

# Gözlemci Değerlendirmesiyle Psikoterapiyi Yarıda Bırakmayı Öngörme: Ön Çalışma

## Prediction of Dropout with Observer Assessment: Preliminary Study

İ. Volkan Gülüm<sup>1</sup>, Gonca Soygüt<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kln. Psk. Dr., Dumlupınar Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Anabilim Dalı, Kütahya

<sup>2</sup>Prof. Dr., İstanbul Şehir Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul

### ÖZET

**Amaç:** Yarıda bırakılacak psikoterapi süreçlerini 3. seansa yapılacak bir gözlemci değerlendirmeyle öngörebilmeyi hedefleyen Hasta-Terapist Etkileşimi Değerlendirme Formu'nun (HTED-F) sınanmasıdır. **Yöntem:** HTED-F, terapötik ittifakta kırılma, psikoterapinin yarıda bırakılmasını önleme ve bu iki değişkenin ilişkisine odaklanan önceki çalışmalara temellendirilerek oluşturulmuştur. 4 klinik psikolog, psikoterapi sürecini yarıda bırakan 19 hasta (14 kadın,  $Ort_{Yaş}=22.68$ ,  $SS_{Yaş}=3.83$ ) ile psikoterapi sürecini tamamlayan 20 hastanın (15 kadın,  $Ort_{Yaş}=28.08$ ,  $SS_{Yaş}=7.36$ ) 3. seanslarını video kayıtlarını HTED-F'ye göre puanlamıştır. **Bulgular:** Psikoterapisini yarıda bırakan grup ile tamamlayan gruplardaki hastaların Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II ve Belirti Ölçeği ön test sonuçları; 3. seansların terapötik ittifak değerlendirme ve bu seansları yürüten terapistlerin yaşı açısından farklılaşmadığı ancak süreci yarıda bırakan hastaların yaşının süreci tamamlayan hastaların yaşına göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür. Analiz sonuçları HTED-F'nin yargıcılar arası güvenilirliğinin güçlü ( $ICC=0.50-0.71$ ,  $F(41, 123) = 2.02 - 3.47$ ,  $p < .01$ ) olarak değerlendirilebileceğini göstermiştir. HTED-F'nin grupları birbirinden ayırt edip etmediğini değerlendirmek üzere yapılan t-test sonuçları istatistiksel olarak anlamlı çıkmasa da HTED-F'nin grupları ayırtabilme potansiyelini ortaya koymuştur ( $Ort_{PYB}=4.26$ ,  $SS_{PYB}=5.35$ ;  $Ort_{Tamamlayan}=3.45$ ,  $SS_{Tamamlayan}=3.33$ ) **Sonuç:** Psikoterapiyi yarıda bırakmayı terapi süreçlerinin başında seans içi düzeyde değerlendirme ve öngörebilmek adına geliştirilen HTED-F'nin başlangıç için umut verici sonuçlar verdiği ancak ilerideki çalışmalarda daha kapsamlı psikometrik incelemelere ihtiyaç olduğu görülmüştür.

**Anahtar Sözcükler:** Psikoterapi, Psikoterapiyi Yarıda Bırakma, Önleme

(Klinik Psikiyatri 2017;20:96-103.)

DOI: 10.5505/kpd.2017.75047

### SUMMARY

**Objective:** The aim of this study was to examine the Patient-Therapist Interaction Assessment Form (PTIA-F), which was developed to predict psychotherapy dropouts from third session of a psychotherapy process. **Method:** The PTIA-F was developed by the authors based on the studies which were focused on therapeutic alliance ruptures, prevention of psychotherapy dropouts and the relationship between alliance ruptures and dropouts. The PTIA-F has 42 items and score range is between -15 and +27. In parallel with the aim of the study 4 clinical psychologist rated dropped out (n=19,14 female and 5 male,  $M_{Age}=22.68$ ,  $SD_{Age}=3.83$ ) and completed psychotherapies' (n=20,15 female and 5 male,  $M_{Age}=28.08$ ,  $SD_{Age}=7.36$ ) third sessions according to the PTIA-F. **Results:** The dropout and completed process groups were not differentiate in terms of Early Close Relationship Inventory-II and Symptom Checklist; therapeutic alliance rating in 3rd sessions and therapists age. The patients' age was significantly lower in dropout group. Results showed that the PTIA-F has strong interrater reliability ( $ICC=0.50-0.71$ ,  $F(41,123)=2.02-3.47$ ,  $p < .01$ ). The t-test result which was conducted to test the PTIA-F between groups, was not statistically significant but there was promising results for the future studies ( $M_{Dropout}=4.26$ ,  $SD_{Dropout}=5.35$ ;  $M_{Completed}=3.45$ ,  $SD_{Completed}=3.33$ ). **Conclusion:** Although the PTIA-F has promising results to predict psychotherapy dropouts from early phase of psychotherapy process, further studies examining the psychometric properties of the instrument more comprehensively are needed.

