yönelik araştırma, psikoterapi yöntemi ve bu yöntemlerden doğan sonuçların üstüne odaklanırken terapi motivasyonu ve terapötik ittifak süreçlerini ihmal etmektedir. Bu konuda yapılan sayısız maddi manevi efor bir noktayı atlamaktadır. Motivasyon terapötik ittifak açısından belirleyici bir değerdir ve oluşabilecek negatif motivasyon beraberinde negatif bir terapötik ittifakı getirebilir. Bunun yanı sıra motivasyon bireysel değerlerden, kişilik özelliklerinden ve bakımveren ile ilgili süreçlerden de etkilenebilir. Terapinin temel amacı tüm süreçleri ve uygulamaları motivasyon ve ittifak zeminin aksatmadan gerçekleştirmek olmalıdır.

Rosen ve arkadaşları (2004), madde bağımlıları ile yaptıkları çalışmada yüksek içsel motivasyon ile terapiye yüksek devamlılık (tedaviye güçlü bir güvenle ilişkili) arasında pozitif ilişki olduğunu bulmuşlardır. Madde bağımlılığı ile çalışmak birçok psikoterapötik uygulamanın da öncesinde kuvvetli bir terapötik ittifak istemektedir. Kuvvetli bir terapötik ittifak kendi sonucu olarak iyi bir terapi süreci ve sonucunu doğurmaktadır. Bu konuda terapi ve tedaviye motive olan kişiler madde bağımlılığı ve kullanımı ile ilgili farkındalıkları yüksek olabilecek kişilerdir.

Hükümlü bireylerin değişim ve rehabilitasyon programlarına katılımının derecesi Polaschek (2010) tarafından incelenmiştir. Bu inceleme rehabilitasyon programı ve rehabilitasyon sonrası dönem için önem arz etmektedir. Sekiz aylık tedavi programı kapsamında yüksek riskli psikopatik mahkumlarla çalışılmıştır. Davranışları değiştirmeye hazır olmayanlar ile terapötik ittifak oluşturmanın zor olduğu görülmüştür. Çalışmalarda terapist ile hükümlü birey arasındaki terapötik ittifakın suç işleme riskini azalttığı görülmüştür. Başlangıç noktasına bakılmaksızın ele alındığında en çok değişikliğin terapötik ittifakın en çok arttığı mahkumlarda olduğu görülmüştür.

Sly (2013), anoreksiya nervosa tanısı ile hastanede yatan hastalarda tedavinin ilk dört haftasında sergilenen motivasyon, terapötik ittifak ve davranış değişikliği etkilerini araştırmıştır. DSM IV kriterlerini karşılayan 90 hasta ile başlanan dört haftalık değerlendirme sürecinde kişilerin ağırlıkları vücut kitle indeksine göre incelenmiştir. Genel fesih yani terapistten kopma bırakma oranı % 57.8 olmakla birlikte erken bırakanların devam edenlere oranla daha az kilo artışı sergilediği görülmüştür. Terapötik ittifakın sağlanması değişim ve kilo artışı konusunda anlamlı bir fark ortaya koyarken, tedaviyi tamamlamayanlarda böyle bir fark gözlenmemiştir.

1.4. Hipotez

Terapötik ittifak ile terapi motivasyonu arasında ilişki vardır.

1.5. Önem

Terapötik ittifakın taraflarının süreçten tatmin olması ve bu doğrultuda motivasyonlarının artarak seanslardan verim alınması hem kısa hem de uzun vadede danışan ve uygulayıcı için faydalı olmakla birlikte bu fayda topluma da yansiyacaktır.

Horvath (1993), “ittifak” kavramının geldiği noktanın kullanımını daha kolay kıldığını söylemiştir. Bu sayede psikoterapi sürecinde ittifak kavramının da dahil edilmesi ile tedavi süreci tüm yönleri ile ele alınabilir hale gelmiştir. İyi bir ittifak ve başarılı terapi sonucu arasındaki pozitif ilişki, çeşitli farklı ekoller arasında olmakla birlikte oldukça iyi desteklenmiştir. Terapinin başlangıcındaki ittifakın erken dönemde danışanın devamlılığı konusunda bir belirleyici olduğu belirtilmiştir.

Krupnick (2006), terapötik ittifak ile terapi sonucu arasındaki ilişkiyi araştırmış ve ve kişilerarası psikoterapi, bilişsel davranışçı terapi ve klinik gözlem altında *farmakoterapi* (ilaç tedavisi) uygulanan gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığını belirtmiştir ve farklı yaklaşımlarda da olsa terapötik ittifak kavramının önemini vurgulamıştır.

1.6. Varsayımlar

1. Örneklemin oluşmasını sağlayan gönüllü katılımcıların, araştırmadaki değişkenleri ve değerleri ölçmek için kullanılan form ve ölçeklerin hepsine doğru, gerçek ve samimi yanıtlar verdikleri varsayılmaktadır.
2. Araştırma süresince kullanılan ölçek ve formların amacına uygun olduğu varsayılmaktadır.
3. Verilerin değerlendirildiği örneklemin evreni temsil ettiği varsayılmaktadır.

1.7. Sınırlılıklar

1. Araştırma ulaşılabilecek uygulayıcı sayısı ile kısıtlı kalmaktadır. Uygulayıcılar Ankara, İstanbul, Bursa şehirlerinde çalışmaktadır.
2. Araştırma sadece danışan beyanı ile kısıtlı kalmaktadır.
3. Araştırmada sürecin başındaki algılanan ittifak ve motivasyon ilişkilendirilmiştir. Sürecin daha sonraki seanslarında gelişecek durumlara (Kopma, sonlanma, ara verme gibi) bakılmamıştır.

BÖLÜM 2. YÖNTEM

2.1. Araştırma Modeli

Araştırma kolayda örnekleme yöntemiyle yapılan kesitsel bir araştırmadır. 18 yaşından büyük 105 katılımcıdan veri toplanmıştır. Terapötik ittifak algısı bağımsız değişken, danışanın terapi motivasyonu bağımlı değişken olarak ele alınmıştır.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın örnekleme Ankara, İstanbul ve İzmir şehirlerinde psikoterapi hizmeti alan ve ilk 3 seansın içinde olan 18 yaşını geçkin 105 kişiden oluşmaktadır. Örneklem türü, örneklemin temsil yeteneğini gösterirken; örneklem büyüklüğü ise örneklemin yeterliliğini gösterir. Araştırmanın örnekleme “kazara örneklem” şeklinde seçilmiştir. Özen ve Gül’ün (2007) literatüre uyarladığı bu kavram katılımcıları araştırmacıların ulaşabileceği sıra ve kolaylıkta belirlenmesini açıklamaktadır. Patton (1987), kazara örnekleme yönteminin genellenebilirliğinin daha düşük olduğunu belirtmiştir. Bu örnekleme yönteminin seçilmesinin nedeni belirlenen katılımcı profiline mevcut şartlar dahilinde ulaşmanın zorluğudur.

2.3. Veri Toplama Araçları

2.3.1. Demografik & Klinik Bilgi Formu

Katılımcıların demografik bilgileri ve klinik öykülerini almak amacıyla cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi, çalışma durumu, kronik rahatsızlık, daha önce böyle bir hizmet alıp almadığı, aldı ise hangi ünvana sahip kişiden aldığı, herhangi bir tanının koyulup koyulmadığı, düzenli ilaç kullanımını, şu an ruh sağlığı hizmeti aldığı kişinin ünvanı, kaçınıcı seansta olduğu, sorularının katılımcıya sorulduğu bir formdur.

2.3.2. Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Danışan Formu (WAI – C)

Horvath ve Greenberg (1989) tarafından geliştirilen ve Soygüt ve Işıklı (2008) tarafından Türkçeye uyarlanan form 7’li likert ölçeğine sahip olup 36 sorudan oluşmaktadır. Cronbach Alpha katsayıları duygulanımsal bağ alt boyutu için .78, amaç alt boyutu için .81, görev alt boyutu için .74 ve tüm ölçek için .90 olarak hesaplanmıştır. Bu araştırma için Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Danışan Formu Cronbach

Alfa katsayısı .85 değeri elde edilmiştir. Ölçek üç alt ölçeğe sahiptir. Bunlar duygulanımsal bağ (1, 5, 8, 17, 19, 20, 21, 23, 26, 28, 29, 36 numaralı maddeler), amaç (3, 6, 9, 10, 12, 14, 22, 24, 27, 30, 32, 34 numaralı maddeler) ve görevdir (2, 4, 7, 11, 13, 15, 16, 18, 25, 31, 33, 35 numaralı maddeler).

2.3.3. Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği

Pelletier ve ark. (1997) tarafından geliştirilen ve Özer ve ark. (2017) tarafından Türkçe'ye uyarlanan form 7'li likert ölçeğine sahip olup 20 sorudan oluşmaktadır. Cronbach Alpha katsayısı motivasyonsuzluk alt boyutu için .67, içsel motivasyon alt boyutu için .82, içe yansıtılmış düzenleme alt boyutu için .71, bütünleşmiş düzenleme alt boyutu için .84, özdeşleşmiş düzenleme alt boyutu için .80 ve tüm ölçek için .79 olarak hesaplanmıştır. Bu araştırma için Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği Cronbach Alfa katsayısı .76 değeri elde edilmiştir. Ölçek iki çeşit faktöriyel yapıda incelenebilmektedir:

Birincisi üç faktörlü yapıdır. Üç faktörlü yapı üç alt boyuttan oluşmaktadır bunlar Motivasyonsuzluk alt boyutu (1., 7., 11. ve 12. Maddeler), İçsel Motivasyon alt boyutu (2., 3., 10. ve 14. Maddeler), Dışsal Motivasyon alt boyutu (5., 6., 13., 18., 15., 16., 19., 20., 4., 8., 9. ve 17. Maddeler) şeklindedir.

İkinci faktöriyel yapı ise beş boyutludur. Bunlar; Motivasyonsuzluk alt boyutu (1., 7., 11. ve 12. Maddeler), Özdeşleşmiş Düzenleme alt boyutu (5., 6., 13. ve 18. Maddeler), Bütünleşmiş Düzenleme alt boyutu (15., 16., 19. ve 20. Maddeler), İçe Yansıtılmış Düzenleme alt boyutu (4., 8., 9. ve 17. Maddeler) ve İçsel Motivasyon alt boyutudur (2., 3., 10. ve 14. Maddeler).

BÖLÜM 3. BULGULAR VE YORUMLAR

3.1. Bulgular

Araştırma verileri ölçekler aracılığıyla toplanmıştır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmıştır. Araştırmada 105 katılımcıdan veri toplanmış, uç değer analizleri yapılmış tüm katılımcıların ölçeklerin Z score değerleri hesaplanmış, hiçbir katılımcı analizden çıkartılmamıştır. Değişkenlerin skewness (kayıklık) ve kurtosis (basıklık) değerleri -1 ile +1 arasında yer almaktadır. Katılımcı sayısı ve skewness- kurtosis değerleri göz önünde bulundurularak çalışmada parametrik test analizler uygulanmıştır.

Katılımcılardan elde edilen verilerin istatistiksel analizi sonucunda elde edilen bulgular dört ana başlık altında sunulmaktadır. İlk bölümde sosyodemografik değişkenler ile terapi motivasyonu arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan analiz bulgularına, ikinci bölümde sosyodemografik bilgiler ile terapötik ittifakın değerlendirilmesine ilişkin analiz bulgularına yer verilmiştir. Üçüncü bölümde terapi motivasyonu ve terapötik ittifak değişkenleri arasındaki ilişkin korelasyona analiz sonuçları aktarılmıştır. Dördüncü bölümde ise çalışma değişkenlerine ilişkin regresyon analiz sonuçları aktarılmıştır.

