

Mekânda Terapi: Psikoterapi Yaklaşımları İç Mekân Kurgusunu Nasıl Biçimlendirir?

Therapy in Space: How Do Psychotherapy Approaches Shape Interior Spatial Design?

Fatma Zişan YOLCU^{1*} 

Gönderilme Tarihi: 16.01.2026 - Kabul Tarihi: 08.06.2026

Özet

Psikoterapi süreci yalnızca terapötik teknikler ve sözel etkileşimler üzerinden değil bu süreci çevreleyen fiziksel mekânın sunduğu koşullar üzerinden de şekillenmektedir. Terapi mekânı, terapötik ilişkinin kurulmasını, sürdürülmesini ve derinleşmesini destekleyen sessiz bir arayüz olarak işlev görmekte ve farklı psikoterapi yaklaşımlarının kuramsal varsayımları, iç mekân kurgusunda farklı tasarım beklentileri üretmektedir. Bu bağlamda çalışma, terapi mekânlarının çoğunlukla standart ve yaklaşımdan bağımsız çözümlerle ele alınmasına karşın, farklı psikoterapi yaklaşımlarının terapist-danışan ilişkisi, etkileşim biçimi, mekânsal mesafe, yönelim ve hareket serbestliği açısından farklı mekânsal ihtiyaçlar ürettiği varsayımına dayanmaktadır. Çalışmada psikanalitik, Adlerci, varoluşçu, birey merkezli, gestalt ve bilişsel davranışçı terapi yaklaşımları, 'kuram-terapötik ilişki-mekân' sistematığı çerçevesinde analiz edilmiştir. Karşılaştırmalı değerlendirmelerin yapılabilmesi amacıyla 4x4 metre ölçülerinde standart bir terapi odası tipolojisi belirlenmiş ve her yaklaşım için mekânsal organizasyon şemaları geliştirilmiştir. Bulgular, psikoterapi kuramlarının terapi mekânının organizasyonunu doğrudan etkilediğini göstermektedir. Psikanalitik yaklaşım sabit ve kontrollü bir düzen önerirken Adlerci yaklaşım eşitlikçi ve esnek bir mekânsal kurgu sunmaktadır. Varoluşçu ve birey merkezli terapiler güvenli, hiyerarşisiz ve ilişkisel alanları öne çıkarırken gestalt terapi hareket ve deneyimi destekleyen açık mekânlara ihtiyaç duymaktadır. Bilişsel davranışçı terapide ise işlevsel ve uyarlanabilir mekânsal düzenlemeler önem kazanmaktadır. Sonuç olarak çalışma, terapötik mekânların psikoterapi yaklaşımlarına özgü, esnek ve ilişki odaklı biçimde tasarlanması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Terapi odası, İyileştirici mekân, Psikoterapi kuramları, İç mekân planlanması, Terapi mekân tasarımı.

Abstract

Psychotherapy is influenced not only by clinical techniques and verbal interaction, but also by the physical environment in which it occurs. The therapy space operates as a silent interface that supports the therapeutic relationship, while different psychotherapeutic approaches generate distinct spatial requirements in interior design. This study assumes that, despite standardized designs, different approaches create specific spatial needs regarding therapist–client relationship, interaction style, spatial distance, orientation, and movement freedom. Within this scope, psychoanalytic, Adlerian, existential, person-centered, Gestalt, and cognitive behavioral therapy approaches were analyzed through a 'theory–therapeutic relationship–space' framework. A standardized 4x4 meter therapy room was defined for comparative purposes, and spatial organization schemes were developed for each approach. The findings show that psychotherapeutic paradigms directly shape spatial organization. Psychoanalytic therapy emphasizes fixed and controlled arrangements; Adlerian therapy promotes egalitarian and flexible configurations; existential and person-centered approaches prioritize safe, non-hierarchical, and relational environments; Gestalt therapy requires open and action-oriented spaces that support experiential processes; and cognitive behavioral therapy focuses on functional, structured, and adaptable settings. In conclusion, the study demonstrates that therapeutic spaces should not be treated as universal or standardized environments, but rather as flexible, relationship-oriented, and approach-specific spatial systems within interior design discourse.

Keywords: Therapy room, Healing environment, Psychotherapy theory, Interior planning, Therapy space design.

Atıf: Yolcu, F. Z. (2026). Mekânda terapi: Psikoterapi yaklaşımları iç mekân kurgusunu nasıl biçimlendirir?. *Modular Journal*, 9(1), 222-245.

¹ Işık Üniversitesi, Sanat, Tasarım ve Mimarlık Fakültesi, İç Mimarlık ve Çevre Tasarımı Bölümü, İstanbul, Türkiye. fatmazisan.yolcu@isikun.edu.tr

Extended Abstract

Introduction: Space is a multi-layered environmental component that directs individuals' behaviors, emotional states, and interpersonal interactions. Although psychotherapy aims to reduce symptoms, prevent relapse, improve social functioning, and enhance quality of life, therapy rooms are often designed with standard, neutral, and approach-independent solutions in the field of interior design. However, different psychotherapy approaches –such as psychoanalytic, Adlerian, existential, person-centered, Gestalt, and cognitive-behavioral therapy– differ significantly in terms of directiveness, interaction style, bodily awareness, experiential processes, and therapeutic distance. These differences directly reflect on the spatial dimension of the therapeutic relationship, differentiating requirements for seating arrangement, orientation, spatial distance, freedom of movement, and furniture use. While the theoretical foundations and clinical applications of psychotherapy approaches have been extensively examined in psychology and psychiatry literature, space-based, comparative, and systematic studies addressing their effects on interior organization and furniture layout remain limited. This study addresses this gap by analyzing different psychotherapy approaches and developing spatial organization proposals and plan prototypes specific to each approach.

Purpose: This study aims to examine the application methods and spatial requirements of different psychotherapy approaches and to develop spatial organization proposals that address these requirements. The objectives of this study are: (i) to analyze the application processes of different psychotherapy approaches and identify the user and spatial requirements they entail, (ii) to define the spatial organization forms that support therapeutic processes, and (iii) to generate patterns that can serve as a model for space design based on the spatial requirements for each approach.

Method: This qualitative descriptive study investigates how different psychotherapy approaches shape interior space organization. The sample was selected through purposive sampling among APA-recognized approaches that produce distinct spatial effects: psychoanalytic, Adlerian, existential, person-centered, Gestalt, and cognitive-behavioral therapy. Data were collected from secondary sources, including peer-reviewed articles, books, and institutional publications, focusing on therapeutic relationship dynamics and spatial requirements. A standard 4×4 m (16 m²) therapy room typology was established as a neutral analytical framework to enable comparative evaluation. Thematic coding was used to identify spatial requirement indicators related to seating arrangement, spatial distance, orientation, openness, freedom of movement, and furniture use. Based on the findings, spatial organization diagrams were developed for each approach. These visual representations were analyzed using comparative analysis to reveal similarities and differences in spatial usage across therapy approaches, enabling the transformation of theoretical findings into design-oriented spatial outputs.

Findings: The findings reveal that each psychotherapy approach generates distinct spatial requirements shaped by its theoretical framework and therapeutic relationship dynamics. In psychoanalytic therapy, the fixed, couch-centered arrangement minimizes visual contact between therapist and client. This spatial configuration supports therapeutic regression, free association, and the emergence of unconscious material by reducing external stimuli. In Adlerian therapy, an egalitarian layout is employed with two identical chairs positioned at 90–120° angles, leaving a 150×150 cm open circulation area. This arrangement empowers the client, reinforces democratic interaction, and allows access to therapeutic materials. Existential therapy adopts a minimalist, asymmetrical arrangement where chairs are placed side-by-side or at an angle, avoiding hierarchical distinctions. The space is kept neutral and free of distractions to foster authentic human encounter. In person-centered therapy, the seating is arranged face-to-face without a table between participants. This configuration promotes empathy, unconditional positive regard, and psychological safety, supporting the client's actualizing tendency. Gestalt therapy requires a central open space of at least 180×180 cm to accommodate experiential techniques such as the empty chair and two-chair dialogue. Movable furniture and the absence of fixed barriers enhance contact, awareness, and here-and-now experiences. Finally, cognitive-behavioral therapy features a structured, face-to-face arrangement with a table and learning surfaces such as whiteboards or digital screens. The space is highly flexible, functioning as a natural laboratory where skills can be practiced and generalized across real and virtual environments. These findings demonstrate that interior organization cannot follow a universal template but must be approach-specific.

Conclusion: This study demonstrates that psychotherapy approaches significantly shape the interior organization of therapy spaces, rejecting the notion of a universal, neutral design. Each approach generates distinct spatial requirements based on its therapeutic relationship dynamics, process structure, and intervention techniques. Psychoanalytic therapy demands fixed, couch-centered arrangements; Adlerian and existential therapies prioritize egalitarian and minimalist layouts; person-centered therapy focuses on psychological safety; Gestalt therapy requires open, experiential spaces; and cognitive-behavioral therapy needs structured yet flexible learning environments. The developed plan prototypes transform abstract theoretical principles into applicable design criteria for interior architecture. Future research should test these spatial models in real therapy settings through qualitative interviews with therapists and clients. This study provides a theoretical and spatial reference for healing environment design, bridging psychotherapy and interior design disciplines.

Keywords: Therapy room, healing environment, Psychotherapy theory, Interior planning, Therapy space design.

GİRİŞ

Mekân, bireylerin davranışlarını, duygusal durumlarını ve kişiler arası etkileşim biçimlerini yönlendiren çok katmanlı çevresel bileşenlerdir. İnsanların sosyal varlıklar olması nedeniyle insan-mekân etkileşimi yalnızca maddi düzeyde değerlendirilemez. Bu nedenle mekân tasarımında fiziksel özelliklerin yanı sıra insanın sosyal yönü de çok boyutlu olarak ele alınmalıdır. Bir mekânın analiz edilmesi ve iyileştirilmesi için insanın anlaşılması ve mekânın tüm parametreleriyle tanımlanması gerekmektedir (Yolcu ve Aydın, 2024, s. 162).