**Key Words:** Psychotherapy, Patient Dropout, Prevention

## GİRİŞ

Ruh sağlığı tedavisi ihtiyacı olanların ve tanılabılır sorunları olan insanların sadece %11'inin tedaviye başvurduğu; tanı alamayacak olsa da çeşitli ruh sağlığı sorunları yaşayan insanların ise sadece %2'sinin tedavi arayışı içinde olduğu belirtilmektedir (1). Psikoterapi randevusu alıp ilk seansa dahi gelmeyen hastaların oranının ise %50'ye kadar çıktığı bilinmektedir (2). Seanslara gelen hastaların bir kısmı da psikoterapilerini erken sonlandırmaktadır. Psikoterapinin yarıda bırakılması (PYB) alan yazında tartışılmaya başlanan bir konudur. PYB'yi özetle, hastanın tedaviye başlaması ancak kendisini tedaviye getiren sorunlarından kurtulmadan tedaviyi bırakması olarak tanımlamak mümkündür (3, 4). Yapılan çalışmalar PYB'nin yaygın ve önemli bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır (5). PYB, terapist ve ilişki değişkenlerinin bir arada incelendiği ve bir meta analiz çalışması (6), 10.452 hastayı kapsayan 30 çalışmanın ortalama PYB oranının %35 olduğunu ve çalışmaların PYB oranlarının %16 ile %69 arasında değiştiğini göstermiştir.

PYB ile ilişkili değişkenleri iki genel sınıfta incelemek mümkündür: (1) terapiye ve terapist, (2) hastaya ilişkin değişkenler. Örneğin, terapistlerin deneyimi, eğitimi ve becerileri, somut ve duygusal olarak destekleyici olmaları PYB oranlarını belirleyen terapist değişkenleri olarak öne çıkarken; terapötik ittifakın niteliği, hastanın memnuniyetsizliği ve terapi öncesi hazırlıklılık PYB oranlarını etkileyen diğer değişkenler olarak dikkat çekmektedir (7). Hastalara ilişkin değişkenler ise yakın zamanlı bir çalışmada ele alınmıştır (8). Yaş, cinsiyet, etnik köken, eğitim seviyesi ya da medeni durumdan bağımsız olarak hastanın sürece ilişkin tercihlerinin süreçle örtüşmesinin daha iyi terapi sonucu ve daha az PYB oranıyla ilişkili olduğu görülmüştür. Sonuçlar hiçbir hasta değişkeninin hastanın tercihleri, terapi sonucu ve PYB oranı arasındaki ilişkiyi etkilemediğini göstermiştir. Yani terapi tercihlerini değerlendirmek ve uyarlamak yaş, cinsiyet, etnisite, medeni durum ve eğitim seviyesinden bağımsız olarak her hasta için eşit derecede önem taşımaktadır. Hasta değişkenlerine ilişkin öne çıkan bir diğer bulgu ise, hastanın, genç, kadın, az eğitilmiş, etnik azınlık ve/veya düşük sosyo ekonomik düzeyden olmasına bağlı olarak PYB

olasılığının arttığı ile ilişkilidir (6).

PYB'nin, hastanın kendisi, terapist, terapi ortamının sağlandığı kurumlar ve toplum açısından ciddi olumsuz etkileri olduğu vurgulanmaktadır (9); terapi sonucu olumsuz etkilenmekte (9); servis sağlayıcılar açısından gelir ve zaman kaybı, başarısızlık hissi, moral çöküntüsü gibi etkileri bulunmaktadır (6, 10, 11, 12). Ayrıca PYB olgusunun anlaşılmasının diğer bir önemi de terapiye devam eden hastalara göre, terapiyi bırakan hastaların, uzun erimde, süregelen hastalıklardan mustarip hastalar olma olasılığının olmasıdır (6). Bu bağlamda, PYB'nin önlenmesine yönelik olarak çeşitli önerilerin olduğu bilinmektedir ancak PYB'yi önleyebilmek için ilk adım bunun ardındaki mekanizmayı anlamak ve PYB'yi öngörebilmektir.