3.1.1. Katılımcıların Yaş, Cinsiyet, Aktif Çalışma Durumu, Kronik Rahatsızlık Durumu, Psikolojik / Psikiyatrik Tanı Durumu, Ruh Sağlığı Hizmeti Almış Olma Durumu, Düzenli Psikotrop İlaç Kullanımı, Terapi Sürecindeki Güncel Seans Sayısı Gibi Özelliklerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların demografik bilgileri incelendiğinde yaşları 18 ile 35 arasında değiştiği ($X_{ort}=24.82$), 51'inin (% 48.6) kadın, 54'ünün (% 51.4) erkek, 27 katılımcının (% 25.7) eğitim düzeyinin ortaokul ve öncesi, 78'inin (%74.3) lise ve sonrası olduğu, 71 katılımcının (% 67.6) çalışırken 34'ünün (% 32.4) çalışmadığı görüldü. 69 katılımcının (% 65.7) kronik rahatsızlığı olduğu, 36'sı (% 34.3) kronik bir rahatsızlığı olmadığı, 49'unun (% 46.7) psikolojik /psikiyatrik bir tanısı olduğu, 56'sının (% 53.3) psikolojik /psikiyatrik bir tanısı olmadığı, 17 katılımcının düzenli psikotrop ilaç kullandığı (% 16.2) ,88'inin düzenli psikotrop ilaç kullanmadığı (% 83.8) görüldü. Altmış dokuz katılımcı ilk üç seansa gittiğini, 16 katılımcı dört ve üzeri ve üzerinde seansa gittiğini belirtirken 20 katılımcı (% 19) soruyu yanıtlamamıştır. Daha önce ruh sağlığı hizmeti alan katılımcılardan 19'u (% 18.1) psikolog, sekizi'i (% 7.6) klinik psikolog, 12'si (% 11.4)

uzman psikolog, beş'i (%4.8) psikolojik danışman, dokuzu (% 8.6) uzman psikolojik danışman, sekizi (% 7.6) psikiyatrist ile görüştüğünü, 15 katılımcı (% 14.3) diğer seçeneğini seçmiş, 29 katılımcının (% 27.6) ise daha önce ruh sağlığı hizmeti almadığı görüldü. Şu an destek alan katılımcılardan 32'si (% 30.5) psikolog, 19'u (% 18.1) klinik psikolog, 18'i (% 17.1) uzman psikolog, 16'sı (% 15.2) psikolojik danışman, 13'ü (% 12.4) uzman psikolojik danışman, yedisi (% 6.7) psikiyatrist ile görüştüğünü belirtmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Bilgilerine İlişkin Sıklık ve Yüzdeler Verileri

Değişken	Sıklık (f)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	51	48.6
Erkek	54	51.4
Eğitim seviyesi		
Lise ve öncesi	60	57.1
Üniversite ve sonrası	45	42.9
Çalışma durumu		
Çalışıyor	71	67.6
Çalışmıyor	34	32.4
Kronik rahatsızlığı		
Var	69	65.7
Yok	36	34.3
Psikolojik /Psikiyatrik Tanı		
Var	49	46.7
Yok	56	53.3
Ruh sağlığı hizmeti aldı mı		
Evet	49	46.7
Hayır	56	53.3
Düzenli psikotrop ilaç kullanıyor mu		
Evet	17	16.2
Hayır	88	83.8

Kaçınıcı seans				
	ilk 3 seans	77		73.3
	4 ve üzeri	28		26.7
Devamı				
Psikolojik destek alınan kişi				
	Psikolog	19		18.1
	Klinik Psikolog	8		7.6
	Uzman Psikolog	12		11.4
	Psikolojik Danışman	5		4.8
	Uzman Psikolojik Danışman	9		8.6
	Psikiyatri	8		7.6
	Diğer	15		14.3
	Eski seansı yok	29		27.6
Şu an destek alıyorsa				
	Psikolog	32		30.5
	Klinik Psikolog	19		18.1
	Uzman Psikolog	18		17.1
	Psikolojik Danışman	16		15.2
	Uzman Psikolojik Danışman	13		12.4
	Psikiyatri	7		6.7
Değişken		Ort	Ss	Min-max
Yaş		24.82	4.21	18-35

Katılımcıların Sosyodemografik Bilgilerine İlişkin Sıklık ve Yüzdeler Verileri Tablo 1.'de belirtilmiştir.

3.1.2. Katılımcıların Yaş, Cinsiyet, Aktif Çalışma Durumu, Kronik Rahatsızlık Durumu, Psikolojik / Psikiyatrik Tanı Durumu, Ruh Sağlığı Hizmeti Almış Olma Durumu, Düzenli Psikotrop İlaç Kullanımı, Terapi Sürecindeki Güncel Seans Sayısı Gibi Özelliklerine Göre Terapi Motivasyonuna İlişkin Bulgular

Cinsiyete göre danışanlar için terapi motivasyonu ölçeği motivasyonsuzluk alt boyutu verilerini karşılaştırmak için Bağımsız Örneklem T-test analizi yapılmıştır.

Tablo 2. Cinsiyete Göre Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği Alt Boyut Puanlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonuçları

Alt boyut	Cinsiyet	N	Ort.	Ss	df	t	p
Motivasyonsuzluk	Kadın	51	6.71	1.15	103	-1.56	0.121
	Erkek	54	7.06	1.14			
Özdeşleşmiş düzenleme	Kadın	51	9.80	2.39	103	-3.06	0.003*
	Erkek	54	11.31	2.67			
Bütünleşmiş düzenleme	Kadın	51	14.98	1.39	103	2.63	0.010*
	Erkek	54	14.22	1.55			
İçe yansıtılmış	Kadın	51	11.33	0.62	103	3.16	0.002*
	Erkek	54	10.93	0.70			
İçsel motivasyon	Kadın	51	16.43	1.28	103	2.86	0.005*
	Erkek	54	15.57	1.77			

*** $p < 0.050$**

Analiz sonuçlarına göre Tablo 2’de görüldüğü üzere cinsiyete göre motivasyonsuzluk altboyut puanları arasında anlamlı fark olmadığı ($p > 0.050$); erkeklerin özdeşleşmiş düzenleme puan ortalamalarının ($X_{ort}=11.31$, $ss=2.67$), kadınların puan ortalamasından ($X_{ort}=9.80$, $ss=2.39$) anlamlı şekilde yüksek olduğu [$t_{(103)} = -3.06$, $p < 0.050$]; kadınların bütünleşmiş düzenleme puan ortalamalarının ($X_{ort}=14.98$, $ss=1.39$), erkeklerin puan ortalamasından ($X_{ort}=14.22$, $ss=1.55$) anlamlı şekilde yüksek olduğu [$t_{(103)} = 2.63$, $p < 0.050$]; kadınların içe yansıtılmış puan ortalamalarının ($X_{ort}=11.33$, $ss=0.62$), erkeklerin puan ortalamasından ($X_{ort}=10.93$, $ss=0.70$) anlamlı şekilde yüksek olduğu [$t_{(103)} = 3.16$, $p < 0.050$] ve kadınların içsel motivasyon puan ortalamalarının ($X_{ort}=16.43$, $ss=1.28$), erkeklerin puan ortalamasından ($X_{ort}=15.57$, $ss=1.77$) anlamlı şekilde yüksek olduğu [$t_{(103)} = 2.86$, $p < 0.050$] görüldü.

Yaş ile danışanlar için terapi motivasyonu ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson korelasyon analizi yapıldı.

Tablo 3. Yaş Değişkenine Göre Terapi Motivasyonu Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

	Motivasyonsuzluk	Özdeşleşmiş Düzenleme	Bütünleşmiş Düzenleme	İçe Yansıtılmış	İçsel Motivasyon
Yaş	0.042	0.156	0.051	0.020	-0.126

$p < 0.050$

Analiz sonucunda Tablo 3.'te belirtildiği üzere yaş ile danışanlar için terapi motivasyonu ölçeği alt boyutları olan motivasyonsuzluk, özdeşleşmiş düzenleme, bütünleşmiş düzenleme, içe yansıtılmış ve içsel motivasyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı görüldü.

Eğitim değişkeni okur yazar, ilkokul, ortaokul ve lise seviyeleri birleştirilerek 60 katılımcıdan oluşan lise ve öncesi (% 57.1) grubu; üniversite ve üniversite ve üzeri grupları birleştirilerek 45 katılımcıdan oluşan üniversite ve sonrası (% 42.9) kategorileri oluşturulmuştur. Yeni oluşturulan eğitim kategorilerine göre danışanlar için terapi motivasyonu ölçeği alt boyutları verilerini karşılaştırmak için Bağımsız Örneklem T-test analizi uygulanmıştır.

Tablo 4. Eğitim Durumu Değişkenine Göre Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği Alt Boyut Puanlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonuçları

Alt boyut	Eğitim durumu	N	Ort.	Ss	df	t	p
Motivasyonsuzluk	Lise ve öncesi	60	9.35	3.59	103	-1.41	0.162
	Üniversite ve sonrası	45	10.40	4.01			
Özdeşleşmiş düzenleme	Lise ve öncesi	60	13.67	4.42	103	-0.44	0.664
	Üniversite ve sonrası	45	14.04	4.36			
Bütünleşmiş düzenleme	Lise ve öncesi	60	8.20	4.46	103	-0.03	0.979
	Üniversite ve sonrası	45	8.22	4.14			
İçe yansıtılmış	Lise ve öncesi	60	7.73	2.30	103	-1.01	0.317
	Üniversite ve sonrası	45	8.20	2.43			
İçsel motivasyon	Lise ve öncesi	60	11.50	3.47	103	1.54	0.127
	Üniversite ve sonrası	45	10.38	3.98			

$*p < 0.050$

Analiz sonuçlarına göre Tablo 4.'te belirtildiği üzere eğitim durumuna göre danışanlar için terapi motivasyonu ölçeği alt boyutları olan motivasyonsuzluk ($p=0.162$),

özdeşleşmiş düzenleme ($p=0.664$), bütünleşmiş düzenleme ($p=0.979$), içe yansıtılmış ($p=0.317$) ve içsel motivasyon ($p=0.127$) puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmadı (Tablo 4.).

Katılımcıların çalışma durumuna göre danışanlar için terapi motivasyonu ölçeği alt boyutları verilerini karşılaştırmak için Bağımsız Örneklem T-test analizi ile incelenmiştir.

Tablo 5. Çalışma Durumu Değişkenine Göre Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği Alt Boyut Puanlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonuçları

Alt boyut	Çalışma durumu	N	Ort.	Ss	df	t	p
Motivasyonsuzluk	Çalışıyor	71	6.85	1.15	103	-0.52	0.605
	Çalışmıyor	34	6.97	1.17			
Özdeşleşmiş düzenleme	Çalışıyor	71	10.66	2.59	103	0.45	0.651
	Çalışmıyor	34	10.41	2.76			
Bütünleşmiş düzenleme	Çalışıyor	71	14.56	1.48	103	-0.26	0.793
	Çalışmıyor	34	14.65	1.61			
İçe yansıtılmış	Çalışıyor	71	11.11	0.66	103	-0.24	0.812
	Çalışmıyor	34	11.15	0.74			
İçsel motivasyon	Çalışıyor	71	15.99	1.52	103	-.004	0.967
	Çalışmıyor	34	16.00	1.78			

* $p < 0.050$

Analiz sonucuna göre Tablo 5.'te belirtildiği üzere çalışma durumuna göre oluşturulan grupların danışanlar için terapi motivasyonu ölçeği alt boyutları olan motivasyonsuzluk ($p=0.605$), özdeşleşmiş düzenleme ($p=0.651$), bütünleşmiş düzenleme ($p=0.793$), içe yansıtılmış ($p=0.812$) ve içsel motivasyon ($p=0.967$) puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı görüldü (Tablo 5.).

Kronik rahatsızlığı sahip olan ve sahip olmayan grupların danışanlar için terapi motivasyonu ölçeği alt boyutları verilerini karşılaştırmak için Bağımsız Örneklem T-test analizi uygulanmıştır.

Tablo 6. Kronik Rahatsızlık Değişkenine Göre Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği Alt Boyut Puanlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonuçları

Alt boyut	Kronik Rahatsızlık	N	Ort.	Ss	df	t	p
Motivasyonsuzluk	Var	69	6.83	1.25	103	-0.73	0.466
	Yok	36	7.00	0.96			
Özdeşleşmiş düzenleme	Var	69	10.55	2.75	103	-0.16	0.872
	Yok	36	10.64	2.44			
Bütünleşmiş düzenleme	Var	69	14.59	1.57	103	0.04	0.972
	Yok	36	14.58	1.42			
İçe yansıtılmış	Var	69	11.13	0.70	103	0.14	0.892
	Yok	36	11.11	0.66			
İçsel motivasyon	Var	69	15.97	1.65	103	-0.17	0.864
	Yok	36	16.03	1.52			

*** $p < 0.050$**

Analiz sonucunda Tablo 6.'da belirtildiği üzere katılımcıların kronik rahatsızlığı sahip olan ve sahip olmayan grupların danışanlar için terapi motivasyonu ölçeği alt boyutları olan motivasyonsuzluk ($p=0.466$), özdeşleşmiş düzenleme ($p=0.872$), bütünleşmiş düzenleme ($p=0.972$), içe yansıtılmış ($p=0.892$) ve içsel motivasyon ($p=0.864$) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulundu.

Psikolojik / psikiyatrik tanıya sahip olan ve olmayan grupların danışanlar için terapi motivasyonu ölçeği alt boyutları verilerini karşılaştırmak için Bağımsız Örneklem T-test analizi uygulanmıştır.

Tablo 7. Psikolojik / Psikiyatrik Tanı Değişkenine Göre Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği Alt Boyut Puanlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonuçları

Alt boyut	Tanı	N	Ort.	Ss	df	t	p
Motivasyonsuzluk	Var	49	6.90	1.18	103	0.10	0.920
	Yok	56	6.88	1.15			
Özdeşleşmiş düzenleme	Var	49	10.55	2.72	103	-0.11	0.914
	Yok	56	10.61	2.58			

Bütünleşmiş düzenleme	Var	49	14.53	1.49	103	-0.38	0.707
	Yok	56	14.64	1.55			
İçe yansıtılmış	Var	49	11.08	0.67	103	-0.59	0.560
	Yok	56	11.16	0.71			
İçsel motivasyon	Var	49	15.88	1.59	103	-0.67	0.502
	Yok	56	16.09	1.62			

* $p < 0.050$

Analiz sonucunda Tablo 7.'de görüldüğü üzere psikolojik /psikiyatrik tanıya sahip olan ve olmayan grup ile danışanlar için terapi motivasyonu ölçeği alt boyutları olan motivasyonsuzluk ($p=0.920$), özdeşleşmiş düzenleme ($p=0.914$), bütünleşmiş düzenleme ($p=0.707$), içe yansıtılmış ($p=0.560$) ve içsel motivasyon ($p=0.502$) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulundu.

Daha önce ruh sağlığı hizmeti alan ve almayan katılımcıların terapi motivasyonu ölçeği alt boyutları verilerini karşılaştırmak için Bağımsız Örneklem T-test analizi uygulanmıştır.