Psikoterapi; semptomları azaltmayı, gelecekteki nöksleri önlemeyi, sosyal işlevselliği iyileştirmeyi ve yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen, temelleri psikolojik kuramlara dayanan bir tedavi yöntemidir. Özellikle uzun süreli psikanalitik terapiler, yalnızca semptom giderimine odaklanmakla kalmayıp bireyin kişilik yapısında kalıcı değişiklikler oluşturmayı ve kişinin yaşamın zorluklarıyla daha etkili biçimde başa çıkabilmesini amaçlamaktadır. Bu bağlamda psikoterapinin uygulanış biçimi ve terapi sürecinin özellikleri, benimsenen kuramsal yaklaşıma göre farklılık göstermektedir (Corey, 1991). Ancak terapötik mekânların bu çok boyutlu etkisine rağmen iç mekân tasarım pratiğinde söz konusu mekânların çoğunlukla standart, nötr ve yaklaşımdan bağımsız çözümler üzerinden ele alındığı görülmektedir (Liddicoatt, 2020, s. 111). Bu yaygın anlayışın aksine terapötik mekânlar, terapötik sürecin niteliğini etkileyen, terapistle danışan ilişkisini biçimlendiren ve terapötik deneyimin kurulmasına katkı sağlayan etkin mekânsal yapılarıdır.

Psikoterapi yaklaşımları, terapötik sürecin kuramsal çerçevesini, terapist ile danışan ilişkisinin yapısını ve uygulama biçimini belirleyen temel unsurlar arasında yer almaktadır. Psikanalitik, bilişsel davranışçı, kişi merkezli, gestalt ve varoluşçu terapi gibi farklı yaklaşımlar, yönlendiricilik düzeyi, etkileşim biçimi, bedensel farkındalık, deneyimsel süreçler ve terapötik mesafe gibi açılardan birbirinden belirgin biçimde ayrılmaktadır. Bu farklılıklar, terapötik ilişkinin mekânsal boyutuna doğrudan yansımakta ve oturma düzeni, yönelim, mekânsal mesafe, hareket serbestliği ve donatı kullanımı gibi iç mekân organizasyonuna ilişkin gereksinimleri de farklılaştırmaktadır. Buna karşın terapötik mekân tasarımının çoğu zaman bu yaklaşım çeşitliliğini yeterince yansıtmadığı, mekânın terapötik sürecin edilgen bir arka planı olarak konumlandırıldığı görülmektedir.

Literatürde psikoterapi yaklaşımlarının kuramsal temelleri ve klinik uygulamaları psikoloji ve psikiyatri alanlarında kapsamlı biçimde ele alınmış, terapötik ilişkinin niteliği, danışan deneyimi ve iyileşme süreçleri ayrıntılı olarak incelenmiştir. Bununla birlikte bu yaklaşımların terapötik mekânın iç mekân organizasyonu ve mobilya yerleşimi üzerindeki etkilerini mekân temelli, karşılaştırmalı ve sistematik biçimde ele alan çalışmaların sınırlı olduğu dikkat çekmektedir (Haase, 1970; Jacob vd., 2000; Sanders ve Lehmann, 2019; Sinclair, 2021; Taiwo vd., 2023). Psikoterapi yaklaşımlarının farklılığına özgü mekânsal gereksinimlerin bütüncül bir çerçevede analiz edildiği ve mekân tasarımına yönelik irdelemelerin sınırlı olması, bu alanda hâlâ önemli bir araştırma boşluğuna işaret etmektedir. Bu nedenle çalışma, psikoterapi yaklaşımlarını terapötik mekânın iç mekân organizasyonunu belirleyen bir öge olarak ele alması ve farklı psikoterapi yaklaşımlarına özgü mekânsal gereksinimlere dayalı plan şemaları önermesi bakımından önem taşımaktadır.

Bu çalışma, psikoterapi yaklaşımlarını terapi odasının iç mekân organizasyonunu doğrudan biçimlendiren tasarım belirleyicileri olarak ele almaktadır. Çalışma kapsamında, farklı psikoterapi yaklaşımlarının terapötik ilişki dinamikleri ve uygulama süreçleri analiz edilerek bu yaklaşımlara özgü mekânsal gereksinimlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Elde edilen bulgular doğrultusunda her bir psikoterapi yaklaşımı için plan prototipleri ve mekânsal organizasyon modelleri geliştirilerek terapötik mekân tasarımına yönelik yaklaşıma özgü örüntülerin ortaya konulması hedeflenmektedir. Bu yönüyle çalışma, psikoterapi ve iç mekân tasarımı disiplinleri arasında ilişki kuran, terapötik mekânın tasarım sürecine kuramsal ve mekânsal bir derinlik kazandırmayı amaçlayan özgün bir çerçeve sunmaktadır.

Araştırmanın Problemi

Psikoterapi yaklaşımları, terapötik sürecin kuramsal çerçevesini ve uygulama biçimini belirleyen temel unsurlar olmasına rağmen terapötik mekânların iç mekân organizasyonu ve mobilya yerleşimi çoğunlukla yaklaşımdan bağımsız, standart çözümler üzerinden ele alınmaktadır. Oysa farklı psikoterapi yaklaşımları, terapist-danışan ilişkisi, etkileşim biçimi, mekânsal mesafe, yönelim ve hareket serbestliği gibi mekânsal gereksinimler açısından belirgin farklılıklar göstermektedir. Literatürde psikoterapi yaklaşımlarının klinik ve kuramsal boyutları ayrıntılı biçimde incelenmiş olsa da bu yaklaşımların terapötik mekânın mekânsal kurgusu ve iç mekân organizasyonu üzerindeki etkilerini karşılaştırmalı ve sistematik biçimde ele alan mekân temelli çalışmalar sınırlıdır. Bu bağlamda psikoterapi yaklaşımları ile terapötik mekânın iç mekân organizasyonu arasındaki ilişkinin nasıl kurulması gerektiği, bu araştırmanın temel problemini oluşturmaktadır.

Araştırmanın Amacı

Çalışma, farklı psikoterapi yaklaşımlarının uygulama yöntemleri ile mekânsal gereksinimlerini inceleyerek bu gereksinimlere karşılık veren mekânsal organizasyon önerileri oluşturmayı amaçlamaktadır. Bu amaca yönelik çalışmanın hedefleri: (i) Farklı psikoterapi yaklaşımlarının uygulama süreçlerini analiz etmek ve gerektirdiği kullanıcı ve mekân gereksinimlerini belirlemek, (ii) Terapötik süreçleri destekleyen mekânsal organizasyon biçimlerini tanımlamak ve (iii) her bir yaklaşım için mekânsal gereksinimlere dayanarak mekân tasarımına yönelik model oluşturabilecek örüntüler üretmektir.

Araştırma Sorusu ve Hipotezleri

Farklı psikoterapi yaklaşımlarının ilişkisel yapılarındaki çeşitliliğin mekânsal kurguda da karşılık bulması gerektiği varsayımı araştırmanın çıkış noktasını oluşturmaktadır. Bu nedenle geliştirilen araştırma soruları, terapötik süreci biçimlendiren etkin bir tasarım bileşeni olduğunu ortaya koymayı amaçlamaktadır. Bu yaklaşım, terapötik mekân tasarımına yönelik disiplinler arası ve yaklaşıma özgü planlama stratejilerinin geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu çalışmanın temel araştırma sorusu, 'Psikoterapi yaklaşımlarındaki farklılıklar, terapötik sürecin ilişkisel dinamiklerine bağlı olarak mekânsal organizasyonu nasıl biçimlendirmektedir?' olarak belirlenmiştir.

KURAMSAL ÇERÇEVE

İyileştirici Mekân

Sağlık yapıları için mimarlık, tarihsel olarak misafirperverlik (hospitality) kavramı etrafında şekillenmiştir (Özgen, 2018, s.182). Mekânın kullanıcıyı karşılama, koruma ve destekleme işlevi sağlık hizmetlerinin temel bileşenlerinden biri olarak değerlendirilmiştir. Mekân tasarımının hastaları, hastalık süreçlerini ve iyileşme sonuçlarını etkilediği fikri, literatürde hem klinik hem de klinik olmayan ortamlarda kapsamlı biçimde ele alınmış, mekânsal düzenlemelerin bireyin fiziksel ve psikolojik durumları üzerinde belirleyici etkiler yarattığı ortaya konulmuştur (Ulrich vd., 2004). Bu bağlamda sağlık mekânları, iyileşme sürecini aktif biçimde destekleyen terapötik çevreler olarak ele alınmaya başlanmıştır.

Stichler (2001), iyileştirici çevre/ortam kavramını sağlık yapıları içerisinde hastaların iyileşme hızında fark yaratma potansiyeline sahip mekânlar olarak tanımlamaktadır. Sağlık ortamlarında hastalık sürecini olumlu yönde etkileyen çevresel uyaranların belirlenmesi, iyileşmeyi destekleyen mekânların oluşturulmasını kolaylaştırmaktadır. Harris vd. (2002), sağlık ortamlarındaki çevresel uyaranları yapının mimari özellikleri, mekânların iç tasarımı ve çevrenin fiziksel koşulları olmak üzere üç grupta sınıflandırmıştır. Mimari özellikler, oda planı ve pencere boyutları gibi kalıcı unsurları kapsarken iç mekân tasarımı renk seçimleri ve

mobilya gibi öğeleri içermektedir. Fiziksel koşullar ise aydınlatma, gürültü düzeyi ve sıcaklık gibi faktörlerden oluşmaktadır. İyileştirici mekân tasarımında bu fiziksel uyarılar, hastalık sürecini doğrudan etkileyebildiği gibi dolaylı psikolojik etkiler de yaratabilmektedir (Dijkstra vd., 2006).

İyileştirici mekânlarda çocuk kullanıcıların da bulunması, mekânın olumsuz bir bellek alanı olarak kodlanmasını engelleyecek ve iyileşme sürecini destekleyecek oyunlaştırılmış tasarım yaklaşımlarını temel bir ilke hâline getirmektedir (Yolcu vd., 2024, s. 269-270). Bu bağlamda mekânsal organizasyon, ölçek, renk, mobilya ve oyun olanaklarının kullanıcıların psikolojik ve duygusal gereksinimlerini destekleyen, iyileşme sürecini olumlu etkileyen bileşenlerle ele alınması gerekmektedir. Bu ilke, özellikle psikoterapi mekânlarında, her kullanıcı grubunun mekânla kurduğu ilişkinin terapötik süreci destekleyen ya da zayıflatan etkin bir bileşen olarak değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır.