Bu çalışmanın amacı PYB olabilecek terapi süreçlerini, terapötik ittifakın oluşmaya başladığı zamanlar olan (13), psikoterapi sürecinin başında tespit edebilmeye olanak sağlamak için bir gözlemci formu oluşturmak ve bu forma ilişkin öncül analizleri yapabilmektir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Örneklem

**Gözlemciler:** Hacettepe Üniversitesi Psikoterapi Araştırmaları Laboratuvarı'nın (HÜPAL) birer üyesi olan 4 gözlemcinin tümü klinik psikoloji doktora öğrencisidir. Gözlemcilerin tamamı kadındır (OrtYaş= 25.5, SSYaş=0.58). Gözlemcilerin lisans eğitimleri üzerine aldıkları klinik psikoloji eğitiminin ortalama süresi 3.5 yıldır (SS=0.58). Gözlemcilerin tümü Bilişsel Davranışçı Terapi ve Şema Terapi yaklaşımlarında kuramsal ve uygulamalı eğitimler almışlardır ve gözlemlerin yapıldığı dönemlerde ilgili yaklaşımlarla hasta takibi yapmaktaydılar. Değerlendirme sürecinden önce gözlemcilere eğitim verilmiş ve örnek bazı görüntüler izlenerek değerlendirme uygulaması yapılmıştır. Yargıcılar arası güvenilirlik ile ilgili hesaplamalar ilgili bölümünde ayrıntılı olarak sunulmuştur.

**Seanslar:** HÜPAL'de takip edilen vakalar Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Yetişkin Psikiyatri Bölümü ya da Hacettepe Üniversitesi Beytepe Sağlık Merkezi'nden yönlendirilmektedir. Terapiler, klinik psikolojide ve psikoterapi alanında 15-25 yıllık terapi ve süpervizyon deneyimi olan öğretim üyeleri tarafından süpervize edilen ve lisansüstü eğitimine devam etmekte olan klinik psikologlar ve klinik psikolog adayları tarafından yürütülmektedir. Değerlendirilen seansların bilgileri Tablo 1'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

### Araçlar

Terapötik İttifak Ölçeği-Hasta ve Terapist Formu (TİÖ): Yedili likert tipinde (1: Hiçbir Zaman, 7: Her zaman) 36 maddeden oluşan ölçeğin hasta ve terapist formları bulunmaktadır (14), Ölçek, Bordin'in kuramlar üstü terapötik ittifak kavram-sallaştırmasına (15) uygun olarak 12'şer maddeden oluşan üç alt faktöre ayrılmıştır: görev ("Sorunumu ele alma yollarımızın doğru olduğuna inanıyorum."), amaç ("Terapistim ve ben, ortak hedeflerimize doğru ilerliyoruz.") ve bağ ("Terapistim ve ben birbirimize güveniyoruz."). Türkçe uyarlama çalışmasında hasta ve terapist formlarının iç tutarlılık değerleri sırasıyla 0.90 ve 0.96'dır (16). Ölçekten alınan puanlar arttıkça terapötik ittifakın niteliğinin de arttığı düşünülmektedir. Ölçek genel bir terapötik ittifak puanı verebileceği gibi alt faktörlerin ayrı ayrı değerlendirilmesi de mümkündür.

**Belirti Tarama Listesi (SCL-90):** SCL-90, psikolojik sorunları ve psikopatolojik belirtileri tarama amacıyla oluşturulmuş 90 maddeden oluşmakta ve 5'li likert türü (1: Hiç, 5: İleri Düzeyde) ölçek üzerinde puanlanmaktadır (17). Dokuz alt boyuttan oluşan araçta (Somatizasyon, Obsesif-kompulsif, Kişilerarası duyarlık, Depresyon, Kaygı, Düşmanlık, Fobik kaygı, Paranoid düşünce, Psikotizm) ayrıca bir ek ölçek yer almaktadır ve ölçekte 3 genel puan (genel belirti düzeyi, pozitif belirti düzeyi ve pozitif belirti toplamı) hesaplanabilmektedir. Ölçeğin Türkçe formunun Cronbach alfa değeri 0.97'dir (18). "Baş ağrısı", "Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma" gibi maddeleri olan ölçekten alınan puan arttıkça ilgili alandaki belirtiselliğin de arttığı düşünülmektedir.

**Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (YİYE-II):** Fraley, Waller ve Brennan (19) tarafından geliştirilen ölçekte 18'i kaygı ("Birlikte olduğum kişiyi kaybetmekten korkarım"), 18'i kaçınma ("Gerçekte ne hissettiğimi birlikte olduğum kişiye göstermemeyi tercih ederim").alt faktöründe olmak üzere yedili likert tipinde (1: Hiç katılmıyorum, 7: Tamamen katılıyorum) toplam 36 madde vardır. Türkçe formun kaçınma ve kaygı alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayıları sırasıyla 0.90 ve 0.86'dır (20). Ölçekten alınan puanın artması ilgili boyutla bağlantılı olarak güvensiz bağlanmanın arttığını düşündürmektedir.