Tablo 8. Ruh Sağlığı Hizmeti Alma Değişkenine Göre Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği Alt Boyut Puanlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonuçları

Alt boyut	Ruh sağlığı hizmeti aldı mı	N	Ort.	Ss	df	t	p
Motivasyonsuzluk	Evet	49	6.82	1.17	103	-0.57	0.567
	Hayır	56	6.95	1.15			
Özdeşleşmiş düzenleme	Evet	49	10.22	2.54	103	-1.30	0.197
	Hayır	56	10.89	2.70			
Bütünleşmiş düzenleme	Evet	49	14.76	1.47	103	1.04	0.301
	Hayır	56	14.45	1.56			
İçe yansıtılmış	Evet	49	11.18	0.67	103	0.83	0.408
	Hayır	56	11.07	0.71			
İçsel motivasyon	Evet	49	16.14	1.50	103	0.91	0.365
	Hayır	56	15.86	1.69			

$p < 0.050$

Analiz sonucunda Tablo 8.'de belirtildiği üzere katılımcıların ruh sağlığı hizmeti almış olup olmamasına göre danışanlar için terapi motivasyonu ölçeği alt boyutları olan motivasyonsuzluk ($p=0.567$), özdeşleşmiş düzenleme ($p=0.197$), bütünleşmiş düzenleme ($p=0.301$), içe yansıtılmış ($p=0.408$) ve içsel motivasyon ($p=0.365$) puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü.

Düzenli psikotrop ilaç kullanımına göre oluşturulan grupların danışanlar için terapi motivasyonu ölçeği alt boyutları arasındaki farkların tespiti için Mann Whitney U analizi uygulandı.

Tablo 9. Düzenli Psikotrop İlaç Kullanımına Göre Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Mann Whitney U Analizi Tablosu

Alt boyut	İlaç kullanımı	N	Sıra Ortalaması	Sıra toplamı	Min-Max	U	p
Motivasyonsuzluk	Evet	17	53.68	912.50	4-18	736.50	-0.103
	Hayır	88	52.87	4652.50			
Özdeşleşmiş düzenleme	Evet	17	39.06	664.00	5-20	511.00	0.038*
	Hayır	88	55.69	4901.00			
Bütünleşmiş düzenleme	Evet	17	50.74	862.50	4-17	709.50	0.730
	Hayır	88	53.44	4702.50			
İçe yansıtılmış	Evet	17	60.06	1021.00	5-12	628.00	0.250
	Hayır	88	51.64	4544.00			
İçsel motivasyon	Evet	17	41.38	703.50	5-18	550.50	0.079
	Hayır	88	55.24	4861.50			

*** $p < 0.050$**

Analiz sonucunda Tablo 9.'da belirtildiği üzere katılımcıların düzenli psikotrop ilaç kullanımına göre oluşturulan grupların terapi motivasyonu ölçeği alt boyutları olan motivasyonsuzluk ($p=-0.103$), bütünleşmiş düzenleme ($p=0.730$), içe yansıtılmış ($p=0.250$) ve içsel motivasyon ($p=0.079$) puanları arasında anlamlı fark olmadığı görüldü. Düzenli psikotrop ilaç kullanmayanların (Ortanca=15.00) özdeşleşmiş

düzenleme alt boyut puanlarının düzenli psikotrop ilaç kullananlardan (Ortanca=10.00) anlamlı şekilde yüksek olduğu [$U= 511.00, p=0.038$] görüldü.

Katılımcıların seans sayısına göre oluşturulan grupların terapi motivasyonu ölçeği alt boyutları verilerini karşılaştırmak için Bağımsız Örneklem T-test analizi uygulanmıştır.

Tablo 10. Seans Sayısı Değişkenine Göre Damşanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği Alt Boyut Puanlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonuçları

Alt boyut	Seans sayısı	N	Ort.	Ss	df	t	p
Motivasyonsuzluk	İlk 3 seans	77	10.08	3.84	103	1.25	0.215
	4 ve üzeri	28	9.04	3.62			
Özdeşleşmiş düzenleme	İlk 3 seans	77	13.81	4.25	103	-0.09	0.928
	4 ve üzeri	28	13.89	4.80			
Bütünleşmiş düzenleme	İlk 3 seans	77	8.55	4.39	103	1.33	0.186
	4 ve üzeri	28	7.29	4.00			
İçe yansıtılmış	İlk 3 seans	77	8.01	2.40	103	0.57	0.568
	4 ve üzeri	28	7.71	2.29			
İçsel motivasyon	İlk 3 seans	77	11.19	3.84	103	0.85	0.425
	4 ve üzeri	28	10.54	3.42			

*** $p < 0.050$**

Analiz sonucunda Tablo 10.'da belirtildiği üzere katılımcıların seans sayısına göre oluşturulan grupların terapi motivasyonu ölçeği alt boyutları olan motivasyonsuzluk ($p=0.215$), özdeşleşmiş düzenleme ($p=0.928$), bütünleşmiş düzenleme ($p=0.186$), içe yansıtılmış ($p=0.568$) ve içsel motivasyon ($p=0.425$) puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

3.1.3. Katılımcıların Yaş, Cinsiyet, Aktif Çalışma Durumu, Kronik Rahatsızlık Durumu, Psikolojik / Psikiyatrik Tanı Durumu, Ruh Sağlığı Hizmeti Almış Olma Durumu, Düzenli Psikotrop İlaç Kullanımı, Terapi Sürecindeki Güncel Seans Sayısı Gibi Özelliklerine Göre Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeğine Dair Analiz Bulguları

Katılımcıların algılanan terapötik ittifak düzeyi cinsiyet verilerine göre oluşturulan gruplarla karşılaştırıldı. Bağımsız Örneklem T-Testi analizi uygulandı.

Tablo 11. Cinsiyet Değişkenine Göre Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Terapötik İttifak Puanlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonucu

Cinsiyet	N	Ort.	Ss	df	t	p
Kadın	51	115.98	14.39	103	.87	0.387
Erkek	54	113.57	13.99			

*** $p < 0.050$**

Analiz sonuçlarına göre Tablo 11.'de belirtildiği üzere terapötik ittifak ile cinsiyet arasında istatistiki anlama sahip bir fark olmadığı görüldü ($p=0.387$).

Terapötik ittifakın değerlendirilmesi ölçeğinin duygulanımsal bağ, amaç ve görevler alt boyutlarının katılımcıların cinsiyet gruplarını karşılaştırmak amacıyla Bağımsız Örneklem T-Testi uygulandı.

Tablo 12. Cinsiyet Değişkenine Göre Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonuçları

Alt Boyut	Cinsiyet	N	Ort.	Ss	df	t	p
Duygulanımsal bağ	Kadın	51	41.10	7.32	103	1.04	0.307
	Erkek	54	39.24	10.78			
Amaç	Kadın	51	35.75	13.06	103	-1.10	0.276
	Erkek	54	38.37	11.66			
Görev	Kadın	51	39.16	10.72	103	1.50	0.136
	Erkek	54	35.96	11.05			

*** $p < 0.050$**

Analizin sonuçlarına göre Tablo 12.'de görüldüğü üzere duygulanımsal bağ ($p=0.307$), amaç ($p=0.276$) ve görevler ($p=0.136$) alt boyutları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulundu.

Yaş ile terapötik ittifak arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Pearson Korelasyonu uygulandı.

Tablo 13. Yaş Değişkenine Göre Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

N=105		Terapötik ittifak	Duygulanımsal bağ	Amaç	Görevler
Yaş	r	0.185	0.057	0.163	0.011

*** $p < 0.050$**

Analiz bulgularına göre Tablo 13.'te belirtildiği üzere yaş ile terapötik ittifak ve terapötik ittifakın değerlendirilmesi ölçeği alt boyutları olan duygulanımsal bağ, amaç ve görevler ile arasında anlamlı ilişki olmadığı görüldü ($p > 0.050$).

Eğitim durumu gruplarının terapötik ittifak düzeylerini karşılaştırmak amacıyla Bağımsız Örneklem T-Testi analizi uygulandı.

Tablo 14. Eğitim Durumu Değişkenine Göre Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Terapötik İttifak Puanlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonucu

Eğitim durumu	N	Ort.	Ss	df	t	p
Lise ve öncesi	60	113.83	13.41	103	-0.76	0.450
Üniversite ve sonrası	45	115.96	15.20			

*** $p < 0.050$**

Analiz bulgularına göre Tablo 14.'te belirtildiği üzere gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p > 0.050$).

Daha sonra da terapötik ittifakın değerlendirilmesi ölçeği alt boyutlarının eğitim kategorilerine göre karşılaştırmak amacıyla Bağımsız Örneklem T-test analizi uygulanmıştır.

Tablo 15. Eğitim Durumu Değişkenine Göre Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonuçları

Alt Boyut	Eğitim durumu	N	Ort.	Ss	df	t	p
Duygulanımsal bağ	Lise ve öncesi	60	40.15	9.16	103	0.01	0.993
	Üniversite ve sonrası	45	40.13	9.51			
Amaç	Lise ve öncesi	60	36.87	12.78	103	-0.21	0.835
	Üniversite ve sonrası	45	37.38	11.95			
Görev	Lise ve öncesi	60	36.82	10.55	103	-0.75	0.454
	Üniversite ve sonrası	45	38.44	11.54			

*** $p < 0.050$**

Analiz sonuçlarına göre eğitim durumu gruplarının terapötik ittifakın değerlendirilmesi ölçeği alt boyutları olan duygulanımsal bağ ($p=0.993$), amaç ($p=0.835$) ve görev ($p=0.454$) arasında Tablo 15.'te görüldüğü üzere anlamlı fark yoktur.

Çalışma durumu gruplarının terapötik ittifak verilerini karşılaştırmayı incelemek amacıyla Bağımsız Örneklem T-Testi uygulandı.

Tablo 16. Çalışma Durumu Değişkenine Göre Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Terapötik İttifak Puanlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonuçları

Çalışma durumu	N	Ort.	Ss	df	t	p
Çalışıyor	71	110.01	12.76	103	0.48	0.631
Çalışmıyor	34	109.65	15.23			

*** $p < 0.050$**

Analiz sonuçlarına göre Tablo 16.'da belirtildiği üzere grupların terapötik ittifak puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p > 0.050$).

Çalışma durumu gruplarının terapötik ittifakın değerlendirilmesi ölçeği duygulanımsal bağ, amaç ve görevler alt boyutları verilerini karşılaştırmak amacıyla Bağımsız Örneklem T-Testi uygulandı.

Tablo 17. Çalışma Durumu Değişkenine Göre Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonuçları

Alt Boyut	Çalışma durumu	N	Ort.	Ss	df	t	p
Duygulanımsal bağ	Çalışıyor	71	40.27	9.05	103	0.20	0.843
	Çalışmıyor	34	39.88	9.83			
Amaç	Çalışıyor	71	37.35	12.54	103	0.32	0.752
	Çalışmıyor	34	36.53	12.17			
Görev	Çalışıyor	71	37.45	11.35	103	-0.09	0.932
	Çalışmıyor	34	37.65	10.26			

*** $p < 0.050$**

Analiz sonuçlarına göre Tablo 17.'de belirtildiği üzere çalışma durumu gruplarının duygulanımsal bağ ($p=0.843$), amaç ($p=0.752$) ve görevler ($p=0.932$) alt boyutları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p > 0.050$).

Psikolojik /psikiyatrik tanıya sahip olan ve olmayan gruplarının algılanan terapötik ittifak düzeyi verilerini karşılaştırmak amacıyla Bağımsız Örneklem T-Testi uygulandı.

Tablo 18. Psikolojik / Psikiyatrik Tanı Durumun Değişkenine Göre Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Terapötik İttifak Puanlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonucu

Tanı durumu	N	Ort.	Ss	df	t	p
Var	49	114.24	13.39	103	-0.34	0.738
Yok	56	115.18	14.92			

*** $p < 0.050$**

Analiz sonuçlarına göre Tablo 18.'de görüldüğü üzere grupların terapötik ittifak puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p > 0.050$).

Terapötik ittifakın değerlendirilmesi ölçeği alt boyutlarından duygulanımsal bağ, amaç ve görevler alt boyutlarının psikolojik /psikiyatrik tanıya sahip olan olmayan grupların puan ortalamalarının karşılaştırmak amacıyla Bağımsız Örneklem T-Testi uygulanmıştır.

Tablo 19. Psikolojik / Psikiyatrik Tanı Durumu Değişkenine Göre Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonuçları

Alt Boyut	Tanı durumu	N	Ort.	Ss	df	t	p
Duygulanımsal bağ	Var	49	41.37	9.22	103	1.27	0.207
	Yok	56	39.07	9.25			
Amaç	Var	49	37.37	11.86	103	0.22	0.828
	Yok	56	36.84	12.90			
Görev	Var	49	35.51	11.51	103	-1.77	0.080
	Yok	56	39.27	10.23			

*** $p < 0.050$**

Analizi sonuçlarına göre Tablo 19.'da belirtildiği üzere Psikolojik /psikiyatrik tanıya sahip olan ve psikolojik/psikiyatrik tanıya sahip olmayan grup arasında duygulanımsal bağ ($p=0.207$), amaç ($p=0.828$) ve görevler ($p=0.080$) alt boyutları arasında istatistiki bir fark olmadığı bulundu.

Daha önce ruh sağlığı hizmeti alan ve almayan grup ile terapötik ittifak verilerini karşılaştırmak amacıyla Bağımsız Örneklem T-Testi uygulanmıştır.