Günümüzde iyileştirici mekân tasarımlarının araştırma konuları arasında daha fazla yer bulması, iyileşme sürecinde tıp bilimine sağladığı olumlu katkıların açık biçimde ortaya konulmasıyla ilişkilidir. Tasarımcılar, sağlık yapılarında bilimsel olarak kanıtlanmış sonuçlara katkı sunmak amacıyla iyileştirici iç mekân tasarımlarını incelemeye yönelmişlerdir. Mekânın psikolojik etkiler aracılığıyla da hastaları ve hastalık süreçlerini etkilediği kabul edilmiştir (Lundin, 2015). Literatür incelemeleri, iyileştirici mekân tasarımlarının etkili biçimde uygulanabilmesi için belirli parametrelerin tanımlanmasının gerekli olduğunu göstermektedir (Miwa ve Hanyu, 2006). Bu nedenle sağlık yapılarında iyileştirici mekânların nasıl tasarlanması gerektiğine, uygulayıcıların bakış açılarını da içerecek şekilde bütüncül bir perspektifle yaklaşılması önem taşımaktadır.

Terapi Mekânı Tasarımı

Terapi mekânı, terapötik sürecin sınırlarını belirleyen bir 'çerçeve', danışanın duygusal deneyimlerini taşıyan ve düzenleyen bir 'kapsayıcı', terapötik ilişkinin güvenli biçimde kurulmasına olanak tanıyan bir 'tutma ortamı' ve danışanın anlatısının sembolik olarak barındırıldığı bir 'simgesel mekân' olarak çok farklı tanımlanmaktadır (Sinclair, 2021, s. 119). Terapi mekânının iyileşme sürecinin başarılı tamamlanabilmesi için gerekli sosyal senaryoları/rolleri iletebilir nitelikte olması terapistler için ortak bir ihtiyaçtır (Anthony ve Watkins, 2007, s. 21). Terapinin gerçekleştiği mekânı, terapi yaklaşımlarından ve uygulama tekniklerinden bağımsız olarak iyileşme sürecini olumlu yönde etkileyen önemli bir faktördür (Lattimore, 2013, s. 8). Rogers'ın patates filizi benzetmesi ile bu durumu analogik olarak açıklamaktadır: Uygunsuz koşullardaki bir mahzende bile patatesler ışığa doğru cılız filizler verir ancak terapi mekânı, bu filizlerin yalnızca hayatta kalmaya çalıştığı karanlık bir mahzen değil sağlıklı bir şekilde serpilip büyüyecekleri, ışık alan ve besleyici bir bahçe (iklim) olarak tasarlanmalıdır (Baldwin, 1987, s.2). Terapi mekânının düzenlenmesi, bir oyunun sahnesini kurmaya benzer, mekândaki her bir öge, dikkat dağıtıcı unsurları azaltarak terapötik ilişkiyi destekleyen sessiz bir yardımcı rolü üstlenmektedir (Jones, 2020, s. 418).

Terapi mekânının iç mekân organizasyonu, danışanın kendini güvende, rahat ve hassas bilgileri paylaşmakta özgür hissettiği bir kapsayıcı ortam (holding environment) yaratmayı amaçlamalıdır. Kapsayıcı ortam, terapötik süreçte danışanın psikolojik olarak güvende hissetmesini, duygusal deneyimlerini tolere edebilmesini ve kendini açabilmesini mümkün kılan ilişkisel, yapısal ve mekânsal kapsayıcılığı ifade etmektedir (Winnicott, 1965, s.47). Bu mekânsal organizasyon, terapistin yetkinliğini destekleyen ve terapi seanslarının gereksinimlerine yanıt veren bir mekân-işlev uyumu (environment-function fit) prensibine dayanmaktadır. Anthony ve Watkins'ın (2007) yaptıkları çalışmada, araştırmaya dâhil edilen 10 terapistin ofis tasarımına ilişkin önemli konulara verdikleri yanıtların tamamında mekânda proksemi ve oturma düzenine vurgu yapıldığı görülmektedir. Terapi mekânında mobilya organizasyonu, danışanın fiziksel ve psikolojik konforunu destekleyecek şekilde dikkatle planlanmalıdır (Sanders ve Lehmann, 2019, s. 60). Saari'nin (2002) interpsişik mekân kavramı, olumlu ve olumsuz aktarımların proksemi ve kişisel alan aracılığıyla sözel olmayan mekânsal ifadesini tanımlamaktadır. Stern'e (1997) göre kişiler arası bir alan,

psikolog ile danışan arasında kendini açma için bir bağlam oluşturmaktadır. Benzer biçimde Sommer (1969) psikolojik iyileşme mekânlarında danışanların psikolojik durumlarını oturma düzenleri ve sabit olmayan fiziksel unsurların kullanımı yoluyla sözel olmayan biçimde ifade ettikleri savunulmaktadır.

Psikanalitik ve hümanistik yaklaşımlara yakın psikologların sıcak ve rahatlatıcı oturma düzenlerini tercih ettikleri, terapist-danışan ilişkisinin bir ekip ilişkisi olduğu izlenimini vermeye özen gösterdikleri belirtilmektedir. Bu doğrultuda terapist, danışandan daha yüksek bir konumda oturmamakta, çoğu zaman her iki taraf benzer koltuklarda, terapistin koltuğu danışana dönük olacak şekilde konumlandırılmaktadır. Bununla birlikte terapötik ortamın tasarımıyla ima edilen sosyal rollerin dışına çıkılmasının olumsuz sonuçlar doğurabileceği de vurgulanmaktadır. Bir terapistin deneyimi şu şekilde aktarılmaktadır: “Bir danışan sert, düz sırtlı sandalyeyi seçti. Ben de puf koltuğa oturdum ve bu durum onu gerçekten, gerçekten çok rahatsız etti” (Anthony ve Watkins, 2007, s. 21). Koltukların oturup kalkmayı zorlaştıracak kadar alçak olmamasına dikkat edilmesi gerektiği belirtilmektedir. Danışan koltuğunun bir duvara yakın konumlandırılması, danışanın kapı ve pencereleri görebileceği bir açığa sahip olması ancak kapı açıldığında danışanın doğrudan görünür olmaması önerilmektedir. Terapist ile danışan arasına yerleştirilen orta sehpa, bazı danışanlar için iletişimi engelleyen bir bariyer olarak algılanırken daha kırılabilir danışanlar için duygusal bir güvenlik sınırı işlevi görebilmektedir. Bu nedenle orta sehpa hem sosyofugal hem de sosyopetal bir nesne olarak değerlendirilmektedir (Sanders ve Lehmann, 2019, s. 63).

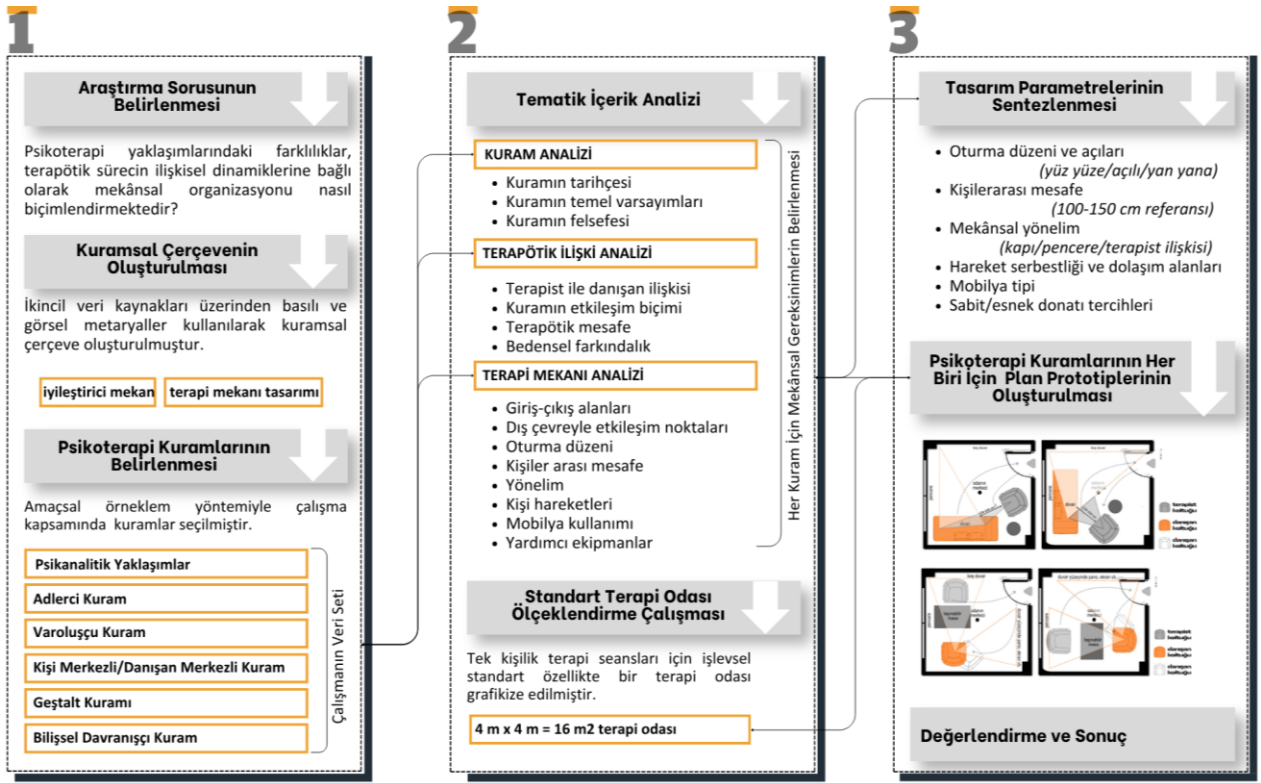
Araştırmalar, terapist ve danışan arasında 1,2 ile 1,5 metre arasında bir fiziksel mesafe bırakılmasının iletişimi ve kendini açma sürecini en iyi şekilde desteklediğini göstermektedir (Sinclair, 2020, s. 58). Koltukların hafif açılı yerleştirilmesi, doğrudan göz temasının yaratabileceği baskıyı azaltarak daha rahat bir etkileşim sağlamaktadır (Sanders ve Lehmann, 2019, s. 63). Terapistler özellikle kaygılı danışanlar için mobilyaları net ve kolay bir çıkış yolu sağlayacak biçimde yerleştirmekte, terapistin koltuğunun kapıya giden yolu kapatmamasına özen göstermektedir (Anthony ve Watkins, 2007, s. 21). Psikolog ile danışan arasındaki olası bir çatışmayı azaltmak için kullanılan yaygın bir önlem, danışanın duygusal olarak zorlanması durumunda kolay bir çıkış imkânı sağlamaktır. Ayrıca psikologlar, kaygılı danışanların net bir çıkış yolunu görmelerinin onları rahatlatığına inanarak koltuklarını kapıya giden yolun dışında konumlandırmışlardır. Mobilya düzeninde esneklik büyük önem taşımaktadır ve terapistin danışanın ihtiyacına göre mekânı yeniden düzenleyebilmesine olanak tanıyan bir organizasyon önerilmektedir (Okken vd., 2012; Rapoport, 1990).