**Tablo 1. Değerlendirilen Terapi Süreçlerine İlişkin Betimsel Veriler**

	Terapistin Eğitimi	Terapi Yaklaşımı	Terapistin Cinsiyeti	Terapistin Yaşı	Hastanın Cinsiyeti	Hastanın Yaşı	SCL-90 Ön Ölçüm
PYB (n=19)	12 (%63.2) YL Öğrencisi 7 (%36.8) Doktora Öğrencisi	7 (%36.8) BDT 5 (%26.3) ŞT 7 (%36.8) Psikodinamik	18 (%94.7) Kadın 1 (%5.3) Erkek	Ranj = 23-28 Ort. = 24.79 SS = 1.42	14 (%73.7) Kadın 5 (%26.3) Erkek	Ranj = 19-32 Ort. = 22.68 SS = 3.83	Ranj = 0.47-3.34 Ort. = 1.77 SS = 0.76
Tamamlanan (n=20)	13 (%65) YL Öğrencisi 7 (%35) Doktora Öğrencisi	11 (%55) BDT 5 (%25) ŞT 4 (%20) Psikodinamik	18 (%90) Kadın 2 (%10) Erkek	Ranj = 23-28 Ort. = 24.69 SS = 1.14	15 (%75) Kadın 5 Erkek (%25)	Ranj = 29 - 47 Ort. = 28.08 SS = 7.36	Ranj = 0.60 - 3.16 Ort. = 1.57 SS = 0.78

SCL-90: Kısa Belirti Ölçeği, YL: Yüksek Lisans Öğrencisi, BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi, ŞT: Şema Terapi

**Hasta Terapist Etkileşimleri Değerlendirme Formu (HTED-F):** 42 maddelik form üç temel parçaya ayrılmıştır: Hasta Davranışları (HD, 17 madde, "Hasta, terapist hakkında yakınmalarda bulunur"), Olumsuz Terapist Davranışları (OzTD, 10 madde, "Terapist hastaya karşı yargılayıcı ifadeler kullanır") ve Olumlu Terapist Davranışları (OTD, ters puanlanan 15 madde, "Terapist, hastanın terapi süreci ve/veya geleceğe dair umudunu güçlendirmek üzere açıklamalarda bulunur"). Form, 0-1 (Yok/Var) şeklinde puanlanır ve formdan alınabilecek toplam puan -15 ile +27 arasındadır. Alınan puanın artmasının PYB ile ilişkili olabileceği varsayılmaktadır. Bir seansın HTED-F puanı hesaplanırken HD ve OzTD'den alınan puanların toplamından OTD puanları çıkartılmalıdır. 0 puan bir davranışın o seansta hiçbir şekilde görülmediği anlamına gelirken 1 puan o davranışın gözlemlenebildiği anlamına gelmektedir. Formu oluşturan maddeler terapötik ittifakta kırılma (21), PYB'yi önleme (22) ve kırılma ve PYB arasındaki ilişkiye odaklanan çalışmalardan alınmıştır (23).

## İşlem

Çalışma için Hacettepe Üniversitesi Etik Kurul'undan izin alınmıştır. Gözlemcileri aracın kullanımı hakkında eğitim verilmiş daha sonra da 3 ayrı seansın bağımsız olarak değerlendirilmesi istenmiştir. Ardından veri havuzunda yer alan ve PYB ile sonuçlanan süreçler ile tamamlanan süreçlerin 3. seanslarının görüntü kayıtları değerlendirilmek üzere gözlemcilere iletilmiştir. Alan yazında 3. seansın terapötik ittifak gibi önemli süreçler için kritik olduğunu vurgulandığından (13). oluşturulan formun sınanabilmesi amacıyla PYB ile sonuçlanan süreçlerin 3. seansları ile PYB olmayan süreçlerin 3. seanslarının gözlemciler aracılığıyla değerlendirilmesi yapılmıştır.

## BULGULAR

### Yargıcılar Arası Güvenirlik

Yargıcılar arası uzlaşım düzeyi, Sınıf-İç Korelasyon Katsayısı (ICC) tekniği kullanılarak hesaplanmıştır. Güvenirlik katsayıları, tüm yargıcıların değerlendirdiği üç farklı seans için iki yönlü seçkisiz etki (two-way random effect) ICC mutlak uzlaşım yön-

temi kullanılarak hesaplanmıştır. Analizler sonucunda elde edilen değerler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Analiz sonuçları her üç örnekte de yargıcılar arasındaki uyumun anlamlı olduğunu ( $ICC=0.50-0.71$ ,  $F(41, 123)=2.02-3.47$ ,  $p < .01$ ) göstermiştir. Bu uyum düzeylerinin ise orta ile güçlü bir uzlaşım düzeyi arasında olduğu söylenebilmektedir (24).