Tablo 20. Ruh Sağlığı Hizmeti Alma Değişkenine Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Terapötik İttifak Puanlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonuçları

Ruh sağlığı hizmeti alma durumu	N	Ort.	Ss	df	t	p
Evet	49	110.67	11.57	103	0.07	0.942
Hayır	56	110.48	15.17			

*** $p < 0.050$**

Analiz sonuçlarına göre Tablo 20.'de görüldüğü üzere terapötik ittifak ile daha önce ruh sağlığı hizmeti alan ve almayan grup arasında anlamlı istatistiki fark olmadığı bulundu ($p > 0.050$).

Terapötik ittifakın değerlendirilmesi ölçeği duygulanımsal bağ , amaç ve görevler alt boyutlarının düzenli psikotrop ilaç kullanımı ile karşılaştırılması amacıyla Mann Whitney U Testi uygulandı.

Tablo 21. Düzenli Psikotrop İlaç Kullanan / Kullanmayan Gruplara Göre Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Mann Whitney U Analizi Sonuçları

Alt boyut	Psikotrop İlaç Kullanım	N	Sıra Ortalaması	Sıra toplamı	Min -Max	U	p
Duygulanımsal bağ	Evet	17	59.65	1014.00	20-53	635.00	0.317
	Hayır	88	51.72	4551.00			
Amaç	Evet	17	35.85	609.50	13-56	456.50	0.011 *
	Hayır	88	56.31	4955.50			
Görev	Evet	17	62.15	1056.50	19-52	592.50	0.174
	Hayır	88	51.23	4508.50			

*** $p < 0.050$**

Analiz sonuçlarına göre Tablo 21.'de belirtildiği üzere düzenli psikotrop ilaç kullanan ve kullanmayan grupların duygulanımsal bağ ($p=0.317$) ve görev ($p=0.174$) alt boyut puanları anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p > 0.050$). Fakat amaç alt boyutunda düzenli psikotrop ilaç kullanmayan katılımcıların terapötik ittifakın değerlendirilmesi ölçeği amaç puanlarının (*Ortanca:40.50*) kullananların amaç alt boyutu puan ortalamalarından (*Ortanca:30.00*) anlamlı şekilde yüksek olduğu görüldü [$U=456.50, p < 0.050$].

Terapötik ittifak düzeyini kaçınıcı seansta olma durumuna göre karşılaştırmak amacıyla Bağımsız Örneklem T-Testi uygulandı.

Tablo 22. Seans Sayısı Değişkenine Göre Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Terapötik İttifak Puanlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonucu

Seans sayısı	N	Ort.	Ss	df	t	p
İlk 3 seans	77	113.84	14.00	103	-1.08	0.283
4 ve üzeri	28	117.21	14.60			

*** $p < 0.050$**

Analiz sonuçlarına göre Tablo 22.'de belirtildiği üzere ilk üç seansın içinde olan katılımcıların terapötik ittifak puan ortalamaları ile dört ve üzerinde seansa gitmiş katılımcıların terapötik ittifak puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p > 0.050$).

Terapötik ittifakın değerlendirilmesi ölçeğinin duygulanımsal bağ , amaç ve görevler alt boyutlarını kaçınıcı seansta olma durumuna göre karşılaştırmak amacıyla Bağımsız Örneklem T-Testi uygulandı.

Tablo 23. Seans Sayısı Değişkenine Göre Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin T-Testi Analizi Sonuçları

Alt Boyut	Seans sayısı	N	Ort.	Ss	Df	t	p
Duygulanımsal bağ	İlk 3 seans	77	40.38	9.22	103	0.43	0.670
	4 ve üzeri	28	39.50	9.52			
Amaç	İlk 3 seans	77	36.84	11.99	103	-0.33	0.742
	4 ve üzeri	28	37.75	13.57			
Görev	İlk 3 seans	77	36.62	10.93	103	-1.39	0.168
	4 ve üzeri	28	39.96	10.85			

*** $p < 0.050$**

Analiz sonuçlarına göre Tablo 23'te belirtildiği üzere ilk 3 seansında olan katılımcılar ile 4 ve üzeri seans yapmış katılımcıların duygulanımsal bağ ($p=0.670$) , amaç ($p=0.742$) ve görevler ($p=0.168$) alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p > 0.050$).

3.1.4. Cinsiyet, Düzenli Psikotrop İlaç Kullanımı, Motivasyonsuzluk ve İçsel Motivasyonun Terapötik İttifak Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin İncelenmesi.

Cinsiyetin ve motivasyonsuzluğun terapötik ittifak üzerindeki yordayıcı etkisi incelenmiştir. Bunun için çoklu doğrusal hiyerarşik regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Terapötik ittifakın bağımlı değişken olarak girildiği modele birinci blokta cinsiyet, ikinci blokta motivasyonsuzluk değişkenleri girilmiştir.

Tablo 24. Cinsiyet ve Motivasyonsuzluğun Terapötik İttifak Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin İncelenmesi

Terapötik İttifak	R ²	F	β	t
Cinsiyet	.003	.362	-.590	-.601
Motivasyonsuzluk	.083	4.598	-.285	-2.968*

***p < 0.050**

Sonuçlara göre Tablo 24.'te belirtildiği üzere modelde cinsiyet varyansın %3'ünü açıklamaktadır. Motivasyonsuzluğun anlamlı yordayıcı etkisi olduğu tespit edilmiştir (Tablo 24).

Cinsiyetin ve içsel motivasyonun terapötik ittifak üzerindeki yordayıcı etkisi incelenmiştir. Bunun için çoklu doğrusal hiyerarşik regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Terapötik ittifakın bağımlı değişken olarak girildiği modele birinci blokta cinsiyet, ikinci blokta içsel motivasyon değişkenleri girilmiştir.

Tablo 25. Cinsiyet ve İçsel Motivasyonun Terapötik İttifak Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin İncelenmesi

Terapötik İttifak	R ²	F	β	t
Cinsiyet	.003	.362	-.59	-.601
İçsel Motivasyon	.099	5.616	-.321	3.292*

*** $p < 0.050$**

Sonuçlara göre Tablo 25.'te belirtildiği üzere modelde cinsiyet varyansın %3'ünü açıklamaktadır. İçsel motivasyonun anlamlı yordayıcı etkisi olduğu tespit edilmiştir (Tablo 25).

Düzenli psikotrop ilaç kullanımının ve motivasyonsuzluğun terapötik ittifak üzerindeki yordayıcı etkisi incelenmiştir. Bunun için çoklu doğrusal hiyerarşik regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Terapötik ittifakın bağımlı değişken olarak girildiği modele birinci blokta Düzenli Psikotrop ilaç kullanımını, ikinci blokta motivasyonsuzluk değişkenleri girilmiştir.

Tablo 26. Düzenli Psikotrop İlaç Kullanımının ve Motivasyonsuzluğun Terapötik İttifak Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin İncelenmesi

Terapötik İttifak	R ²	F	β	t
Düzenli Psikotrop İlaç Kullanımı	.003	.358	-.059	-.599
Motivasyonsuzluk	.087	4.847	-.289	-3.051*

*** $p < .05$**

Sonuçlara göre Tablo 27.'de belirtildiği üzere modelde cinsiyet varyansın %3'ünü açıklamaktadır. Motivasyonsuzluğun, anlamlı yordayıcı etkisi olduğu tespit edilmiştir (Tablo 26).

Düzenli psikotrop ilaç kullanımının ve içsel motivasyonun terapötik ittifak üzerindeki yordayıcı etkisi incelenmiştir. Bunun için çoklu doğrusal hiyerarşik regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Terapötik ittifakın bağımlı değişken olarak girildiği modele birinci blokta Düzenli Psikotrop ilaç kullanımını, ikinci blokta içsel motivasyon değişkenleri girilmiştir.

Tablo 27. Düzenli Psikotrop İlaç Kullanımın ve İçsel Motivasyonun Terapötik İttifak Puanları Üzerindeki Yordayıcı Etkisinin İncelenmesi

Terapötik İttifak	R ²	F	β	t
Düzenli Psikotrop İlaç Kullanımı	.003	.358	-.059	-.599
İçsel Motivasyon	.108	4.847	6.157	-3.452*

***p<.05**

Sonuçlara göre Tablo 27.'de belirtildiği üzere modelde cinsiyet varyansın % 3'ünü açıklamaktadır. İçsel motivasyonun, anlamlı yordayıcı etkisi olduğu tespit edilmiştir.

3.1.5. Terapötik İttifak ve Terapi Motivasyonuna Dair Korelasyon Bulguları

Danışanlar için terapi motivasyonu ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Katsayısı hesaplanarak incelendi.

Tablo 28. Terapötik ittifak ve Terapi Motivasyonu Değişkenlerine İlişkin Pearson Korelasyon Analizi Bulguları

	1	2	3	4
1. Terapötik ittifak	r 1			
2. Duygulanımsal bağ	r 0.088	1		
3. Amaç	r 0.789**	-0.073	1	
4. Görevler	r 0.313**	-0.606**	-0.068	1
5. Motivasyonsuzluk	r -0.287**	-0.103	0.110	-0.432**
6. Özdeşleşmiş düzeleme	r -0.227*	-0.254**	0.224*	-0.338**

7. Bütünleşmiş düzenleme	r	0.287**	0.224*	-0.182	0.399**
8. İçe yansıtılmış	r	0.311**	0.121	-0.149	0.477**
9. İçsel motivasyon	r	0.314**	0.139	-0.112	0.412**

*** $p < 0.050$ ** $p < 0.001$**

Analiz sonucunda Tablo 28.'de belirtildiği üzere; terapötik ittifak ile terapötik ittifakın değerlendirilmesi ölçeği alt boyutu amaç ($r=0.789$, $p<0.001$) ve görevler ($r=0.313$, $p<0.001$) ile pozitif yönde Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği alt boyutu motivasyonsuzluk ($r=-0.287$, $p<0.001$), özdeşleşmiş düzenleme ($r=-0.227$, $p<0.050$) ile negatif ve bütünleşmiş düzenleme ($r=0.287$, $p < 0.001$), içe yansıtılmış ($r=0.311$, $p < 0.001$), içsel motivasyon ($r=0.314$, $p<0.001$) alt boyutları ile pozitif yönde anlamlı ilişkilidir. Duygulanımsal bağ alt boyutu ile görevler ($r=-0.606$, $p<0.001$), özdeşleşmiş düzenleme ($r=-0.254$, $p<0.001$) ile negatif yönde, bütünleşmiş düzenleme ($r=0.224$, $p<0.050$) ile pozitif yönde anlamlı ilişkilidir. Amaçlar alt boyutu ise özdeşleşmiş düzenleme ($r=0.224$, $p<0.001$) ile pozitif anlamlı ilişkilidir. Görevler alt boyutu, motivasyonsuzluk alt boyutu ($r=-0.432$, $p<0.001$) ve özdeşleşmiş düzenleme ($r=-0.338$, $p<0.050$) ile negatif yönde, bütünleşmiş düzenleme ($r=0.399$, $p<0.001$), içe yansıtılmış ($r=0.477$, $p<0.001$) ve içsel motivasyon ($r=0.412$, $p<0.001$) ile pozitif yönde anlamlı ilişkilidir.

3.1.6. Terapötik İttifak ve Terapi Motivasyonu Arasındaki İlişkilere Yönelik Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Terapötik ittifak alt boyutunun içsel motivasyon ve motivasyonsuzluk alt boyutlarını yordayıp yordamadığını incelemek amacıyla regresyon analizi uygulanmıştır. Korelasyon analizinde terapötik ittifak ile içsel motivasyon ve motivasyonsuzluk alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmuş, Terapötik ittifak bağımsız, içsel motivasyon ve motivasyonsuzluk bağımlı değişkenler olarak ele alınmıştır.

Tablo 29. Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Terapötik İttifak Alt Boyutunun İçsel Motivasyon Alt Boyutunu Yordamasına İlişkin Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	R	R ²	B	F	t
Terapötik İttifak	0.31	0.10	0.04	11.26	3.36*

*** $p < 0.050$**

Yapılan basit doğrusal regresyon analizi sonucunda Tablo 29.'da belirtildiği üzere, terapötik ittifak alt boyutunun içsel motivasyonun pozitif yönde anlamlı bir yordayıcısı olduğu görüldü ($B = 0.04$, $t = 3.36$ $p < 0.050$). Buna göre model anlamlıydı ve içsel motivasyondaki değişimin % 10'unu açıklamaktaydı ($F_{(1-103)} = 11.26$, $p < 0.050$, $R^2 = 0.10$).

Bir diğer analizde regresyon analizine cinsiyet değişkeni kontrol amacıyla eklenmiştir.

Tablo 30. Cinsiyet Değişkeni ve Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Terapötik İttifak Alt Boyutunun İçsel Motivasyon Alt Boyutunu Yordamasına İlişkin Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	R	R ²	B	F	t
Terapötik ittifak			0.04		3.39*
Cinsiyet	0.40	0.16	-0.80	9.81	-2.77*

*** $p < 0.050$**

Analiz sonucunda Tablo 30.'da belirtildiği üzere terapötik ittifak alt boyutunun içsel motivasyonu anlamlı olarak yordadığı ($B = 0.04$, $t = 3.39$ $p < 0.050$), cinsiyet değişkeninin içsel motivasyonu anlamlı olarak yordadığı ($B = -0.80$, $t = -2.77$ $p < 0.050$) bulundu. Buna göre modelin anlamlı olduğu ve içsel motivasyondaki değişimin % 16'sını açıkladığı görüldü ($F_{(2-102)} = 9.81$, $p < 0.050$, $R^2 = 0.16$).