Terapi odasının belirli köşelerine yerleştirilen taşlar ya da sanat eserleri gibi ‘topraklama nesnelere’ (grounding objects), danışanın duygusal dengesini korumasına yardımcı olabilecek odak noktaları sunabilmektedir (Taiwo vd., 2023, s. 1). Mekânın bireysel terapistten aile terapisine geçiş gibi farklı terapi türlerine uyum sağlayabilmesi için yeterli büyüklükte olması ve mobilyaların hareket ettirilebilir olması önerilmektedir (Anthony ve Watkins, 2007, s. 5). Terapistler, özellikle kaygılı danışanlar için mobilyaları net ve kolay bir çıkış yolu sağlayacak biçimde yerleştirmekte terapistin koltuğunun kapıya giden yolu kapatmamasına özen göstermektedir. Terapistler, danışanın dikkatini mevcut oturuma odaklı tutma isteğini vurgulamaktadır. Pencereler, yeşil alanlara açılan doğal manzaralar sunarak terapötik bağlamı destekleyici bir rol üstlenirken kamusal alanlara bakan pencerelerin dikkat dağıtıcı etkileri ve mahremiyet sorunları yarattığı belirtilmektedir. Bu nedenle birçok terapistin jaluzileri kapalı tuttuğu, bazı durumlarda ise üstten bant pencere kullanımının tercih edildiği ifade edilmektedir (Anthony ve Watkins, 2007, s. 21-22).

YÖNTEM

Araştırma Modeli

Bu çalışma, farklı psikoterapi yaklaşımlarının terapi mekânı tasarımında iç mekân organizasyonu üzerindeki etkilerini ortaya koymayı amaçlayan, betimleyici özellikli bir nitel araştırma olarak kurgulanmıştır. Farklı terapi yaklaşımlarının iç mekân gereksinimlerinin ve uygulama biçimlerinin mekânsal karşılıklarının neler olabileceğine dair irdelemelerin ise karşılaştırmalı analiz yöntemiyle ortaya koyulması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda çalışma üç aşamada kurgulanmıştır: (i) Psikoterapi yaklaşımlarının belirlenmesi, (ii) Bu yaklaşımlara özgü terapötik ilişki dinamikleri ve mekânsal gereksinimlerin literatür üzerinden analiz edilmesi ve (iii) Elde edilen verilerin iç mekân organizasyonuna ilişkin karşılaştırmalı değerlendirmelerin plan şemaları üzerinden yapılması şeklindedir. Çalışmanın araştırma deseni Şekil 1’de yer almaktadır.



Şekil 1. Araştırma deseni

Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evrenini, psikoterapi yaklaşımlarının terapötik süreçleri ve bu süreçlerin mekânsal gereksinimlerine ilişkin ulusal ve uluslararası literatürde yer alan kuramsal ve uygulamaya dönük çalışmalar oluşturmaktadır. Evren, psikoterapi yaklaşımlarının kuramsal temellerini, uygulama süreçlerini ve terapötik ilişki dinamiklerini ele alan psikoloji, psikiyatri, çevresel psikoloji ve iç mekân tasarımı alanlarındaki akademik kaynakları kapsamaktadır.

Araştırmanın örnekleme, Amerikan Psikoloji Derneği (APA) tarafından tanımlanan psikoterapi yaklaşımları arasından, kuramsal özgün paradigmaya dayandırılan, terapötik ilişki biçimleri ve uygulama süreçleri bakımından farklılaşan, mekânsal organizasyon üzerinde belirgin etkiler ürettiği kabul edilen yaklaşımlar arasından amaçsal örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Bu kapsamda örnekleme dâhil edilen psikoterapi

yaklaşımları şu şekilde sıralanmaktadır: (i) Psikanalitik Yaklaşımlar (Psychoanalytic Approaches-Freud), (ii) Adlerci Kuram (Adlerian Therapy), (iii) Varoluşçu Kuram (Existential Theory and Therapy), (iv) Kişi Merkezli/Danışan Merkezli Kuram ve Terapi (Person-Centered Theory and Therapy), (v) Gestalt Kuramı ve Terapi (Gestalt Theory and Therapy), (vii) Bilişsel Davranışçı Kuram ve Terapi (Cognitive Behavioral Theory and Therapy-CBT) (American Psychological Association, 2026).

Seçilen bu terapi kuramları/yaklaşımları, terapötik etkileşimin yönlendiriciliği, oturma düzenleri, mekânsal mesafe, yönelim, hareket serbestliği ve donatı kullanımı gibi mekânsal gereksinimler açısından birbirinden ayrılan özellikler göstermeleri nedeniyle araştırmanın amaçları doğrultusunda örneklem olarak belirlenmiştir. Bu çeşitlilik, farklı psikoterapi yaklaşımlarına özgü mekânsal organizasyon biçimlerinin karşılaştırmalı olarak analiz edilmesine ve her bir yaklaşım için özgün plan prototiplerinin geliştirilmesine olanak sağlamaktadır.

Verilerin Toplanması ve Çözülmesi

Çalışmanın veri grubunu, psikoterapi yaklaşımlarının uygulama süreçleri ve mekânsal gereksinimlerine ilişkin ikincil veri kaynakları oluşturmaktadır. Çalışmanın temel veri toplama aracı, ulusal ve uluslararası literatürde yer alan hakemli dergi makaleleri, akademik kitaplar, kitap bölümleri ve kurumsal yayınlardır. Bu kaynaklar aracılığıyla psikoterapi yaklaşımlarına özgü terapötik ilişki biçimleri, uygulama süreçleri ve mekânsal gereksinimlere ilişkin veriler elde edilmiştir. Literatür taraması yoluyla elde edilen ikincil veri grubu, psikoterapi yaklaşımlarının iç mekânı biçimlendirmedeki etkilerinin çözümlenebilmesi amacıyla öncelikle her bir psikoterapi yaklaşımı için 'kuram-terapötik ilişki-mekân' sistematiki çerçevesinde ele alınmıştır. Kuram, psikoterapi yaklaşımlarının kuramsal temellerini ve insan davranışına ilişkin temel varsayımlarını açıklarken terapötik ilişki, bu yaklaşımların uygulama süreçlerini ve terapötik ilişki dinamiklerini kapsamaktadır.

Mekânsal analiz birimi olarak 4x4 metre (16 m²) boyutlarında standart bir terapi oda tipolojisi belirlenmiştir. Bu ölçeğin seçilmesinde beş temel ölçüt belirleyici olmuştur: (i) Farklı psikoterapi yaklaşımlarına ilişkin mekânsal organizasyonların karşılaştırmalı olarak değerlendirilebilmesini sağlayacak nötr ve simetrik bir analiz zemini oluşturmak, (ii) Kare plan şeması, yönlendirme ve biçimsel hiyerarşi üretmeyen geometrik yapısı sayesinde, terapist-danışan ilişkisine dayalı mekânsal yerleşim kararlarının daha görünür biçimde analiz edilmesine olanak sağlaması, (iii) Literatürde tek kişilik terapi seansları için önerilen mekânsal büyüklük aralığının 12-20 m² olduğu (Anthony ve Watkins, 2007, s. 5) ve 16 m²'nin bu aralığın ortalama değerini temsil ettiği, (iv) terapist ve danışan arasında önerilen ideal mesafe olan 1.2-1.5 metrenin (Sinclair, 2021, s. 120; Sanders ve Lehmann, 2019, s. 58-63) bu ölçekte rahatlıkla sağlanabildiği, (v) farklı psikoterapi yaklaşımlarının gerektirdiği en kapsamlı mekânsal düzenlemelerin (örneğin Gestalt terapide merkezde bırakılması önerilen minimum 180x180 cm'lik boş alan) bu ölçekte karşılanabildiği görülmüştür. Bu doğrultuda 4x4 metre ölçüsü, tüm yaklaşımların karşılaştırmalı analizine olanak tanıyan optimal standart olarak belirlenmiştir.

Elde edilen literatür bilgileri kuramsal olarak ifade edildikten sonra 4x4 metre ölçülerinde standart bir oda üzerinde mobilya yerleşimlerine dair şema görselleri hazırlanmıştır. Mekân boyutunda ise oturma düzeni, mekânsal mesafe, yönelim, mekânsal açıklık, hareket serbestliği ile mobilya kullanımı gibi temalar esas alınmıştır ve her bir psikoterapi yaklaşımına ilişkin metinler tematik kodlama yöntemiyle incelenerek mekânsal gereksinimlere işaret eden ifadeler belirlenmiştir. Her bir psikoterapi yaklaşımı için elde edilen bulgular doğrultusunda mekânsal organizasyona ilişkin mekân temsili görseller hazırlanmıştır. Görseller, terapi yaklaşımlarına yönelik mekân kullanımları arasındaki benzerlik ve farklılıkların ortaya konulabilmesi amacıyla karşılaştırmalı analiz yöntemiyle değerlendirilmiştir. Verilerin çözümlenmesi, kuramsal bulguların tasarım odaklı mekânsal çıktılara dönüştürülmesini sağlayan bütüncül bir analiz yaklaşımıyla tamamlanmıştır.

BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde, araştırma kapsamında incelenen psikoterapi yaklaşımlarına ilişkin kuramsal bilgiler ile bu yaklaşımların terapötik ilişki biçimleri doğrultusunda ortaya çıkan mekânsal gereksinimler ele alınmaktadır. Terapi mekânının iç mekân organizasyonuna ilişkin kuramsal değerlendirmeler ve bu değerlendirmelere karşılık gelen mekânsal organizasyon şemaları temsili mobilyalarla sunulmaktadır.

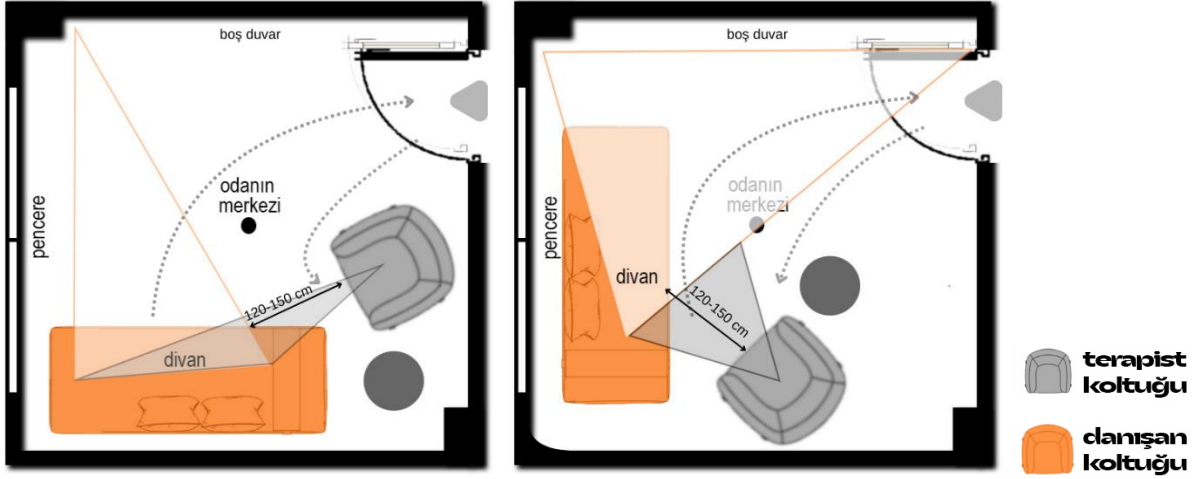
Psikanalitik Kuram ve Mekân

Psikanalitik terapi, psikopatolojinin kökeninde yatan uyumsuz benlik ve başkaları temsillerini değiştirmeyi amaçlayan, yorumlayıcı, iç görü odaklı bir yaklaşım olarak tanımlanır (Fonagy ve Kächele, 2009, s. 1340). Bu yaklaşım, bireyin ruhsal işleyişini semptom düzeyinde ele almakla sınırlı kalmayıp daha derin ve kalıcı bir kişilik değişimini hedeflemektedir. Kuramsal çerçevesi, aşağıda sıralanan temel ilkeler etrafında yapılandırılmaktadır (Zimmermann vd., 2015, s. 479). Psikanalitik yaklaşımda terapötik çalışmanın odağını, bireyin doğrudan farkındalığında olmayan bilinç dışı süreçler, içsel çatışmalar ve dürtüsel dinamikler oluşturmaktadır. Bu doğrultuda psikanaliz, bireyin kişilik örgütlenmesinde kalıcı bir dönüşüm ve gelişimsel büyümenin sağlanmasını amaçlayan yapısal bir değişim süreci olarak ele alınmaktadır. Terapötik süreç, bu derinlikli dönüşümün gerçekleşebilmesi için aktarım, direnç ve bilinç dışı çatışmaların sistematik biçimde açığa çıkarılması ve yorumlanması üzerine inşa edilmektedir (Leichsenring vd., 2005, s. 436-437). Psikanalitik yaklaşımın yıllar içinde değiştirilmesini önlemek amacıyla bu kuramın öncülerinden Freud (1966), teknikleri şu şekilde aktarmaktadır: Teknik oldukça basittir. Teknik, not alma dâhil herhangi bir özel yardımın kullanılmasını reddeder. Teknik ayrıca dikkati belirli bir şeye yoğunlaştırmak için özel bir çaba sarf etmeden kişinin duyduğu her şeyi sakince ve özenle eşit şekilde dikkate alınmasını içermektedir (akt. Ginter vd., 2022, s. 68). Freudcu terapinin genel amacı, danışanı bilinç dışı düzeyde rahatsız eden şeye odaklanmak ve bunu bilinç düzeyinde anlamlı hâle getirmektedir.

Psikanalitik süreci, terapistle danışan etkileşimine dikkatli bir şekilde odaklanmayı ve aktarım ile direncin zamanlaması düşünülerek yorumlanmasını içerir (Gabbard, 2004). Psikanalitik, diğer terapi yöntemlerine göre daha yoğun ve uzun sürelidir ve hatta yıllar sürebilmektedir. Genellikle haftada 2 ila 5 seans sıklığında uygulanır ve ortalama seans sayısı 160 ile 240 arasında planlanmaktadır. Terapist, yüzleştirme, netleştirme ve yorumlama gibi teknik yöntemlerden yararlanarak danışanın içsel yaşantılarını anlamlandırmasına yardımcı olur. Bu süreçte danışanın rüyaları, fantezileri, cinsel deneyimleri ve çocukluk anıları, bilinç dışı dinamiklerin açığa çıkarılması amacıyla derinlemesine ele alınmakta ve terapötik çalışmanın temel malzemesini oluşturmaktadır (Zimmermann vd., 2015, s. 478). Bu yaklaşımda terapi sürecinde serbest çağrışıma yönelik evrensel sembol örnekleri bulunmaktadır: Doğum (gölet, su, gizli nesnelere, göğüs), herhangi bir yuvarlak meyve, ölüm ve uzun bir yolculuğa çıkmak, iskelettir. (Ginter vd., 2022, s.71). Psikanalitik yaklaşıma ilişkin literatürde, 'kuluçka etkisi' (incubation effect) olarak adlandırılan bir olgudan söz edilmektedir. Bu etki, psikanalitik terapinin etkilerinin yalnızca terapi süreciyle sınırlı kalmadığını, terapi sürecinin tamamlandıktan sonra bile iyileşmenin yıllar içinde artarak sürdüğünü ortaya koymaktadır (Leichsenring vd., 2005, s. 135).

Psikanalitik sürecin fiziksel kurgusu, kuramın temel hedeflerinden biri olan terapötik regresyonun desteklenmesiyle doğrudan ilişkilidir. Bu bağlamda psikanalizin en ayırt edici mekânsal unsurlarından biri divan (couch) kullanımınıdır. Danışanın seans sırasında bir divan ya da kanepeye uzanması, terapistin ise genellikle danışanın görüş alanı dışında bir konumda oturması tercih edilmektedir. Bu mekânsal düzenleme, terapist ile danışan arasındaki doğrudan görsel etkileşimi azaltarak dış uyaranların geri çekilmesini amaçlamaktadır. Danışanın terapisti görmemesi ve bedeninin yarı pasif bir pozisyonda konumlanması, iç dünyaya yönelmeyi, serbest çağrışım sürecini ve bilinç dışı materyalin ortaya çıkmasını kolaylaştıran terapötik bir çerçeve oluşturmaktadır. Böylece mekân, psikanalitik çalışmanın merkezinde yer alan içsel

odaklanma ve regresyon süreçlerini sessizce destekleyen bir araç olarak işlev görmektedir (Zimmermann vd., 2015, s. 473). Elde edilen bulgular doğrultusunda standart bir terapi odasında, psikanalitik yaklaşıma özgü iç mekân plan kurguları Şekil 2’de yer almaktadır.



Şekil 2. Psikanalitik yaklaşımda terapi mekân organizasyonu (Yazar tarafından oluşturulmuştur.)

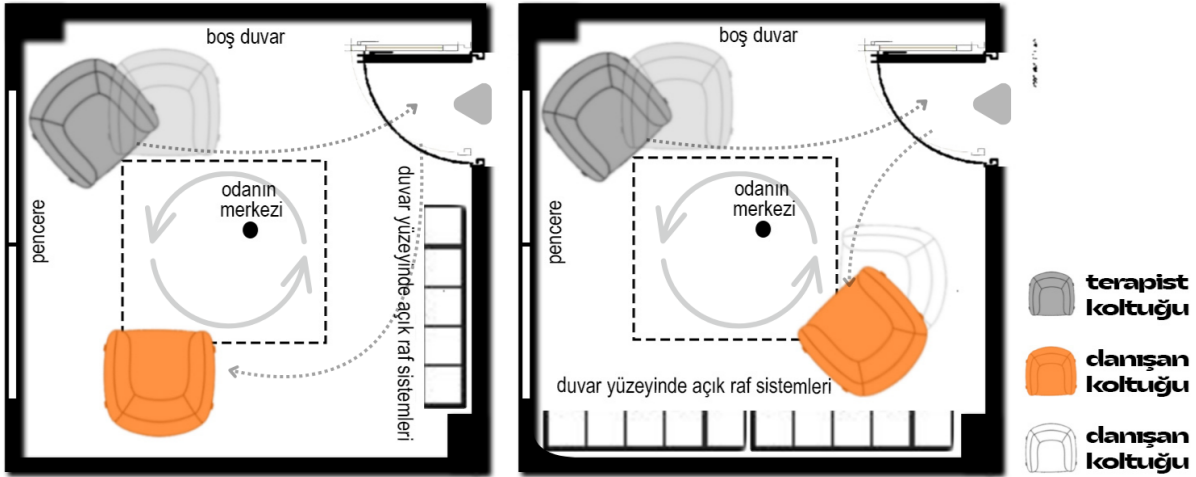
Adlerci Kuram ve Mekân

Adleryan yaklaşım (bireysel psikoloji), Alfred Adler tarafından geliştirilen, insan davranışlarını cinsel dürtülerin ötesinde sosyal motivasyonlar, yaşam amaçları ve bireyin öznel algıları üzerinden açıklayan hümanist, bütüncül ve amaca yönelik bir terapi ekolüdür. Bu yaklaşım, bireyi kendi sosyal çevresi içinde özellikle aile ile değerlendirir ve davranışların her zaman bir amaca hizmet ettiğini savunmaktadır (akt. Erbaş, 2023, s. 80). Adler, 1911 yılında Sigmund Freud ile görüş ayrılıkları nedeniyle Viyana Psikanaliz Derneğinden ayrılarak kendi sistemi olan bireysel psikolojiyi kurmuştur. Kuramı oluştururken Nietzsche’nin güç istenci, Kant’ın felsefesi ve Vaihinger’in sanki/as if felsefesinden etkilenmiştir (Watts ve Shulman, 2003, s. 11). Adleryan yaklaşımın temelleri, kurucusu Alfred Adler’in (1870-1937) yaşam deneyimleriyle yakından ilişkilidir. Viyana doğumlu olan Adler, çocukluğunda raşitizm ve zatürre gibi ağır hastalıklarla boğulmuş, fiziksel yetersizlikleri nedeniyle kendini çirkin ve önemsiz hissettiği zor bir çocukluk geçirmiştir. Bu deneyimler, onun aşağılık duygusu ve üstünlük çabası kavramlarını geliştirmesine ilham vermiştir (akt. Erbaş, 2023, s.80).