### PYB Olan ve Olmayan Süreçlerin Bazı Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

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

Gruplardaki hasta ve terapistlerin yaşlarının farklılaşp farklılaşmadığını görmek amacıyla iki ayrı bağımsız gruplar için t-test analizi yürütülmüştür. Analiz sonuçlarının özeti Tablo 3'te verilmiştir. Levene testi terapistlerin yaşları için gruplar arasındaki varyansların eşit olduğu sonucunu vermiştir. T-test sonucu da gruplar arasında fark olmadığını göstermiştir,  $t(37) = -0.24$ ,  $p > .05$ . Buna göre PYB olan gruptaki terapistlerin yaşı (Ort.=24.79,  $SS=1.42$ ) ile PYB olmayan gruptaki terapistlerin yaşı arasında (Ort.=24.69,  $SS=1.14$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Hastaların yaşları için, Levene testi gruplar arasındaki varyansın eşit olmadığı sonucunu vermiştir. T-test sonucu ise gruplardaki hastaların yaşları arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermiştir,  $t(28.89) = 2.89$ ,  $p < .01$ . Buna göre PYB olan gruptaki hastaların yaşı (Ort.=22.68,  $SS=3.83$ ), PYB olmayan gruptaki hastaların yaşından (Ort.=28.08,  $SS=7.36$ ) anlamlı olarak daha düşüktür.

Grupların ön ölçüm SCL-90 puanları açısından farklılaşp farklılaşmadığına bakmak için bağımsız gruplar için t-test analizi yürütülmüştür. Analiz sonuçlarının özeti Tablo 3'te verilmiştir. Levene testi, gruplar arasındaki varyansların eşit olduğunu sonucunu vermiştir. T-test sonucu ise gruplar arasında fark olmadığını göstermiştir,  $t(37) = -0.503$ ,  $p > .05$ . Buna göre PYB olan grup (Ort.=1.60,  $SS=0.78$ ) ile PYB olmayan grup arasında (Ort. = 1.72,  $SS = 0.76$ ) SCL-90 puanları açısından

**Tablo 2. ICC Değerleri**

Boyut	Cronbach Alfa	%95 Güven Aralığı		Sd <sub>1</sub>	Sd <sub>2</sub>	F	p
		ICC Ortalama					
Örnek 1	0.71	0.71 (0.54-0.83)		41	123	3.47	.000
Örnek 2	0.71	0.71 (0.53- 0.83)		41	123	3.47	.000
Örnek 3	0.50	0.50 (0.20- 0.70)		41	123	2.02	.002

istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Grupların ön ölçüm YİYE-II puanları açısından farklılaşp farklılaşmadığına bakmak için tek yönlü MANOVA analizi yürütülmüştür. İlişkili betimsel verilerinin özeti Tablo 4'te yer almaktadır. Sonuçlar gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir, Wilks'  $\lambda = 0.96$ ,  $F(2,36) = 0.67$ ,  $p > .05$ . Buna göre PYB olan grup (Ort. = 4.66 - 3.54, SS = 1.03 -.96) ile PYB olmayan grup arasında (Ort. = 4.33-3.76, SS = 1.06 - 1.17) istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Grupların değerlendirilen seanslarına ilişkin terapötik ittifak ölçümlerinin farklılaşp farklılaşmadığına bakmak için tek yönlü MANOVA analizi yürütülmüştür. İlgili betimsel verilerinin özeti Tablo 4'te yer almaktadır. Sonuçlar gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir, Wilks'  $\lambda = 0.97$ ,  $F(2,36) = 0.53$ ,  $p > .05$ . Buna göre PYB olan grup (Ort. = 5.81 - 5.52, SS = 0.48 - 0.83) ile PYB olmayan grup arasında (Ort. = 5.66 - 5.56, SS = 0.61 - 0.64) istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

### PYB Olan ve Olmayan Süreçlerin HTED-F Açısından Karşılaştırılması

HTED-F'nin PYB olan ve olmayan terapi süreçlerini ayırt edip edemeyeceğini görebilmek için bağımsız gruplar için t-test analizi yürütülmüştür. Analiz sonuçlarının özeti Tablo 3'te verilmiştir. Levene testi gruplar arasındaki varyansların eşit olduğu sonucunu vermiştir. T-test sonucu ise gruplar arasında fark olmadığını göstermiştir,  $t(37) = 0.57$ ,  $p > .05$ . Buna göre PYB olan grup (Ort. = 4.26, SS = 5.35) ile PYB olmayan grup arasında (Ort. = 3.45, SS = 3.33) HTED-F puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

### TARTIŞMA

Alan yazında yer alan bilgiler incelendiğinde PYB'yi öngörmek üzere çeşitli değişkenlerin ele alındığı ancak buna dair bulgular arasında bir tutarlılık olmadığı dikkat çekmektedir. Ayrıca, terapist deneyimi, hastanın tercihleri gibi değişkenlerin "seans içi" değil "seans dışı" değişkenler olduğu söylenebilir. Bizim çalışmamızda ise hasta terapist etkileşimleri, "seans içi" düzeyde incelenmiş ve

**Tablo 3. PYB Olan ve Olmayan Gruplardaki Terapist ve Hastaların Yaşlarının, SCL -90 ve HTED-F Puanlarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bağımsız Gruplar İçin T -Test Sonuçları**