Terapötik ittifak ile motivasyonsuzluk arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla basit doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır.

Tablo 31. Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Terapötik İttifak Alt Boyutunun Motivasyonsuzluk Alt Boyutunu Yordamasına İlişkin Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	R	R ²	B	F	t
Terapötik İttifak	0.29	0.08	-0.02	9.26	-3.04*

*** $p < 0.050$**

Analiz sonucunda Tablo 31.'de belirtildiği üzere terapötik ittifak alt boyutunun motivasyonsuzluk alt boyutunun negatif yönde anlamlı bir yordayıcısı olduğu bulundu (B= -0.02, $t = -3.04$ $p < 0.050$). Buna göre, model anlamlıydı ve motivasyonsuzluktaki değişimin % 8'ini açıkladığı görüldü ($F_{(1-103)} = 9.26$, $p < 0.050$, $R^2 = 0.08$).

Bir diğer analizde regresyon analizine cinsiyet değişkeni kontrol amacıyla eklenmiştir.

Tablo 32. Cinsiyet Değişkeni ve Terapötik İttifak Alt Boyutunun Motivasyonsuzluk Alt Boyutunu Yordamasına İlişkin Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	R	R ²	B	F	T
Terapötik ittifak			-0.02		-2.97*
	0.32	0.10		5.72	
Cinsiyet			0.31		1.44

*** $p < 0.050$**

Analiz sonucunda Tablo 32.'de belirtildiği üzere terapötik ittifak alt boyutunun motivasyonsuzluk alt boyutunu anlamlı olarak yordadığı (B= -0.02, $t = -2.97$ $p < 0.050$), cinsiyet değişkeninin içsel motivasyonu anlamlı olarak yordamadığı (B= 0.31, $t = 1.44$ $p > 0.050$) görüldü. Buna göre model anlamlıydı ve içsel motivasyondaki değişimin %10'unu açıkladığı görüldü ($F_{(2-102)} = 5.72$, $p < 0.050$, $R^2 = 0.10$).

Terapötik ittifakın değerlendirilmesi ölçeği görev alt boyutunun danışanlar için terapi motivasyonu ölçeği alt boyutları olan içsel motivasyon ve motivasyonsuzluk alt boyutlarını yordayıp yordamadığını incelemek amacıyla regresyon analizi uygulanmıştır.

Regresyon analizinde görev alt boyutu ile içsel motivasyon ve motivasyonsuzluk alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmuş, görev alt boyutu bağımsız, içsel motivasyon ve motivasyonsuzluk bağımlı değişkenler olarak ele alınmıştır.

Tablo 33. Görev Alt Boyutunun İçsel Motivasyon Alt Boyutunu Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	R	R ²	B	F	T
Görev	0.41	0.17	0.06	21.01	4.58**

**** $p < 0.001$**

Yapılan basit doğrusal regresyon analizi sonucunda Tablo 33.'te belirtildiği üzere, görev alt boyutunun içsel motivasyonun pozitif yönde anlamlı bir yordayıcısı olduğu görüldü (B= 0.06, $t = 4.58$ $p < 0.001$). Buna göre model anlamlıydı ve içsel motivasyondaki değişimin % 17'sini açıkladığı görüldü ($F_{(1-103)} = 21.01$, $p < 0.050$, $R^2 = 0.17$).

3.2 Yorumlar (Tartışma)

Çalışmadan elde edilen demografik bilgilere değerlendirildiğinde katılımcıların yaş dağılımının 22 – 25 yaş arasında yoğunlaşmakla beraber görece homojen olduğu gözlenmiştir (Min. Yaş=18, Max. Yaş=35, $X_{Ort} = 24.82$). Cinsiyete göre dağılım ise homojendir (Kadın=51, Erkek=54). Bu homojen dağılım örneklemin temsil ediciliği bakımından önemlidir. Katılımcıların eğitim seviyesi ele alındığında lise ve öncesi düzeyde 60 kişi, üniversite ve sonrası 45 kişi olduğu görülmektedir.

Temel amacı terapötik ittifak ile terapi motivasyonu arasındaki ilişkiyi ele almak olan bu çalışmada psikolojik destek alan kişilerin algıladıkları terapötik ittifak, söz konusu terapötik ittifakın düzeyi, terapi motivasyonları ve çeşitli demografik özelliklerin terapötik ittifak ve terapi motivasyonu arasındaki ilişkilere etkisi ele alınmıştır.

Buna göre araştırma doğrultusunda psikolojik destek alan kişilerin terapötik ittifak algılayıp algılamadıklarına bakılmıştır. Sonuçlar katılımcıların anlamlı düzeyde terapötik ittifak algıladıklarını ortaya koymuştur.

3.2.1. Terapi Motivasyonuna Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi

Araştırmanın analizleri kapsamında sosyodemografik değişkenlerin motivasyona etkisinin olup olmadığına bakılmıştır. Bu kapsamda danışanın yaşı, cinsiyeti, eğitim seviyesi ve çalışma durumu ile ilgili verileri analiz edilmiştir. Yaş değişkeni ele alındığında yaş ile terapi motivasyonunun herhangi bir ilişkiye sahip olmadığı bulunmuştur. Terapi motivasyonunu terapi sürecinde olacaklara açıklık olarak ele alırsak bu konu kişinin yaşından daha ziyade ihtiyacının farkında olup olmaması, terapötik süreçlere hazır olup olmaması, kimin isteğiyle geldiği veya kimin isteği ile devam ediyor gibi değişkenlerinin ele alınarak incelenmesi gereken bir konudur. Yaş ile terapi motivasyonu arasında herhangi bir ilişki olmaması bulgusu Gruen'in (1957) bulguları ile bir kısma kadar paraleldir. Gruen, yaşın terapi ve değişim motivasyonu için önemli bir değişken olduğunu belirtmiş ancak bahsi geçen yaş bulgusunun 60 yaş ve üstü katılımcılarda olduğunu belirtmiştir. Yani motivasyonda önemli bir değişiklik var ise bu kişilerin 60 yaş üstü oluşuyla ilişkilidir. Bu açıdan değerlendirilecek olursa çalışmamızın örnekleminin yaş aralığı 18 – 35 yıldır. Çalışmamızın yaş aralığı dikkate alındığında Gruen'in değindiği 60 yaş ve üstü sınırına yönelik bir durum ortada yoktur. Çalışmamızın bulgusu yaş kriterinin süreçlere etki etmeyeceğini öngördükleri bir gruptadır. Çünkü, çalışmamızın örneklemini yaşlı değil genç yetişkinlerden oluşturmaktadır.

Cinsiyet değişkenine göre motivasyonsuzluk alt boyut puanları arasında anlamlı fark olmadığı, erkeklerin özdeşleşmiş düzenlemede, kadınların ise bütünleşmiş düzenleme, kadınların içe yansıtılmış düzenleme ve içsel motivasyon alanlarında daha yüksek değerlere sahip olduğu bulunmuştur. Kadınlarda yüksek bulunan motivasyon alt boyutları motivasyonun kadınlarda daha içselleştirilmiş olduğunu düşündürmektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde kadınlarda terapi motivasyonu ile ilgili genel ve bütün motivasyon tiplerini kapsayıcı bir yorumlama yapmak mümkün değildir. Bulgularımız Schneider'in (2010) çalışması ile paraleldir. Schneider psikoterapi ve tedavi motivasyonunu incelemek için 250 hastanın katılımıyla bir araştırma gerçekleştirmiştir. Bu araştırmasında yaş ve cinsiyet değişkenleri birlikte analiz edildiğinde kadın hastaların özellikle genç yaştakilerin ileri yaştaki kadınlara ve genel olarak erkeklere oranla daha yüksek psikoterapi ve tedavi motivasyonuna sahip olduğunu bulmuştur. Çalışmamızın örnekleminin de genç yetişkinlerden oluştuğu düşünüldüğünde bulgularımız sözü edilen çalışmanın bulguları ile uyumludur. Kadınların terapiye başvuru oranının terapi

motivasyonu değerleri ile ilişkisi olması da beklenen bir durumdur. Olarak incelenmesi gerekebilir. Buna ek olarak kadınların ve erkeklerin sağlık hizmetlerini kullanımında farklılıklarının olup olmadığı sorusu, araştırmacıların uzun yıllardır çalıştığı konulardandır. Hunt (2010), kadınların genel olarak sağlık hizmetlerini erkeklere göre daha yüksek oranda kullandığını bildirmiştir. Hastalandıklarında erkeklerin aktif olarak tıbbi bakım alma olasılıkları kadınlardan daha düşüktür. Erkekler bunun yerine "mevcut durumu zorlama"ya yönelmektedir. Bu zorlama durumu ise erkeklerin yaşam süresi beklentisinin kadınlardan daha kısa oluşu ve bu doğrultuda onları bekleyen kısa bir ömür olduğu için herhangi bir yardım arayışına girmemesine sebep olmaktadır.

Cinsiyet değişkenine göre terapi motivasyonuna yönelik bir konu da ruh sağlığı hizmeti arayışı oranıdır. Avrupa'da kadın ve erkeklerin ruh sağlığı problemleri için profesyonel yardım arayışlarında sosyoekonomik, aile temelli ve ruh sağlığı durumunun cinsiyet farkına etkisinin incelendiği çalışmada Buffel (2014), 2005 ve 2006 yıllarına ait aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 29 Avrupa ülkesinden 16.240 kadın, 12.500 erkek katılımcının Eurobarometre verilerini analiz etmiştir. Kimi ülkelerde kadın cinsiyetin daha fazla ruh sağlığı hizmeti arayışı içinde olduğunu kimi ülkede bu durumun eşit olduğunu kim ülkede ise erkeklerin daha fazla ruh sağlığı hizmeti arayışında olduğunu belirtmiştir ve bu durumun cinsiyet farklılıklarında Avrupa temelli bir fenomenden bahsetmeyi mümkün kılmadığından bahsetmiştir. Türkiye'deki bulgular ışığında genel bulguların akine erkek cinsiyetin ruh sağlığı problemleri için profesyonel yardım arayışlarının kadınlara oranla yüksek olduğu bulunmuştur. Bu duruma ek olarak kadınların şikayetleri doğrultusunda ruh sağlığı hizmetinden faydalanma oranının da erkeklere oranla çok daha düşük olduğunu belirtmiştir. Buffel'in elde ettiği bulgular çalışmamız ile aynı doğrultuda değildir.

Ruh sağlığı ile cinsiyet ve tutumlar arasındaki ilişkiyi ele alan Wendt (2016) erkek cinsiyetin kadın cinsiyetine oranla daha az duygu ifade ettiğini, eksik zayıf düşündükleri alanlarını belirtme eğilimlerinin daha az olduğunu belirtmiştir. Wendt'e göre erkek cinsiyet bir sorun yaşadığında çözüm arasa dahi bu çözümü profesyonel diye nitelendirilmeyen gayri resmi yollardan çözmeye çalışmaktadır. Wendt'in elde ettiği bir başka bulgu ise bulgu ise erkek cinsiyetin ruh sağlığı alanında yardım alma eğiliminin daha az olduğu ve buna ek olarak ruh sağlığındaki sorunları damgalamaya daha eğilimli

olduklarından bahsetmiştir. Bir diğer sonuç ise erkek cinsiyetin depresyonu daha kolay ve bahsedilmeden de akışında çözülecek bir şey gibi görünürken ancak şizofreni gibi bir tedavi veya ruh sağlığı desteği istediği kanısında olmasıdır. Bu bulgular ele alındığında bizim çalışmamızda erkek cinsiyetteki katılımcı profilinin terapi motivasyonuna yatkın olmaması paralel değerlendirilebilecek bulgulardır.

Çalışmamızda eğitim ve çalışma durumu ile terapi motivasyonu arasında herhangi bir ilişki olmadığı bulundu. Terapi motivasyonu değişim ve terapötik müdahalelere hazırlık ve istek olarak değerlendirildiğinde bu konu eğitim seviyesinden ziyade ihtiyacın giderilmesi isteği olarak ele alınabilir. Eğitim durumu terapi motivasyonu ele alındığı bu sebepten kritik veya anlamlı bir değişken olmayabilir. Eğitim durumu ve terapi motivasyonu ilişkisini detaylı bir sahip bir literatür çalışması bulunamamıştır.

Terapi motivasyonu konusu genel kültür, akademik bilgi, branşlaşmadan bağımsız seyretmektedir. Bu bağımsız seyir Martin ve arkadaşları (2010) tarafından gerçekleştirilen çalışma ile paraleldir. Martin ve arkadaşları (2010) ittifak literatüründeki temel örüntüleri belirlemek için, ittifakı sonuçla ilişkilendiren 59 yayınlanmış 21 yayınlanmamış çalışmanın metanalizini yayınlamıştır. Bu çalışmada, terapötik ittifak ve sonuç ilişkisini etkilemesi beklenen bir çok değişkenden (danışanın cinsiyeti, mevcut problem, nerede terapi uygulandığı, terapistin cinsiyeti, terapistin tecrübesi [süre], terapistin branşı [psikolog, psikiyatrist, sosyal çalışmacı], terapistin ekolü [davranışsal, bilişsel, psikodinamik], kullanılan ittifak ölçme aracı etkilenmeden orta seviyede bir terapötik ittifaka sahip olduğu bulunmuştur.