Adleryan terapi süreci, danışanın aktif katılımını ve eşitlikçi ilişkiyi merkeze alan dört temel aşamadan oluşmaktadır (Kottman, 2023, s. 2). İlk aşamada, terapist ile danışan arasında empati, saygı ve iş birliğine dayalı demokratik bir terapötik ilişki kurulmaktadır. Bu ilişki danışanın kendini kabul edilmiş ve değerli hissetmesini sağlamaktadır (Erbaş, 2023, s. 83; Kottman, 2023, s. 6). İkinci aşama olan yaşam stiline keşfedilmesi sürecinde, danışanın aile yapısı, doğum sırası, erken çocukluk anıları ve dünyayı algılama biçimini yansıtan ‘özel mantığı’ ele alınarak bireyin yaşam tarzı bütüncül biçimde analiz edilmektedir. Üçüncü aşamada, danışanın işlevsel olmayan inançları ve kendini sabote eden düşünce ve davranış örüntülerinin fark edilmesini sağlamak amacıyla yorumlamalar yoluyla iç görüşü kazandırılmaktadır. Son aşama olan yeniden yönlendirme ve eğitim sürecinde ise elde edilen iç görüşlerin davranışa dönüştürülmesi hedeflenmekte, danışanın sosyal ilgisini güçlendirecek, problem çözme becerilerini destekleyecek ve yaşamla daha işlevsel başa çıkmasını sağlayacak yeni davranış biçimleri uygulamaya geçirilmektedir.

Adleryan yaklaşımda terapi mekânının düzenlenmesi, bireyin öznel deneyimini merkeze alan eşitlikçi ve demokratik bir anlayışa dayanmaktadır. Bu yaklaşım, bireyin hem kendi yaşamının öznesi hem de yaratıcısı

olduğu görüşünü temel alır, nitekim bireyin kişiliğini aktif biçimde şekillendirdiğini vurgulayan ‘Birey hem resim hem de sanatçıdır’ ifadesi bu bakış açısını yansıtmaktadır (Ansbacher ve Ansbacher, 1956, s. 177). Bu doğrultuda terapi odasında düzen ve tahmin edilebilirlik, özellikle güven duygusunun oluşması açısından önem taşımaktadır. Terapistin seans öncesinde mekânı hazırlaması ve örneğin oyun terapisinde materyallerin her zaman aynı yerlerde bulunması, danışanın kendini güvende hissetmesine katkı sağlamaktadır (Kottman, 2023, s. 4). Bununla birlikte mekân, katı kurallarla sınırlandırılmamış esnek bir yapıya sahiptir. Farklı boyut, şekil ve malzemelerin kullanımına izin verilmesi, danışanın yaratıcılığını desteklemektedir. Adleryan yaklaşımda danışanın güçlendirilmesi temel bir ilke olup mekânın kullanımı mümkün olduğunca danışanın kontrolüne bırakılmaktadır. Örneğin kum tepsi çalışmaları danışanın tepsiyi dilediği açıdan inceleyebilmesi veya yönünü değiştirebilmesi bu anlayışın bir yansımasıdır. Seansın sonlandırılması süreci dahi terapötik bir iş birliği alanı olarak ele alınmakta, materyallerin toplanma biçimine ilişkin danışana seçenekler sunularak bireyin seçim yapma ve kontrol duygusu pekiştirilmektedir. Bu bağlamda Adleryan terapi odası, bireyin kendi yaşamının ressamı olduğunu fark ettiği, terapistin ise yalnızca bu yaratıcı sürece uygun bir tuval hazırladığı demokratik bir atölye niteliği taşımaktadır (Watts ve Shulman, 2003, s. 11). Adlerci yaklaşıma özgü iç mekân plan kurguları Şekil 3’te yer almaktadır.



Şekil 3. Adleryan/Adlerci yaklaşımda terapi mekân organizasyonu (Yazar tarafından oluşturulmuştur.)

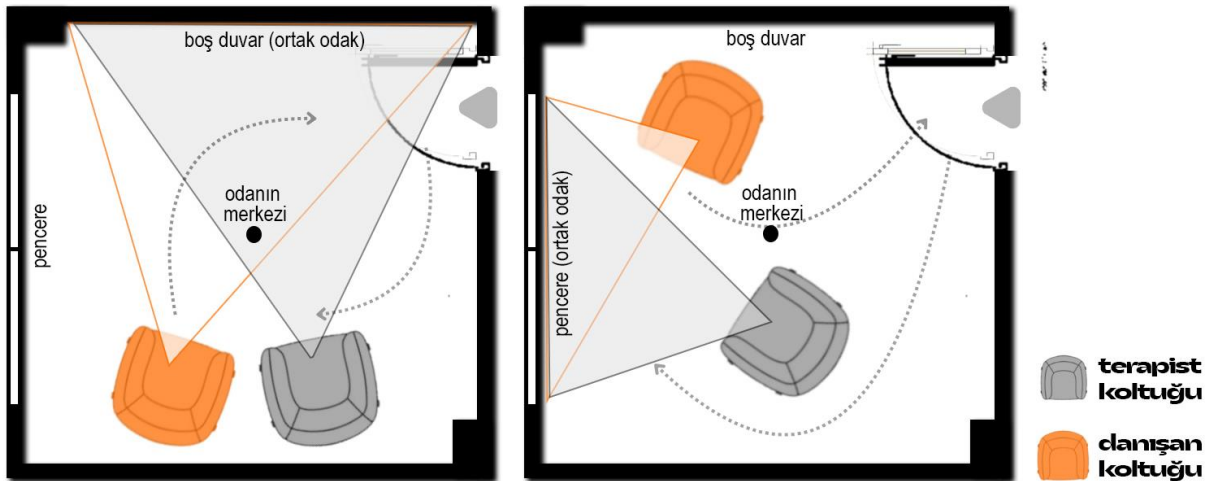
Varoluşsal/Varoluşçu Kuram ve Mekân

Varoluşçu düşüncenin tarihsel kökenleri birkaç yüzyıl öncesine dayanmaktadır. Varoluşçuluk kavramı, ‘öne çıkmak’ ya da ‘ortaya çıkmak’ anlamlarına gelen Latince ex-sistere teriminden türemiştir (May, 1983, s. 50). Bu kuramın öncülerinden Rollo May, ego kavramını öz bilinç ile ilişkilendirerek bireylerin motivasyonunu bu doğrultuda ele alırken Viktor Frankl ise anlam bulma çabasını bireyler için temel bir motivasyon kaynağı olarak değerlendirmektedir (akt. Ginter vd., 2022, s. 137). 20. yüzyılın ortalarına gelindiğinde Ludwig Binswanger öncülüğünde, psikanalistlerden oluşan bir grup tarafından terapistin her bir danışanla fenomenolojik bir yaklaşımla ilişki kurması gerektiği fikri öne çıkmaktadır. Bu bağlamda Binswanger, “Sadece bir mekân ve zaman yoktur, özneler kadar çok mekân ve zaman vardır.” ifadesiyle varoluşçu düşüncenin temel felsefesini açıklamaktadır (akt. Yalom, 1980, s. 17). Varoluşçu terapi yaklaşımı, ölüm, özgürlük, yalnızlık ve anlam gibi varoluşsal gerçeklerle yüzleşmekten kaçınma eğiliminin farkındalığını geliştirmeyi amaçlamaktadır.

Varoluşsal terapide terapistin rolü, danışana yönelik empatik bir tutum geliştirmektir. Bu süreçte terapist, danışanı kendi varoluşunu fark etmeye yönlendirerek danışanın özgürlük duygusunun güçlenmesine katkı sağlamaktadır (Ginter vd., 2022; s.146). Danışanlar ise bu terapötik süreçte, kendi kimlikleri üzerinde söz

sahibi olma, kendilerine ilişkin tanımlarını oluşturma ve bu tanımları fark edebilme becerisi kazanma yönünde ilerlemektedir (Walsh ve Lantz, 2007, s. 28). Varoluşçu terapide terapist ile danışan arasındaki ilişki, süreci kolaylaştıran unsurdur ve otantikliğin temelini oluşturmaktadır. Terapist danışanı ile yaptığı uzun süreli sorgulamalar sırasında sahici bir kişi olarak saygılı ve samimi biçimde hareket etmelidir (Scheiner ve May, 1995). Terapist, danışanın yaşam yolculuğuna eşlik eden bir yol arkadaşı veya empatik aynalama aracı olarak tanımlandığı bir ilişki biçimine dayanmaktadır. Bu süreç, terapist tarafından kimi zaman yumuşak ve keşfedici, kimi zaman ise yüzleştirici teknikler aracılığıyla yürütülmektedir (Yalom, 1980; Cooper, 2008). Varoluşsal terapinin uygulama süresinin geleneksel olarak uzun süreli olması nedeniyle hem uygulama süreci hem de terapi mekânının kullanımının bu felsefi temeller doğrultusunda şekillenmesi terapötik süreci etkileyeceğinden önemli görülmektedir (Lebow, 2012, s. 240; Vos, 2023, s. 213). Varoluşçu terapide terapötik süreç, danışanın dünyadaki dört temel boyutunu (fiziksel, sosyal, psikolojik ve tinsel) keşfetmeyi amaçlamaktadır. Bu bağlamda terapi odası, danışanın dış dünyadaki ilişkilerini yeniden deneyimlediği, farklı olma biçimlerini sınıadığı ilişkiyel bir alan olarak işlevlendirilmektedir. Bu nedenle mekân organizasyonu, terapistle danışan ilişkilerinde hiyerarşiyi en aza indirecek biçimde kurgulanmalı, terapistin üstün bir uzman figürü olarak algılanmasını zayıflatan bir mekânsal dil benimsemelidir (Spinelli, 2006, s. 317). Varoluşçu terapide mekândaki mobilya yerleşimi ve genel iç mekân organizasyonu, terapistin teknik uygulamalardan çok insani karşılaşmaya verdiği önem ve esneklik ilkesi doğrultusunda biçimlenmektedir.