	Gruplar						95% Güven Aralığı Ortalama Farkı	t	Sd	p
	Tamamlanan			PYB Olan						
	Ort.	SS	n	Ort.	SS	n				
Terapistlerin Yaşı	24.69	1.14	20	24.79	1.42	19	-0.93, 0.74	-0.24	37	.81
Hastaların Yaşı	28.08	7.36	20	22.68	3.83	19	1.58, 9.21	2.89	28.89	.007
SCL-90	1.72	0.76	20	1.60	0.78	19	-0.63, 0.38	-0.50	37	.62
HTED-F	3.45	3.33	20	4.26	5.35	19	-2.06, 3.69	0.57	37	.57

SCL-90: Belirti Tarama Listesi, HTED -F: Hasta Terapist Etkileşimi Değerlendirme Formu

**Tablo 4. YİYE -II Puanlarına İlişkin Betimsel Veriler**

	Tamamlanan			PYB Olan		
	Ort.	SS	n	Ort.	SS	n
YİYE-II Kaygı	4.33	1.06	20	4.66	1.03	19
YİYE-II Kaçınma	3.76	1.17	20	3.65	0.96	19
TİÖ-H (3. Görüşme)	5.66	0.61	20	5.81	0.48	19
TİÖ-T (3. Görüşme)	5.56	0.64	20	5.52	0.83	19

YİYE-II: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri, TİÖ -H: Terapötik İttifak Ölçeği Hasta Formu, TİÖ-T: Terapötik İttifak Ölçeği Terapist Formu

konuya farklı bir bakış açısıyla yaklaşmak hedeflenmiştir. Bu şekilde bir yaklaşımın izlenmiş olmasının nedenleri arasında (a) terapist ya da süpervizörlerin en kolay şekilde müdahale edebileceği alanın hastanın ya da terapistin terapiye getirdiği değişkenler değil terapi seansının kendisi olması, dolayısıyla bu alana yönelik müdahalelerin sonuçlarını daha kısa vadede görmenin olanaklı olması; (b) alan yazında yer alan terapötik ittifak ve PYB arasındaki ilişkiyi gösteren güçlü bulguların (7, 25, 26, 27). seans içi etkileşimin önemini öne çıkarması ve (c) Swift ve arkadaşlarının (22) PYB'yi önlemek, PYB oranlarını azaltmak üzere yaptığı uygulama önerilerinin seans içi düzeyde olması yer almaktadır.

Yargıcılar arası güvenilirlik hesaplamaları göstermiştir ki çalışmada yer alan yargıcıların tutarlılıkları orta ve güçlü düzeydedir (24). PYB olan süreçlerle karşılaştırmak üzere çalışmaya dahil ettiğimiz tamamlanan süreçlerin terapi sonucuna dair bir bilginiz bulunmamaktadır. Son ölçümlerin gözetilmesinin daha rafine bilgiler sağlayabileceği yönünde bulgular (26) mevcut olsa da PYB olmayan gruptaki bazı hastalara ait ölçümlerin eksik olmasından dolayı "sonuç" değişkenlere yönelik (iyi, kötü, değişim yok gibi) bir değerlendirme yapılamamıştır.

HTED-F'nin ayırıcı gücü sınanmadan önce grupların bazı özellikleri karşılaştırılmıştır. Analizler sırasında terapistlerin yaşının gruplar arasında anlamlı bir biçimde farklılaşmadığı ancak PYB olan gruptaki hastaların yaşlarının PYB olmayan gruptaki hastaların yaşlarına göre daha düşük olduğu görülmüştür. Her iki gruptaki hastaların cinsiyetlerine ilişkin frekanslar neredeyse aynı

olmakla birlikte hastaların çoğunluğunun kadın olduğu da görülmektedir. Hastaların kadın ve daha genç olmasının PYB oranlarını arttırabileceği yönündeki bilgi (6) ışığında bunun PYB olan ve olmayan süreçleri farklılaştırmış olabileceği değerlendirmeye alınmalıdır. Ancak bu bilgiye de şüpheyle yaklaşmakta fayda vardır, çünkü yaşın ve cinsiyetin PYB oranlarına etki ettiğine dair çelişkili bulgular da mevcuttur (8).

HTED-F'nin ayırıcı gücünü sınamak için yapılan analizin sonucu anlamlı çıkmamıştır yani HTED-F'nin her iki grubu birbirinden istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde ayıramamıştır. Ancak her iki grubun HTED-F puanlarının ortalama değerleri göz önüne alındığında gelecekte yapılabilecek çalışmalarda HTED-F'nin geliştirilerek kullanılabilmesinin mümkün olduğu da düşünülmektedir.