3.2.2. Danışanın Algıladığı Terapötik İttifaka Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi

Danışanın aldıldığı terapötik ittifak değeri sosyodemografik değişkenlerden cinsiyet ile analiz edildiğinde çalışmamız kapsamında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Terapötik ittifak karşılıklı bir süreç olmakla beraber amaç, görev ve duygulanımsal bağın verimli olması esasına dayanır. Bu esasların dışında sosyodemografik ve klinik değişkenlerin biliş ve işlev düzeyi yerinde danışan ve hastalarda aolumsuz bir seyri düşük ihtimallidir. Ancak araştırmamızın bulgusu Connors'ın (2000) çalışması ile aynı yönde değildir. Connors'ın çalışması alkol bağımlılığı üstüne ayakta tedavi gören ve tedavi sonrası destek alan toplam 1187 katılımcı ile gerçekleştirilmiş olup alkol bağımlılığı ve

terapötik ittifak süreçlerinin öngörülebilir değerlerini bulmak üzerine bir çalışmadır. Araştırma sonucunda kadın alkol bağımlılıklarının terapötik ittifak için pozitif bir belirleyici olduğu belirtilmiştir. Bu araştırma ele alındığında erkek ve kadın katılımcıların sosyo kültürel faktörleri ve sosyodemografik değişkenlerinin detaylı bir analizi gerekmektedir. Kültürel yapıda kliniklere ve psikoterapi hizmetlerine kadın katılımcı oranı, terapiden sonuç alma oranlarının cinsiyet temelinde karşılaştırılması önemli birer değişkendir. Ek olarak erkek ve kadınların psikoterapi kavramına bakış açısı, psikoterapi geçmişi, geçmiş psikoterapi deneyiminin sonucu, genel değişim motivasyonu ve terapi motivasyonu ele alındığında terapötik ittifakın algılandığı zeminin değerlendirilmesi önemlidir.

Cinsiyet bulgularına ek olarak Messer (2010) psikodinamik ekol çalışmaları açısından terapötik ittifakı incelemiştir. Messer'e göre terapistin kurmak istediği terapötik ittifak belirli pozitif faktörler ile daha kolay hale gelebilir. Bu faktörler danışanın benlik kavramında kararlı ilerlemesi ve benliğin ve ötekinin farklarının belirgin olması, cinsiyet açısından kadın danışanlarla kurulabilecek daha güçlü bir ittifak terapötik ittifak girişimini daha ileriye taşımaktadır. Bu açıdan araştırmanın bulguları Messer ile paralellik göstermektedir.

Bhati (2014) cinsiyet faktörünün, hemcins ve karşı cins ile gerçekleştirilen terapi sürecinin terapötik ittifak üzerindeki etkisini araştırmıştır. Bhati'ye göre önemli araştırmalar cinsiyetin etkisini ortaya koymak klinik psikoloji alanında ve daha birçok çalışmada yaygın bir eğilimdir. Önemli araştırmalar da bu konudaki sonuçlara yer vermektedir. Ancak bu konuda fikir birliği olmamakla birlikte görüş sayısı oldukça fazladır. Bhati 92 terapiye yeni başlayan yetişkinin katıldığı çalışmada cinsiyetlerin eşleştirilmesinin yani hemcinslerle oturum yapmanın terapötik ittifakın başlarında bir daha önemli bir etkiye sahip olduğunu varsaydığı araştırması bulgular tarafından doğrulanmamıştır. Standardize oturumlar gerçekleştiren danışan – terapist çiftlerinin katıldığı bu çalışmada hem cins eşleştirmeleri arasında ise kadınların daha güçlü ittifak bildirdiğini belirtmiştir. Bu noktada araştırmamızın bulguları kapsamında terapist – danışan eşleşmesi özellikle dikkat edilecek konulardan birisi olmadığı için bu eşleştirmenin olup olmama ihtimali ile ilgili bir yanılama yapılamaz.

Bir başka sosyodemografik değişken olan yaş ile danışanın algıladığı terapötik ittifak değerlendirildiğinde araştırmamız kapsamında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Yaş da diğer demografik değişkenler gibi terapötik ittifakı değerlendirmede tek başına ele alınamaz. Connors (2010) yaptığı araştırmada terapötik ittifak sürecinde yaşı daha genç olan kişilerin terapötik ittifak değerinin daha yüksek olduğunu ve bu durumun terapötik ittifak için pozitif bir değişken olduğunu söylemiştir. Çalışmamızın bulguları Connors ile paralel değildir. Çalışmamızın bu farkı araştırmada ele alınan psikopatoloji üstünden de farklılaşmaktadır. Terapötik ittifak ile ilgili çalışmalar görece daha azdır ve yoğunlukla bağımlılık alanında yapılmaktadır. Mevcut çalışmamız bu kapsamda herhangi bir psikopatoloji kategorizasyonu koymamış hatta kriterleri karşılayıp karşılamadığını da değerlendirmemiştir. Böyle yapılmasının amacı ise günlük hayatı daha fazla yansıtmayı gayesidir.

Diğer bir sosyodemografik değişken ise eğitim durumudur. Çalışmamızın bulguları ışığında eğitim durumu danışanın algıladığı terapötik ittifak ile herhangi bir ilişkiye sahip değildir. Terapi süresince varılması istenen nokta, neyin neden yapıldığının anlaşılması, duygu ve düşüncelere açıklık gibi terapötik ittifak bileşenlerinin daha klinik temelli kavramlar olması araştırmamızdaki hem yaşın hem de genel sosyodemografik değişkenlerin danışanın algıladığı terapötik ittifak ile ilişkisinin olamamsı durumu açıklamaktadır. Bu çalışma ile ters yönde bulgulara sahip çalışma Connors'a (2010) aittir. Connors araştırmasında eğitim durumunun unvan olarak aşağıda olmasının terapötik ittifak ile negatif bir ilişkide olduğunu söylemektedir. Connor mevcut araştırmasını alkol bağımlıları üstünden gerçekleştirmiştir. Alkol bağımlılığı görece işlev kaybı ve bağımlı davranış örüntüleri sergileme temelinde diğer psikopatolojilere göre daha belirgin olabilmektedir. Bu sebeple psikoeğitim, bağımlılık arkaplanı gibi bilgiler entelektüel yatkınlık isteyebilir. Mevcut çalışmamız bu konuda psikopatoloji ayrımı ve zorunluluğu belirlemediği için aynı şekilde değerlendirilmeyebilir.

Seans sayısı değişkeni ele alındığında danışanın algıladığı terapötik ittifak ve katılımcıların mevcut seans sayısı yani kaçıncı seanslarından sonra bu değerlendirmeyi yaptıkları ele alındığında seans anlamlı bir ilişki bulunamamamıştır. Araştırmamızda bu değişkene yer verme sebebimiz her ne kadar terapötik ittifak çalışmamızda ekoller üstü olarak ele alınsa da günümüz çalışmaları ve bölgesel değerlendiremeler ele alındığında değişiklik gösterip gösteremeyeceğidir. Bir başka sebebi ise birçok ekol terapötik ittifak

kavramına önem vermekte birlikte anamnez veya ilk üç görüşme kapsamında bu bağın kurulması, müşterek bir zeminde anlaşılması şeklinde açıklamaktadır. Bu bilgiler ışığında günümüzdeki psikoterapi çeşitliliği ve uygulama farkları ele alındığında seans değişkenli anlamlı olabilmektedir. Eaton (1988), terapinin süresi ya da kaçınıcı seansın yapıldığı gibi süreç değişkenlerini analiz ettiği çalışmada bu verilerin terapötik ittifakı etkilediğini ortaya koymuştur. Araştırmamızın sonucu genel Lambert'ın (1992) çalışmasındaki ittifak kavramı ile paralel ilerlerken Eaton ile literatür ile paralellik göstermemektedir. Eaton'ın çalışması incelendiğinde gerek başta kurulabilecek bir terapötik ittifakın gerekse seans sürelerinde hemfikir olmanın süreçteki girişimleri, amaçları, karşılıklı olarak daha işlevsel hale getirebileceği üstüne değerlendirilme yapılan bir çalışmadır. Bu sebeple ilk seanslardaki etki ve seans süresi ele alınmış olup mevcut çalışmamızda seans süresi kavramı değerlendirilmemiştir.

Araştırma doğrultusunda terapötik ittifakın düzeyi incelenmiştir. Buna göre terapötik ittifakın üç temel alt düzeyi olan duygulanımsal bağ, amaç ve görev boyutlarının tamamını birlikte algıladıkları, boyutların birbirinden ayrı bir biçimde algılanmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç Bordin'in (1979) terapötik ittifakı incelerken belirttiği alt boyutlara uymamakla birlikte yine Bordin'in bahsettiği ilişkiyi bir bütün olarak ele almak ile paraleldir.

3.2.3. Danışanın Algıladığı Terapötik İttifak İle Terapi Motivasyonunun İlişisine Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi

Elde edilen bulgular ışığında danışanın algıladığı terapötik ittifak ile danışan terapi motivasyonu arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuç danışanın terapötik ittifak algılaması ile motivasyonunun içsel olması arasında, danışanın ittifak algılamaması ile motivasyonunun dışsal olması arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Literatür incelendiğinde danışanın algıladığı terapötik ittifak ve danışanın terapi motivasyonu arasındaki ilişkiyi ele alan ve paralel bulgulara ulaşılan çalışmalar görülmüştür. Polaschek ve Ross (2010), psikopatik şiddet nedeniyle mahkum edilmiş bireylerle yapılan bir çalışmada, tedavinin sürecinde terapötik ittifak ile değişim motivasyonu arasında pozitif ilişki bulmuştur. Araştırmada suç işleme oranının azaldığı grupta terapötik ittifak ve değişim motivasyonu süreçlerinin ilişki bir bir biçimde anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu kapsamda en çok değişimin gerçekleştiği katılımcı gurubu bu

süreçlerin gerçekleştirildiği grup olmuştur. Motivasyonun ve terapötik ittifakın az olması durumunda aralarındaki ilişki alakalı Sly'nin (2013) araştırması dikkat çekmektedir. Motivasyonu yüksek olan kişiler ittifak eşliğinde daha rahat ilerleme göstermiş ancak motivasyonu düşük kişiler ve dışsal sebepler ile terapiden koptukları görülmektedir. Motivasyonun türü ve terapötik ittifakın algılanması terapötik süreç için belirleyici etkenlerden birisidir.

Bir başka çalışma ise Wolfe'e (2013) aittir, bağımlılar ile yaptığı çalışmada motivasyon ve terapötik ittifak süreçlerine dair önemli sonuçlar elde etmiştir. Terapi süreçleri için "zorlama" kavramını da terapötik motivasyon ve terapötik ittifak ile birlikte ele alan Wolfe araştırmasında belirtilen sonuçlara varmıştır. Bu bağlamda dışsal motivasyonu yüksek veya zorlanarak getirilen kişiler terapötik ittifak açısından daha düşük olduğu, terapötik sürecin başlangıcında yüksek terapötik bağ bildiren danışanların yüksek içsel motivasyona sahip olduğu bulunmuştur (Wolfe, 2013). Mevcut çalışmamız göz önüne alındığında motivasyonun dıştan içe doğru seyretmesi ile danışanın algıladığı terapötik ittifak arasındaki olumlu ilişki kişinin seansa isteği dışında getirilmesi her ne kadar zorla olmayacaksa da motivasyonun içsele oranla çok daha dışarıdan gelen öğelere sahip olduğu söylenebilir. Bu durum kişinin terapötik ittifak ve bileşenleri olan amaç, görev ve duygulanımsal bağ gibi motivasyonun içselleşmesi ile orantılı olarak olumlu ilişkide olan süreçlerin seyrini zora sokabilmektedir.

Zandberg (2015), terapötik ittifak ve terapi sonuçları ilişkisini ele aldığı çalışmada terapötik ittifak gerek uygulayıcı gerek danışan tarafından farklı algılansa bile psikoterapi sürecinin sonucunu etkilememektedir. Ancak çalışmaların genel bir ittifak kavramı üstünden yapılmaması ve terapötik ittifak algısındaki bu tutarsızlığın sebebinin temel işaretlerini psikopatoloji bazlı düşünülmesi gerekmektedir. Buna ek olarak, terapötik ittifak ve terapi motivasyonu kısmına da değinerek duygulanımsal bağ, amaç ve görev bileşenleri incelendiğinde kendi isteği dışında getirilen danışanların % 75'inden fazlasının amaçlara uyum sağlamadığı görülmüştür.

Tedavi başlangıcındaki motivasyonun terapi süreci ile ilişkisi tartışmalıdır (Hanson ve Wallace-Capretta, 2000; Bowen ve Gilchrist's, 2004). Bu nedenle, kesitsel ve tedavi sürecinin başlangıç dönemini değerlendiren çalışmamızın sonuçlarının tedavi sonuçlarını yorumlamaya izin vermeyeceği akılda tutulmalıdır.

BÖLÜM 4. SONUÇ

Araştırmanın bu bölümünde terapötik ittifakile terapi motivasyonu arasındaki ilişkilere dair elde edilen bulgular tartışılacaktır. Elde edilen bulgular doğrultusunda genel bulguların özeti, nihai sonuçlara dair yargılar ve öneriler sunulmuştur.

5.1. Özet

İlgili yerli literatür ele alındığında terapötik ittifak ve terapi motivasyonu arasındaki ilişkiyi bu biçimde ele alan ve çeşitli değişkenlerin etkisi boyutunda değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan literatür çalışmalarında yerli literatürde benzer değişkenlerin ele alındığı çalışmaların 2015 yılından itibaren yapıldığı görülmüştür. Ele alınan kavramlar görece yenidir. İlgili literatürün hem yerli düzeyde hem uluslararası düzeyde görece yeni ve katkılara açık olduğu aşikardır. Bu nedenle başlangıç noktasında konunun bu değişkenler üzerinden yürütülmesi öngörülmüştür.