Varoluşçu terapide terapistin uygulanma biçimi, mekânın sınırlarını ve işlevini dönüştüren esnek bir anlayışa dayanmaktadır. Varoluşçu terapistler, terapistin doğallığını ve gerçek bir insani karşılaşma niteliğini zedeleyebileceği düşüncesiyle katı mekânsal kurallara mesafeli yaklaşmakta, bu nedenle terapi seansları her zaman kapalı bir ofis ortamıyla sınırlı kalmamaktadır. Seanslar zaman zaman danışma odası dışındaki açık alanlarda da gerçekleştirilebilmektedir. Bununla birlikte terapistin danışanı gerçekten dinleyebilmesi ve onun varoluşsal deneyimiyle uyumlanabilmesi için zihinsel bir boşluk yaratması hedeflenmekte, bu ilke, mekânın dikkat dağıtıcı unsurlardan arındırılmış, sade ve nötr bir biçimde kurgulanmasını gerekli kılmaktadır (Lebow, 2008, s. 252-253). Bu çerçevede terapi odası, danışanın dış dünyadaki ilişkiyel örüntülerini deneyimlediği ve alternatif davranış biçimlerini sınıadığı güvenli bir alan ya da bir laboratuvar işlevi görmektedir (Spinelli, 2006, s. 314; Vos, 2023, s. 21). Bazı varoluşçu yaklaşımlarda ise geleneksel yüz yüze oturma düzeni yerine terapist ve danışanın yan yana, ortak bir odak noktasına yönelerek oturması tercih edilmekte, bu mekânsal düzenleme terapötik ilişkide eşitlik ve birlikte deneyimleme vurgusunu güçlendirmektedir (Lebow, 2008, s. 92). Terapi odasında, varoluşçu psikoterapi yaklaşımına özgü iç mekân plan kurguları Şekil 4'te yer almaktadır.



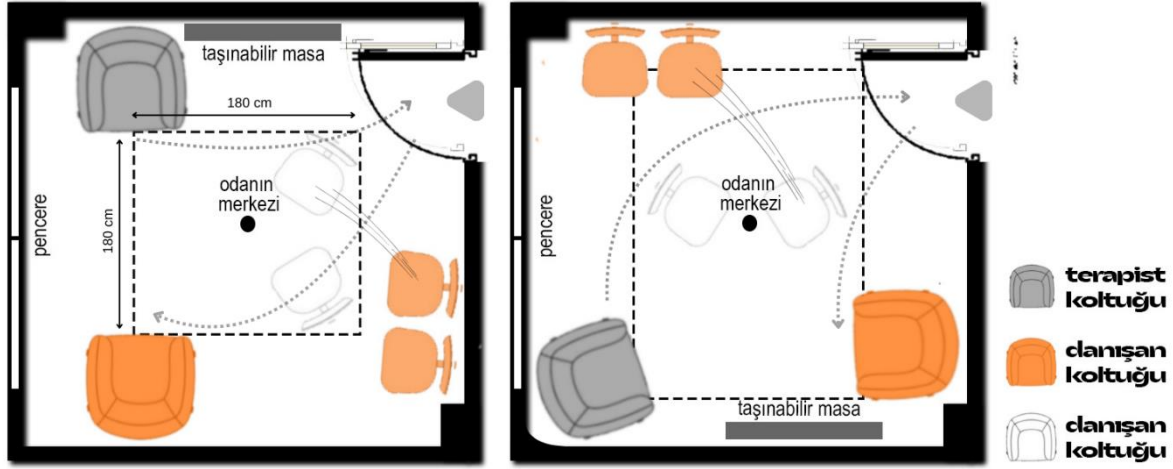
Şekil 4. Varoluşçu yaklaşımda terapi mekân organizasyonu (Yazar tarafından oluşturulmuştur.)

Birey Merkezli Kuram ve Mekân

Danışan merkezli kuram, insan gelişimine yönelik, kökeni 1940'lı yıllarda Carl Rogers tarafından ortaya konulan ve 1970'li yıllarda danışan merkezli (person-centered) kuram olarak adlandırılan, sürekli gelişen bir yaklaşımdır (Holosko vd., 2008, s. 297). Birey merkezli terapide terapistin temel hedefleri, danışana karşı samimi, empatik ve kabul edici bir tutum sergilemektir. Terapist, danışanla şimdi ve burada olmayı, danışanın deneyimlerinin her yönünü yargılamadan ve şefkatle anlamayı amaçlamaktadır. Bu yaklaşımda temel odak, bireyin mevcut deneyimleridir (Cain, 2012). Danışan, terapötik açıdan gerekli ve yeterli koşulları deneyimlediğinde süreçte olumlu sonuçların ortaya çıkması beklenmektedir. Terapistin süreçteki rolü, yönlendirici olmaktan kaçınma ile empatik izleme ve yansıtma üzerine kuruludur. Terapist, birey merkezli terapi sürecinde danışanın ifadelerini farklı sözcüklerle yeniden dile getirerek danışanla kurulan duygusal ilişkiyi terapötik sürecin yararına kullanmaktadır (Ginter vd., 2022, s. 180-185). Birey merkezli kuramda terapi uygulama yöntemi, tekniklerden ziyade terapistin sergilediği içtenlik, koşulsuz olumlu kabul ve empatik anlama tutumları üzerine kuruludur ve bu tutumlar terapi mekânının fiziksel ve psikolojik özelliklerini doğrudan şekillendirmektedir (Brodley, 1986, s. 38-40). Bu yaklaşımda terapi mekânı, bireyin içsel kaynaklarını harekete geçirebilecek tanımlanabilir bir kolaylaştırıcı psikolojik tutumlar iklimi olarak kurgulanmaktadır (Witty, 2007, s. 35).

Birey merkezli terapist, geleneksel uzman otoritesini reddederek danışanın kendi yaşamının uzmanı olduğu anlayışını merkeze almaktadır. Bu yönlendirici olmayan tutum, fiziksel mekâna da doğrudan yansımaktadır. Kuram, eşitsiz ilişkilerin potansiyel olarak zarar verici olabileceği varsayımından hareketle otoriteyi temsil eden mekânsal düzenlemelerden (örneğin terapistin büyük bir çalışma masasının arkasında konumlanmasından) kaçınılmasını ve gücün mekânsal olarak paylaşılmasını hedeflemektedir. Bu doğrultuda terapi mekânının danışanın değerlendirildiği ya da kontrol edildiği hissini uyandırmayan aksine kendisini özgür hissedebileceği bir atmosfer sunması gerekmektedir (Brodley, 1986, s. 42-43). Birey merkezli terapide terapistin orada olması (presence), danışanın gelişimini destekleyen temel unsurlardan biridir. Terapistin danışanı gerçekten dinlemeye ve ilişkide sahici olmaya yönelik bu tutumu, terapinin uygulama biçimiyle birlikte mekânın kullanımını da belirlemektedir. Rogers, "Bu kişiye olabildiğince orada olmak istiyorum, gerçekten ne olup bittiğini dinlemek istiyorum ve bu ilişkide gerçek olmak istiyorum." ifadesiyle terapötik sürecin temel hedefinin dışsal teknikler değil terapistin kendi varoluşsal duruşu olduğunu vurgulamaktadır (Baldwin, 1987, s. 47).

Birey merkezli terapide mekânsal düzenlemeler, terapötik ilişkinin niteliğini doğrudan etkilemektedir. Terapist ve danışan arasında samimi ve yüz yüze etkileşimi destekleyen bir yerleşim önerilmektedir (Brodley, 2000, s. 139). Danışan ile terapist arasında bir masanın bulunmamasının danışan tarafından algılanan empati düzeyini artırdığını ve masasız bir yerleşimin terapistin açıklığını ve empati kurmaya yönelik savunmasızlığını daha güçlü biçimde iletildiğini göstermektedir (Lattimore, 2013, s. 31). Oturma düzeni açısından birey merkezli etkileşimde genellikle yüz yüze ya da yaklaşık 90 derecelik açıyla konumlanma tercih edilmekte, köşe yerleşiminin danışana yeni ve belirsiz bir deneyim sürecinde güvenlik ve emniyet hissi sağlayabileceği ifade edilmektedir (Haase ve Dimattia, 1970, s. 324). Bu doğrultuda terapi mekânının etkileşimi caydırmayan, yabancılaştırmayan ve terapistin terapötik görevini destekleyen bir tasarıma sahip olması gerekmektedir (Lattimore, 2013, s. 8). Birey merkezli kuramda terapi mekânı psikolojik bir amniyotik sıvı işlevi görmektedir ve terapistin gelişim için gerekli koşulları sağladığı bu ortamda, danışanın içsel kendini gerçekleştirme eğilimi (actualizing tendency) filizlenmektedir (Rogers, 1979, s. 3; Witty, 2007, s. 36). Terapi odasında, psikanalitik psikoterapi yaklaşımına özgü iç mekân plan şeması Şekil 5'te yer almaktadır.