Her iki grubun istatistiksel olarak ayrışmamasının çeşitli nedenleri olabilir: (i) Gözlemciler verilen eğitim ve yönerge yetersiz kalmış olabilir. (ii) Değerlendirilen süreçlerin terapötik ittifak açısından farklılaşmadığı da dikkate alınmalıdır. HTED-F' genel olarak terapötik ittifaka benzer bir süreç olan hasta-terapist etkileşimine odaklanmış olması anlamlı farkın ortaya çıkmamasının olası nedenleri arasındadır. (iii) Gözlemcilerden gelen geri bildirimler arasında, üçüncü seansların daha çok "teknik" seanslar olduğu, bu seansların yaklaşım tanıtma ya da hikâye alma gibi görece yapılandırılmış bir biçimde ilerleme gibi bir özelliği olduğu; bu nedenle de 3. seansların, HTED-F açısından değerlendirilmesinin zorlayıcı bir süreç olduğu bilgisi yer almaktadır. Bu geribildirim de gruplar arasında fark yaratabilecek davranışların bu seanslarda gözlemlenememiş olduğuna dair

bilgi sağlamaktadır. İleride yapılacak çalışmalarda en azından ilk üç seansın gözlemciler tarafından değerlendirilmesi ve seansların ayırt ediciliğinin sınanması yararlı olacaktır.

Daha önce çeşitli biçimlerde PYB'yi öngörmenin mümkün olup olmadığının sınındığı bilinmektedir. Örneğin, Psikoterapi Beklenti Envanteri kullanılarak, süreçlerin başında PYB oranı tahmin edilmeye çalışılmış (28) ya da eldeki demografik bilgiler ışığında böyle bir saptama yapmaya çalışılmıştır (8, 29, 30, 31, 32). Ancak seans içi hasta-terapist etkileşimi ile PYB'yi öngörmeye yönelik yalnızca bir çalışmanın varlığı bilinmemektedir (33). Bu çalışmada da psikoterapi sürecinin başındaki hasta-terapist etkileşimleri kullanılmamıştır. Bu bilgiler ışığında, HTED-F benzeri bir aracın PYB'yi öngörebilmek amacıyla ilk defa kullanılmış olabileceği düşünülmektedir. Bu açıdan HTED-F'nin umut vadeden bir araç, elde edilen bulguların bir ön çalışma için tatmin edici ve ilerideki çalışmaların buradan elde edilen bilgi ve bulgular üzerinde temellenmesinin mümkün olduğu söylenebilir.

Psikoterapi araştırmalarının önemli sorunlarından biri olan örneklem darlığı bu araştırma için de bir sorun olmuş olabilir. HTED-F açısından grupların ortalama puanları arasında bir farkın olması ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmamasının nedenlerinden biri HTED-F'nin ayırt edici gücündeki olası zayıflığa ek olarak örneklemimizde yer alan süreçlerin sayısının kısıtlı olması olabilir. Her ne kadar terapi yaklaşımının PYB oranlarına etki etmediğine dair bulgular olsa da (34), gruplardaki terapi yaklaşımlarının dengelenmemiş olması ve her bir terapi yaklaşımına dair görece az sayıda süreç olması elde edilen sonuçların genellenebilirliğini azaltmış olabilir. Benzer bir durum hastaların yaşları arasındaki farklılaşma için de geçerlidir. Hastaların yaşlarının da kontrol edildiği bir araştırma ve istatistiksel analiz yöntemi benimsemek ileride yapılacak çalışmaların gücünü arttıracaktır. Son olarak, PYB olmayan grubun, "iyi sonuç", "kötü sonuç", "değişim yok" gibi ayrıştırılmamış olması da araştırma sonunda HTED-F açısından gruplar arasında bir fark çıkmamasına neden olmuş olabilir. HTED-F açısından PYB olan gruplar ile tamamlanan ancak "kötü sonuç" ve "değişim yok"

olarak gruplanan süreçler arasında bir fark olmaması ancak "iyi sonuç" olarak gruplanabilen süreçler açısından bu şekilde bir farklılığın ortaya çıkması olasıdır. İlerideki araştırmaların, özellikle bu konuyu göz önünde bulundurması yararlı olacaktır.

\*Bu çalışma birinci yazarın ikinci yazar danışmanlığında yürüttüğü doktora tezinin bir parçasıdır. Çalışmada bahsi geçen araç birinci yazardan edinilebilir.