Araştırmanın temel amacı terapi motivasyonu ve terapötik ittifak arasındaki ilişkiyi sınamak, çeşitli demografik değişkenlerin bu ilişki üzerindeki etkisini araştırmaktır. Nicel bir araştırma deseni üzerinden tarama yapılarak katılımcılardan bilgi toplanmış ve analiz edilerek yorumlanabilir bulgular haline getirilmiştir. İstanbul’da, İzmir’de ve Ankara’da psikolog, uzman psikolog, uzman klinik psikolog, psikolojik danışman ve rehber, uzman psikolojik danışman rehber, psikiyatrist ve diğer şekilde tanımlanmış gruplardan ruh sağlığı hizmeti alan 18 yaşını geçkin 105 kişiden veri alınmıştır. Katılımcı profilinde yaş aralığı 18 – 35’tir ve ortalama 24,82’dir. Katılımcıların profilini çıkartabilmek adına “Demografik ve Klinik Bilgi Formu”, terapötik ittifakı ölçmek adına Soygüt ve Işıklı (2008) tarafından Türkçe’ye uyarlanan “Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi Ölçeği Danışan Formu” ve terapi motivasyonunu ölçmek için Özer ve ark. (2017) tarafından Türkçe’ye uyarlanan “Danışanlar için terapi motivasyonu ölçeği” uygulanmıştır. Verilerin analizi sırasında sıklık ve yüzdellik ifadelerinin yanı sıra Basit Doğrusal Regresyon, Pearson Korelasyon Analizi, Bağımsız Gruplar T-Testi, Mann Whitney - U Testi analizlerinden yararlanılmıştır.

Yapılan değerlendirmeler sonucunda motivasyonun dışsaldan içsele gidecek şekilde alt boyutları olan Motivasyonsuzluk, Özdeşleşmiş düzenleme, Bütünleşmiş düzenleme İçe yansıtılmış, İçsel motivasyonun terapötik ittifak ile ilişkili olduğu

bulunmuştur. Sonuçlara göre terapötik ittifak ve tarapöik ittifakın görev alt boyutu motivasyonsuzluktan içsel motivasyona gidildikçe artmaktadır. Bu sonuç danışanın motivasyonu ve tarapötik ittifak algısının ilişkisini açıklarken uygulayıcılar için bir bakış açısı geliştirmektedir.

5.2. Yargı

Araştırmada elde edilen tüm sonuçların literatüre katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Sonuçların bazıları ilgili literatür ile uygunluk gösterdiği bazılarının da farklı olduğu görülmüştür. Araştırma sonuçları doğrultusunda varılan nihai yargılar aşağıdaki gibidir:

1. Danışanın algıladığı terapötik ittifak çeşitli demografik özelliklere göre incelenmiştir. Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, tanı durumu, daha önce ruh sağlığı hizmeti alıp almaması durumu, tanısının olup olmama durumu, değişkenleri ile danışanın algıladığı terapötik ittifak değerlendirilmiş ve aralarında herhangi bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir.
2. Terapi motivasyonu çeşitli demografik özelliklere göre incelenmiştir. Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, tanı durumu, daha önce ruh sağlığı hizmeti alıp almaması durumu, tanısının olup olmama durumu, değişkenleri ile danışanın algıladığı terapötik ittifak değerlendirilmiş ve cinsiyet değişkeninde erkeklerin özdeşleşmiş düzenleme ve motivasyonsuzluk alt boyutlarındaki ilişkileri anlamlı çıkarken kadınların bütünleşmiş düzenleme, içe yansıtılmış ve içsel motivasyondaki değerleri anlamlıdır.
3. Danışanın algıladığı terapötik ittifakın motivasyonun alt boyutları olan bütünleşmiş düzenleme, içe yansıtılmış düzenleme ve içsel motivasyon ile pozitif bir ilişkiye sahip olduğu, motivasyonun alt boyutlarından motivasyonsuzluk ve özdeşleşmiş düzenleme ile negatif ilişkide olduğu belirlenmiştir.
4. Terapötik ittifak ve terapi motivasyonu arasındaki ilişkide çeşitli değişkenlerin etkisi sınanmıştır. Danışanın algıladığı terapötik ittifak ile içsel motivasyon ve motivasyonsuzluk ile anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Cinsiyet değişkeninin terapötik ittifak ile içsel motivasyon arasındaki anlamlı yordamayı etkilediği görülmüştür. Buna ek olarak cinsiyet değişkeninin terapötik ittifak ile motivasyonsuzluk arasındaki anlamlı yordamayı da etkilediği görülmüştür.

Değişiklerin etkisi incelendiğinde danışanın algıladığı terapötik ittifakın görev alt boyutu ile içsel motivasyon ve motivasyonsuzluk ile anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Cinsiyet değişkeninin danışanın algıladığı terapötik ittifakın görev alt boyutu ile içsel motivasyon arasındaki anlamlı yordamayı etkilediği görülmüştür. Buna ek olarak cinsiyet değişkeninin danışanın algıladığı terapötik ittifakın görev alt boyutu ile motivasyonsuzluk arasındaki anlamlı yordamayı da etkilediği görülmüştür.

5.3. Öneriler

Araştırmanın bu bölümünde hali hazırda elde edilen bulgular çerçevesinde araştırma ve uygulama düzeyinde öneriler sunulmuştur. Araştırma çeşitli sınırlılıklara sahiptir. Yeni çalışmacılar bu sınırlılıkları ve önerileri değerlendirerek kendi çalışmalarını güçlendirebilirler.

Araştırma için psikopatolojiler arası bir çalışma yerine aynı psikopatolojik tanıya sahip kişiler ile çalışılabilir. Öneriler doğrultusunda yapılacak bu çalışma kendi içerisinde tanı alma zamanı, tanı konulduktan sonra nasıl bir çalışma yapıldığı, destek alıp almadığı ve bu destek süreçlerinin nasıl geçtiği gibi alt istatistiki kategoriler eklenerek elde edilecek veri mevcut terapötik ittifak kavramını ve terapi motivasyonu kavramını olgunlaştırmada rol oynayabilir. Buna ek olarak tanılar arası çalışmanın sebep olabileceği olası istatistiki karışıklığın önüne geçilebilir.

Daha uzun süreli ve halihazırda psikolojik destek alan gruplarla çalışmak bir başka öneri olarak sunulabilir. Araştırma bu kapsamda destek alma süreci için bir kısıt getirmemiştir. Bu durum terapötik ittifak algısında ve terapi motivasyonunda hem danışan hem de uygulayıcı açısından etkileyici rol oynayabilmektedir.

Araştırma sadece danışanın algıladığı terapötik ittifak ve terapi motivasyonu ilişkisini incelemiştir. Bu bağlamda diyadik (çift yönlü) bir çalışma farklı veriler elde edilmesine sebep olacaktır. Diyadik çalışma hem danışan hem de uygulayıcının seans bazlı terapötik ittifakını ölçmek için kurulabilecek bir düzendir. Bu sayede uygulayıcının ittifak algısı ile ilgili yeni korelasyonel bulgular araştırmacılar ve okuyucular için kıymetli olacaktır.

Araştırma kesitsel bir çalışmadır. Sadece uygulandığı an itibariyle alınan veriler üstüne yoğunlaşmıştır. Bu açıdan terapötik ittifakın, terapi motivasyonunun ve terapi sonucunun ilişkisini detaylı incelemek adına boyamsal bir araştırma yapılabilir.

Araştırma niceliksel ölçme ve değerlendirmeye dayalıdır bu açıdan niteliksel ve kişilerin beyanlarına dayalı algılanan terapötik ittifak kavramı tespit edilememiştir. Günlük klinik pratiğinde bir çok başvuru formu niteliksel bilgiye ihtiyaç duymaktadır. Bu ihtiyaç aynı şekilde klinik merkezli bir araştırma için geçerli olabilir. Danışanların psikoloji alanına dair aynı kelime haznesine ve dile sahip olmasından doğacak karışıklıklar bu şekilde giderilebilir.

Araştırma 18 yaş üstü bütün yaş gruplarını aynı ele almıştır. Bu kapsamda düşünüldüğünde sosyal yapı itibariyle 18 yaş üstü her grup ekonomik olarak tam bağımsız bir yetişkin değildir. Ekonomik olarak özerk olmayışın terapi motivasyonuna, algılanan terapötik ittifaka ve terapötik sürece etkilerinin araştırılması da yerinde olabilir. Öte yandan gelişim dönemlerini ele alırsak çocukluk, gençlik, yaşlılık dönemleri içerisinde çalışmamızın yaş grubu gençlik içinde kalmaktadır. Daha geçerli bir yaş araştırması için gelişim dönemleri içerisinde katılımcı grupları ile çalışılabilir.

Terapötik ittifak, terapi motivasyonu ve aralarındaki ilişki ele alınırken kültürel farklılıklar ve buna bağlı etkiler sürece dahil edilmemiştir. Danışanın ve terapistin sosyolojik dinamikleri değerlendirilmemiştir. Danışanın içinde bulunduğu kültürünün terapi sürecinde etkisi olma ihtimali sorgulanmamıştır.

Araştırma psikoterapi yaptığını belirten psikolog, klinik psikolog, uzman psikolog, psikolojik danışman, uzman psikolojik danışman ve psikiyatristler ile yapılmıştır. Psikoterapi ekolü bu bağlamda tek tek özele indirgenerek değerlendirilebilir. Ek olarak alınan psikoterapi eğitimlerinin de incelenerek istatistiki verilere dönüşmesi hem uygulayıcının hem okuyucunun hem de araştırmacının faydasına ek olarak alana yönelik eğitim tasarımı ve hizmeti sunan kurumlar için de faydalı olacaktır.

EKLER

EK 1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli Katılımcı,

T.C. Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Programı'nda Dr. Öğr. Üyesi Serhat Yüksel danışmanlığında yüksek lisans tez çalışması kapsamında bir araştırma yürütmekteyim. Araştırmanın amacı, danışanın algıladığı terapötik ittifak ile terapi motivasyonunun arasındaki ilişki incelenmektedir. Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda, sizden yaklaşık 15-20 dakika süren anketi cevaplamanız istenecektir. Bu uygulama üniversite etik kurulu tarafından denetlenip onaylanmıştır. Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın gizlilik prensibine göre yürütüleceğini, katılımcıdan kimlik bilgisi talep edilmeyeceğini, kişisel bilgilerinin araştırmacı dışında kimse tarafından görülmeyeceğini hatırlatmak isterim. Bu bilimsel çalışmaya vereceğiniz katkı için şimdiden teşekkür ederim.

Psk. Serdar Doruk Avunduk

T.C. Maltepe Üniversitesi

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Programı Öğrencisi

EK 2: Demografik & Klinik Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz

- Kadın
- Erkek
- Belirtmek İstemiyorum

2. Yaşınız :

3. Eğitim Seviyeniz

- Okuryazar
- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Üniversite
- Üniversite ve Üzeri

4. Çalışma Durumunuz

- Çalışıyorum
- Çalışmıyorum

5. Herhangi Bir Kronik Rahatsızlığınız Var Mı?

- Evet
- Hayır.

6. Daha Önce Ruh Sağlığı Hizmeti Aldınız Mı?

- Evet.
- Hayır

7. Evet ise, Hizmeti Aldığınız Kişinin Unvanı

- Psikolog
- Klinik Psikolog
- Uzman Psikolog
- Psikolojik Danışman

- Uzman Psikolojik Danışman
- Psikiyatrist
- Diğer

8. Herhangi Bir Psikiyatrik/Psikolojik Tanı Kondu mu ?

- Hayır
- Evet

9. Düzenli Olarak Kullandığınız Bir Ruh Sağlığı İlacı Var Mı?

- Hayır
- Evet

10. Şu Anda Ruh Sağlığı Hizmeti Aldığınız Kişinin Unvanı Nedir?

- Psikolog
- Uzman Klinik Psikolog
- Uzman Psikolog
- Psikolojik Danışman
- Uzman Psikolojik Danışman
- Psikiyatrist
- Diğer

11. Şu An Hizmet Aldığınız Kişi İle Kaçınıcı Seansınız?

- Birinci
- İkinci
- Üçüncü
- Dördüncü Ya Da Daha Fazla

Verdiğiniz bilgiler için teşekkür ederiz....

EK 3: Görüşme Değerlendirme Ölçeği



Hacettepe Üniversitesi
Psikoterapi Araştırmaları
Laboratuvarları

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.							
13. Terapide üzerime düşenlerin ne olduğunu biliyorum.							
14. Bu görüşmelerin amaçları benim için önemli.							
15. Terapide yaptıklarımızın, sorunlarımızla ilişkili olmadığını düşünüyorum.							
16. Terapide yaptıklarımın, istediğim değişikliklere ulaşmamda bana yardımcı olacağını hissediyorum.							
17. Terapistimin iyiliğimi 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.							



Hacettepe Üniversitesi
Psikoterapi Araştırmaları
Laboratuvarları

	Hiçbir zaman	Çok Seyrek	Seyrek	Bazen	Sık sık	Çok sık	Her zaman
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.							
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 önemseydiğini hissediyorum.							