---

Yazışma adresi: Kln. Psk. Dr. İ. Volkan Gülüm, Dumlupınar Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Anabilim Dalı, Kütahya volkanglm@gmail.com

---

## KAYNAKLAR

1. Vogel DL, Wade NG, Hackler AH.. Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *J Couns Psychol* 2007; 54: 40-50.
2. Garfield SL Research on client variables in psychotherapy. AE Bergin, SL Garfield (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, fourth ed., New York, Wiley & Sons, 1994, p. 190-228.
3. Hatchett GT, Park HL Comparison of four operational definitions of premature termination. *Psychotherapy* 2003; 40:226-231.
4. Swift JK, Callahan JL, Levine JC. Using clinically significant change to identify premature termination. *Psychotherapy* 2009; 46:328-335.
5. Barrett MS, Chua WJ, Crits-Christoph P, Gibbons MB, Casiano D, Thompson D. Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy* 2008; 45:247-267.
6. Baekeland F, Lundwall L. Dropping out of treatment: A critical review. *Psychol Bull* 1975; 82:738-783.
7. Roos J, Werbart A. Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychother Res* 2013; 23:394-418.
8. Swift JK, Callahan JL, Ivanovic M, Kominiak N. Further examination of the psychotherapy preference effect: A meta-regression analysis. *J Psychother Integr* 2013; 23:134-145.
9. Swift JK, Greenberg RP. Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2012; 80:547-559.
10. Klein EB, Stone WN, Hicks MW, Pritchard IL. Understanding dropouts. *J Ment Health Couns* 2003; 25:89.
11. Piselli A, Halgin RP, MacEwan GH. What went wrong? Therapists' reflections on their role in premature termination. *Psychother Res* 2011; 21:400-415.
12. Sledge WH, Moras K, Hartley D, Levine M. Effect of time-limited psychotherapy on patient dropout rates. *Am J Psychiatry* 1990; 147:1341-1347.
13. Stiles WB, Goldsmith JZ. The alliance over time. JC Muran, JP Barber (eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*, New York, The Guilford Press, 2010, p.44-62.
14. Horvath AO, Greenberg LS. Development and validation of the working alliance inventory. *J Couns Psychol* 1989; 36:223-233.
15. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy* 1978; 16:252-260.
16. Soygüt G, Işıklı S. Terapötik İttifakın değerlendirilmesi: Terapötik İttifak ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 2008; 19:398-408.
17. Derogotis LR. SCL-R-90: Administration, Scoring and Procedures Manual, Baltimore, Clinical Psychometrics Research, 1977.
18. Dağ İ. Belirti tarama listesi (scl-90-r)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Derg* 1991; 2:5-12.
19. Fraley RC, Waller NG, Brennan KA. An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *J Pers Soc Psychol* 2000; 78:350-365.
20. Selcuk E, Gunaydin G, Sumer N, Uysal A. Yetişkin bağlanma boyutları için yeni bir ölçüm: Yakın İlişkilerde yaşantılar envanteri-ii'nin türk örnekleminde psikometrik açıdan değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları* 2005; 8:1-11.
21. Eubanks CF, Muran JC, Safran JD. Rupture Resolution Rating System (3RS): Manual. Yayınlanmamış yönerge, New York, Mount Sinai-Beth Israel Medical Center, 2015.
22. Swift JK, Greenberg RP, Whipple JL, Kominiak N. Practice recommendations for reducing premature termination in therapy. *Prof Psychol Res Pr* 2012; 43:379-387.
23. Gülüm İV. Psikoterapinin Yarıda Bırakılması (PYB) ve Terapötik İttifakın Niteliksel Olarak İncelenmesi: Seans İçi Hasta-Terapist Etkileşimleri İle PYB'yi Öngörebilmek Mümkün Mü? Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2015.
24. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33:159-174.
25. Robbins MS, Liddle HA, Dakof GA, Turner CW, Alexander JF, Kogan SM. Adolescent and parent therapeutic alliances as predictors of dropout in multidimensional family therapy. *J Fam Psychol* 2006; 20:108-116.
26. Samstag LW, Batchelder ST, Muran JC, Safran JD, Winston A. Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy: An assessment of therapeutic alliance and interpersonal behavior. *J Psychother Pract Res* 1998; 7:126-143.
27. Sharf J, Primavera LH, Diener MJ. Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy* 2010; 47:637-645.
28. Aubuchon-Endsley NL, Callahan JL. The hour of departure: Predicting attrition in the training clinic from role expectancies. *Train Educ Prof Psychol* 2009; 3:120-126.
29. Beckham EE. Predicting patient dropout in psychotherapy. *Psychotherapy* 1992; 29:177-182. doi: 10.1037/0033-3204.29.2.177
30. Keijsers GPJ, Kampman M, Hoogduin CAL. Dropout prediction in cognitive behavior therapy for panic disorder. *Behav Ther* 2001; 32:739-749.
31. Reis BF, Brown LG. Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy* 1999; 36:123-136.
32. Swift JK, Callahan JL, Vollmer BM. Preferences. JC Norcross (ed), *Psychotherapy relationships that work second ed.*, New York, NY: Oxford University Press, 2011, p. 301-315.
33. Piper WE, Ogrodniczuk JS, Joyce AS, McCallum M, Rosie JS, O'Kelly JG ve ark. Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy* 1999; 36: 114-122.
34. Swift JK, Greenberg RP. A treatment by disorder meta-analysis of dropout from psychotherapy. *J Psychother Integr* 2014; 24:193-207.