EK 4: Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği

Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği (DİTMÖ)

Aşağıdaki ölçeği kullanarak, şu an psikolojik danışma sürecinde bulunma sebeplerinize aşağıdaki maddelerin ne derece uygun düştüğünü lütfen maddelerin sağındaki ilgili rakamı daire içine alarak belirtin. Şu an psikolojik danışmaya devam etme sebeplerinizin sürece başlama nedenlerinizden farklı olabileceğinin farkındayız. Ancak, sizin <u>şu an</u> psikolojik danışma sürecinde bulunma sebeplerinizi merak ediyoruz. Aşağıdaki ölçekte 1 Kesinlikle katılmıyorum - 7 Kesinlikle katılıyorum ifadesini göstermektedir. Cümlelerin size uygunluğunu bu aralıkta değerlendiriniz.								
1	Açıkçası psikolojik danışma/terapi sürecinden ne alabileceğimi anlamıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
2	Psikolojik danışma/terapi sürecine kendimi verdiğimde bu süreçten zevk alıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
3	Psikolojik danışma/terapi ile kişisel hedeflerime ulaşmak beni memnun ediyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
4	Problemimin çözümüne yönelik herhangi bir şey yapmazsam kendimi suçlu hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
5	Şu anki durumumda değişiklik yapmak istiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
6	Psikolojik danışma/terapi sürecinin eninde sonunda kendimi daha iyi hissettireceğini düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
7	Başlangıçta psikolojik danışmaya/terapiye gitmek için bir sebebim vardı ancak şu an bıraksam mı diye düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
8	Psikolojik danışmaya/terapiye devam etmezsem kendimi kötü hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
9	Kendimi daha iyi anlamaya ihtiyacım var.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
10	Hakkımda daha önce bilmediğim şeyleri öğrenmek hoşuma gidiyor.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
11	Psikolojik danışma/ terapi sürecini sıkıcı buluyorum, ne işim var diye merak ediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
12	Daha önce hiç düşünmemiştim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
13	Psikolojik danışma/terapi sürecinin problemlerimle daha iyi başa çıkmanı sağlayacağını düşünüyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
14	Kendimi daha iyi anlamayı umuyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
15	Psikolojik danışma/terapi sayesinde hayatımın farklı yönlerini keşfetmeye devam edebileceğimi gördüm	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
16	Psikolojik danışma/terapi sayesinde hayatımda değişiklik yapma sorumluluğunu alabileceğimi düşünüyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
17	Danışanların süreç tamamlanana kadar devam etmesi gerekir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
18	Psikolojik danışma/terapi sürecinin problemime çözüm bulmak için iyi bir şey olduğunu düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
19	Psikolojik danışma/terapi süreci ile yaşadığım değişikliklerin bir parçam haline geldiğini hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
20	Psikolojik danışma /terapi sürecinin hayatımda değişik yapmamı sağlama şeklini önemli buluyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

KAYNAKÇA

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 171.
- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). The relation of psychotherapy integration to the established systems of psychotherapy. *Journal of psychotherapy integration*, 7(4), 275-289.
- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in psychology*, 2, 270.
- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings.
- Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental psychology*, 25(5), 729.
- Barber, J. P., Khalsa, S. R., & Sharpless, B. A. (2010). The validity of the alliance as a predictor of psychotherapy outcome. *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*, 29-43.
- Beck, J. S., & Beck, A. T. (2011). Cognitive behavior therapy. *New York: Basics and beyond. Guilford Publication*.
- Bhati, K. S. (2014). Effect of client-therapist gender match on the therapeutic relationship: An exploratory analysis. *Psychological reports*, 115(2), 565-583.
- Binder, J. L., & Betan, E. J. (2012). *Core competencies in brief dynamic psychotherapy: Becoming a highly effective and competent brief dynamic psychotherapist*. Routledge.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252.
- Bowen, E., & Gilchrist, E. (2004). Comprehensive evaluation: A holistic approach to evaluating domestic violence offender programmes. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 48(2), 215-234.
- Buffel, V., Van de Velde, S., & Bracke, P. (2014). Professional care seeking for mental health problems among women and men in Europe: the role of socioeconomic, family-related and mental health status factors in explaining gender differences. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(10), 1641-1653.
- Claringbull, N. (2010). *What is counselling and psychotherapy?*. Learning Matters..
- Connors, G. J., DiClemente, C. C., Dermen, K. H., Kadden, R., Carroll, K. M., & Frone, M. R. (2000). Predicting the therapeutic alliance in alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(1), 139-149.

- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., Crits-Christoph, K., Narducci, J., Schamberger, M., & Gallop, R. (2006). Can therapists be trained to improve their alliances? A preliminary study of alliance-fostering psychotherapy. *Psychotherapy Research, 16*(03), 268-281.
- Csikszentmihalyi, M., & Rathunde, K. (1993). The measurement of flow in everyday life: Toward a theory of emergent motivation.
- Cummings, N. A. (2000). *The essence of psychotherapy: reinventing the art for the new era of data*. Elsevier.
- De Bolle, M., Johnson, J. G., & De Fruyt, F. (2010). Patient and clinician perceptions of therapeutic alliance as predictors of improvement in depression. *Psychotherapy and Psychosomatics, 79*(6), 378-385.
- De Charms, R. (2013). *Personal causation: The internal affective determinants of behavior*. Routledge.
- Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical psychology review, 33*(7), 846-861.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). The general causality orientations scale: Self-determination in personality. *Journal of research in personality, 19*(2), 109-134.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1995). Human autonomy. In *Efficacy, agency, and self-esteem* (pp. 31-49). Springer, Boston, MA.
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R., & Salvatore, G. (2015). *Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders: A treatment manual*. Routledge.
- Eaton, T., Abeles, N., & Gutfreund, M. (1993). Negative indicators, therapeutic alliance, and therapy outcome. *Psychotherapy Research, 3*(2), 115-123.
- Flanagan, J. S., & Flanagan, R. S. (2004). Counseling and psychotherapy theories in context and practice. *Nova Jérσία: John Wiley & Sons, Inc.*
- Gruen, A. (1957). Old age as a factor in motivation for therapy. *International Journal of Social Psychiatry, 3*(1), 61-66.
- Hanson, R. K., & Wallace-Capretta, S. (2000). *Predicting recidivism among male batterers*. Solicitor General Canada.
- Harris, R. (2011). *The confidence gap: A guide to overcoming fear and self-doubt*. Shambhala Publications.
- Hersen, M. E., & Sledge, W. E. (2002). *Encyclopedia of psychotherapy, Vol. 2: IZ*. Academic Press.
- Hofmann, S. G., & Weinberger, J. (2013). *The art and science of psychotherapy*. Routledge.
- Holm-Hadulla, R. M. (2018). *The art of counselling and psychotherapy*. Routledge.

- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of counseling psychology, 36*(2), 223.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology, 61*(4), 561.
- Hunt, K., Adamson, J., & Galdas, P. (2010). Gender and help-seeking: towards gender-comparative studies. In *The Palgrave handbook of gender and healthcare* (pp. 207-221). Palgrave Macmillan, London.
- Ilgen, M. A., McKellar, J., Moos, R., & Finney, J. W. (2006). Therapeutic alliance and the relationship between motivation and treatment outcomes in patients with alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment, 31*(2), 157-162.
- James, W. (1892). *Psychology* New York, NY: H.
- Johnson, F. A. (Ed.). (1992). *Dependency and Japanese Socialization: Psychoanalytic and Anthropological Investigations in Amae*. NYU Press.
- Klein, D. N., Schwartz, J. E., Santiago, N. J., Vivian, D., Vocisano, C., Castonguay, L. G., ... & Riso, L. P. (2003). Therapeutic alliance in depression treatment: controlling for prior change and patient characteristics. *Journal of consulting and clinical psychology, 71*(6), 997.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Elkin, I., Simmens, S., Moyer, J., Watkins, J., & Pilkonis, P. A. (2006). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Focus, 64*(2), 532-277.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129) *New York: Basic Books*.
- Lazarus, A. A., & Lazarus, C. N. (1997). *The 60-second shrink*. Atascadero, CA.
- Lewin, K. (1936). *1936 Principles of topological psychology*. New York, McGraw-Hill.
- Lewin, K. (1938). The conceptual representation and the measurement of psychological forces.
- Maier, N. R. F. (1955). *Psychology in industry*. Boston: Houghton Mifflin.
- Makover, R. B. (2017). *Basics of Psychotherapy: A Practical Guide to Improving Clinical Success*. American Psychiatric Pub.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & 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.
- Masterson, J. F. (1978). The borderline adult: therapeutic alliance and transference. *The American journal of psychiatry*.
- Messer, S. B., & Wolitzky, D. L. (2010). A psychodynamic perspective on the therapeutic alliance. *The therapeutic alliance: An evidence based guide to practice, 97-122*.

- Michel, K. E., & Jobes, D. A. (2011). *Building a therapeutic alliance with the suicidal patient* (pp. xiv-414). American Psychological Association.
- Novick, J. (1980). Negative therapeutic motivation and negative therapeutic alliance. *The Psychoanalytic study of the child*, 35(1), 299-320.
- Özen, Y., & Gül, A. (2007). Sosyal ve eğitim bilimleri araştırmalarında evren-örneklem sorunu. *Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi*, (15), 394-422.
- Özer, Ö., Altınok, A., Yöntem, M. K., & Bayoğlu, F. (2017). Danışanlar İçin Terapi Motivasyonu Ölçeği'nin Türkçe Uyarlaması: Geerlik ve Güvenirlik alışması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(1), 13-30.
- Patton, M. Q. (1987). *How to use qualitative methods in evaluation* (No. 4). Sage.
- Pelletier, L. G., Tuson, K. M., & Haddad, N. K. (1997). Client motivation for therapy scale: A measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy. *Journal of personality assessment*, 68(2), 414-435.
- Polaschek, D. L., & Ross, E. C. (2010). Do early therapeutic alliance, motivation, and stages of change predict therapy change for high-risk, psychopathic violent prisoners?. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20(2), 100-111.
- Rector, N. A., Zuroff, D. C., & Segal, Z. V. (1999). Cognitive change and the therapeutic alliance: The role of technical and nontechnical factors in cognitive therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(4), 320.
- Rogers C (1951) *Client-Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R., & Dymond, R. F. (1954). Psychotherapy and personality change.
- Rosen, P. J., Hiller, M. L., Webster, J. M., Staton, M., & Leukefeld, C. (2004). Treatment motivation and therapeutic engagement in prison-based substance use treatment. *Journal of psychoactive drugs*, 36(3), 387-396.
- Rumpold, G., Doering, S., Smrekar, U., Schubert, C., Koza, R., Schatz, D. S., ... & Schuessler, G. (2005). Changes in motivation and the therapeutic alliance during a pretherapy diagnostic and motivation-enhancing phase among psychotherapy outpatients. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 117-127.
- Ryan, R. M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of personality*, 63(3), 397-427.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68.
- Ryan, R. M., Kuhl, J., & Deci, E. L. (1997). Nature and autonomy: An organizational view of social and neurobiological aspects of self-regulation in behavior and development. *Development and psychopathology*, 9(4), 701-728.
- Newhill, C. E., Safran, J. D., & Muran, J. C. (2003). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.

- Schneider, W., & Klauer, T. (2001). Symptom level, treatment motivation, and the effects of inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research, 11*(2), 153-167.
- Seligman, M. E. (1975). Helplessness. *On depression, development and death*.
- Sly, R., Morgan, J. F., Mountford, V. A., & Lacey, J. H. (2013). Predicting premature termination of hospitalised treatment for anorexia nervosa: the roles of therapeutic alliance, motivation, and behaviour change. *Eating behaviors, 14*(2), 119-123.
- Soygüt, G., & Işikli, S. (2008). Terapötik İttifakın Değerlendirilmesi: Terapötik İttifak Ölçeği'nin Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi, 19*(4).
- Steers, R. M., Mowday, R. T., & Shapiro, D. L. (2004). The future of work motivation theory. *Academy of Management review, 29*(3), 379-387.
- Timmer, B., Bleichhardt, G., & Rief, W. (2006). Importance of psychotherapy motivation in patients with somatization syndrome. *Psychotherapy Research, 16*(03), 348-356.
- Tolman, E. C. (1923). The nature of instinct. *Psychological Bulletin, 20*(4), 200.
- VandenBos, G. R. (2009). *APA college dictionary of psychology*. American Psychological Association.
- Wendt, D., & Shafer, K. (2016). Gender and attitudes about mental health help seeking: results from national data. *Health & Social Work, 41*(1), e20-e28.
- Weinstein, N. (2014). Human motivation and interpersonal relationships. *Department of Psychology, 1-335*.
- Willutzki, U., Teismann, T., & Schulte, D. (2012). Psychotherapy for social anxiety disorder: Long-term effectiveness of resource-oriented cognitive-behavioral therapy and cognitive therapy in social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology, 68*(6), 581-591.
- Wolfe, S., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., & Childs, S. (2013). To enforce or engage: The relationship between coercion, treatment motivation and therapeutic alliance within community-based drug and alcohol clients. *Addictive Behaviors, 38*(5), 2187-2195.
- Zandberg, L. J., Skriner, L. C., & Chu, B. C. (2015). Client-therapist alliance discrepancies and outcome in cognitive-behavioral therapy for youth anxiety. *Journal of Clinical Psychology, 71*(4), 313-322.
- Zilcha-Mano, S. (2017). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *American Psychologist, 72*(4), 311.
- Zilcha-Mano, S., Muran, J. C., Hungr, C., Eubanks, C. F., Safran, J. D., & Winston, A. (2016). The relationship between alliance and outcome: Analysis of a two-person perspective on alliance and session outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(6), 484.