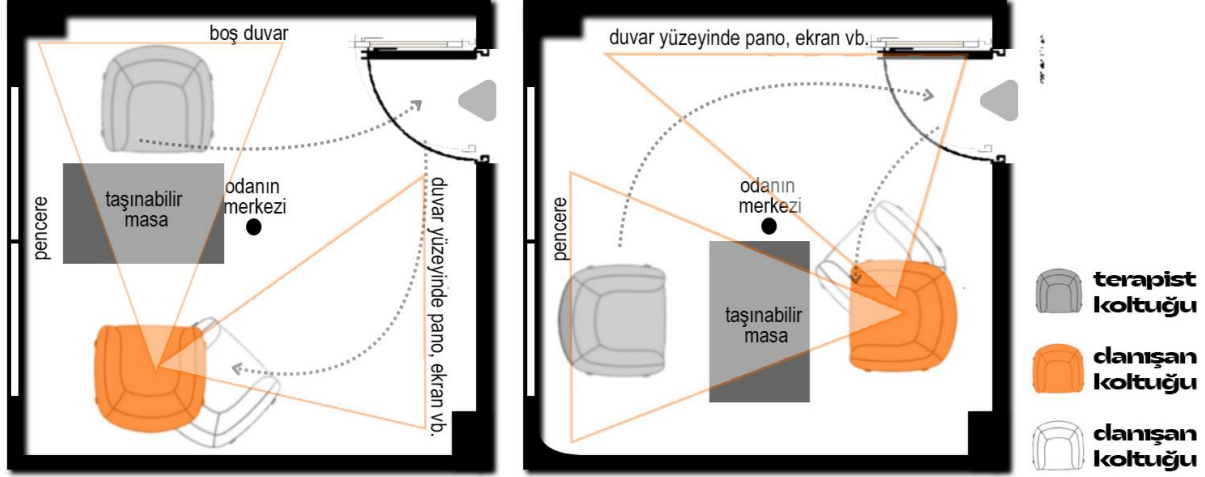
Şekil 6. Gestalt yaklaşımında terapi mekân organizasyonu (Yazar tarafından oluşturulmuştur.)

Bilişsel Davranışçı Kuram ve Mekân

Bilişsel davranışçı terapinin geliştirilmesine yönelik fikir, Aaron Beck'in depresyonlu hastalarının sıklıkla geçerliliği olmayan düşünceler dile getirdiklerini ve düşünce örüntülerinde karakteristik bilişsel çarpıtmalar bulunduğunu fark etmesiyle ortaya çıkmıştır. 1960'lı yıllarda bilişsel terapi, daha sonra bilişsel davranışçı terapi (BDT) olarak adlandırılan yaklaşım geliştirilmiştir (Wright vd., 2017, s. 1). BDT, biliş, duygu ve davranış arasındaki ilişkileri açıklayan basit ve sağduyulu bir modele dayanmaktadır. Bu yaklaşımda bilişin üç temel yönü vurgulanmaktadır. Otomatik düşünceler, bireyin olaylara ilişkin anlık ve önceden planlanmamış yorumlarını ifade ederken bilişsel çarpıtmalar, psikolojik bozuklukları olan bireylerde sıkça görülen mantık hataları olarak tanımlanmaktadır. Temel inançlar ya da şemalar ise yaşam deneyimleri sürecinde şekillenen, otomatik düşüncelerin altında yer alan ve bilgi işleme biçimini yönlendiren inanç sistemleri olarak ele alınmaktadır (Castonguay vd., 2010; Chand, 2023, s. 1-3). Tipik bilişsel davranışçı terapi uygulamaları ise genellikle haftada bir kez gerçekleştirilen 60 dakikalık seanslardan oluşmaktadır ve tedavi süreci çoğunlukla 8 ila 12 haftalık bir zaman dilimini kapsamaktadır (Coffey vd., 2015). Bilişsel davranışçı terapinin temel amacı, semptomların yönetilmesi ve azaltılmasıdır. Bu yaklaşım, danışanların daha etkili davranış biçimleri geliştirmelerine yardımcı olmayı hedeflemektedir. Terapist, süreç boyunca danışanın katılımını artırmaya ve optimal bir terapötik uyum düzeyi oluşturmaya çalışmak için yönlendirici, araştırmacı ve aktif bir biçimde tedavi sürecini yönetmektedir. Danışanın ise bu süreçte sorumluluk üstlenen bir konumda yer alması ve terapötik sürece terapist kadar aktif biçimde katılması beklenmektedir (Ginter vd., 2022, s. 289).

Bilişsel davranışçı terapi yalnızca terapi odasıyla sınırlı kalmayan ve mekânsal esnekliği yüksek bir terapi yaklaşımıdır (Freeman, 2005, s. 4). Aaron T. Beck'in "Ahırda bile terapi yapabilirsiniz." cümlesiyle bu yaklaşımın mekân kullanımına dair çarpıcı bir ifadesi de bulunmaktadır (akt. Ginter vd., 2022, s. 283). Bu bağlamda BDT, danışanın günlük yaşam alanlarını birer doğal laboratuvar olarak ele almaktadır. Terapi sürecinde öğrenilen bilişsel ve davranışsal becerilerin de günlük yaşamda sıklıkla kullanılan okul, ev ve ofis gibi gerçek mekânlarda sınanarak geliştirilmesini amaçlamaktadır (Freeman, 2005, s. 53). Yerinde maruz bırakma (in vivo) tekniğiyle danışanların özellikle fobi veya panik bozukluk tedavisinde, terapi seansının yapıldığı mekândan çıkarak danışanın korktuğu asansör, market veya kalabalık cadde gibi gerçek mekânlarda gerçekleştirilebilir (Freeman, 2005, s. 262-272). Sanal gerçeklik uygulamaları ile terapi süreci modernize edilebildiğinden uygulamalarda, teknoloji aracılığıyla sanal mekânlar kurgulanmaktadır. Yükseklik korkusu veya uçuş korkusu olan hastalar, bilgisayar destekli sanal ortamlarda güvenli bir şekilde bu mekânlara maruz bırakılır (Freeman, 2005, s. 92). Uzaktan terapi teknikleriyle de gelişen teknolojiyle

birlikte telefon, internet veya video konferans aracılığıyla terapi mekândan bağımsız hâle getirilmektedir. Bilişsel davranışçı psikoterapi yaklaşımına özgü iç mekân plan şeması Şekil 7’de yer almaktadır.



Şekil 7. Bilişsel davranışçı yaklaşımda terapi mekân organizasyonu (Yazar tarafından oluşturulmuştur.)

DEĞERLENDİRME

Bu çalışma kapsamında incelenen psikoterapi yaklaşımları, terapi mekânının iç mekân organizasyonunun tekil ve evrensel bir şemaya indirgenemeyeceğini aksine terapötik ilişkinin kurulma biçimi, terapi sürecinin yapısal özellikleri ve danışan-terapist etkileşiminin niteliği doğrultusunda farklılaşan mekânsal gereksinimler ortaya koyduğunu göstermektedir.

Psikanalitik yaklaşımlarda mekân, terapötik çerçevenin sürekliliğini ve aktarım süreçlerini destekleyecek biçimde sabit, düzenli ve dış uyaranlardan arındırılmış bir yapıda kurgulanırken terapistin konumunun ve mekânsal yerleşimin değişmeden korunması, terapötik sürecin sözel ve içsel boyutuna odaklanmayı güçlendirmektedir. Buna karşılık Adlerci yaklaşımda mekân, eşitlikçi ve demokratik ilişki anlayışını yansıtacak biçimde hem düzenli hem de esnek bir organizasyon sergilemekte, mekânsal kontrolün danışana bırakılması ve kullanılan araçların serbestçe yeniden düzenlenebilmesi, danışanın güçlenmesini destekleyen temel bir tasarım kriteri olarak öne çıkmaktadır. Varoluşçu terapide ise mekân, teknik uygulamalardan ziyade otantik insani karşılaşmayı kolaylaştıran ilişkisel bir alan olarak ele alınmakta, hiyerarşik çağrışımlardan arındırılmış, sade ve nötr bir iç mekân diliyle tasarlanan esnek yerleşimlerin, terapist-danışan ilişkisinde eşitlik ve sahiciliği güçlendirdiği görülmektedir. Biy merkezli yaklaşımda mekânsal organizasyon, empati, koşulsuz kabul ve içtenlik ilkelerini destekleyen güvenli bir atmosfer yaratmaya odaklanmakta, terapist ile danışan arasına fiziksel engeller koymayan, yüz yüze ya da açılı oturma düzenleriyle samimi etkileşimi teşvik eden yerleşimler tercih edilmektedir. Gestalt terapide ise ‘şimdi ve burada’ ilkesi doğrultusunda mekân, dinamik ve deneyim odaklı bir biçimde kurgulanmakta, sabit mobilya anlayışından kaçınılarak hareket, temas ve yaşantısal tekniklerin uygulanmasına olanak tanıyan açık ve yeniden düzenlenebilir alanlar ön plana çıkmaktadır. Bilişsel davranışçı terapide ise mekân, terapötik sürecin yapılandırılmış ve hedef odaklı niteliğine paralel olarak yüksek mekânsal esnekliğe sahip bir öğrenme ve uygulama ortamı olarak ele alınmakta, terapi odası, gerektiğinde farklı gerçek ya da sanal mekânlarla ilişkilendirilebilen işlevsel bir çerçeve sunmaktadır. Bu karşılaştırmalı değerlendirme, terapötik yaklaşımlar arasındaki kuramsal farklılıkların, terapi mekânının iç mekân organizasyonu, esneklik düzeyi, mobilya yerleşimi ve mekânsal kontrol anlayışı üzerinde belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Psikoterapi yaklaşımlarına göre iç mekân kurgusu bileşenleri

Psikoterapi Kuramı/Yaklaşımı	Terapötik İlişki Biçimi	Mekânsal Organizasyon	Mekânın Terapötik Rolü
Psikanalitik	Aktarım ve karşı aktarım süreçleri ilişkisi	Sabit, kontrollü ve tekrar eden bir mekânsal düzen	Bilinç dışı süreçlerin açığa çıkmasını destekleyen nötr bir çerçeve
Adlerci	Eşitlikçi, iş birliğine dayalı ve demokratik ilişki	Düzenli, tahmin edilebilir ancak esnek bir organizasyon	Danışanın güçlenmesini ve seçim yapabilmesini destekleyen bir atölye
Varoluşçu	Otantik, eşit ve insani karşılaşmaya dayalı ilişki	Hiyerarşiyi en aza indiren, sade ve nötr düzen	Danışanın varoluşsal deneyimlerini sınıadığı ilişkisel bir alan
Birey Merkezli	Empatik, koşulsuz kabul ve içtenliğe dayalı ilişki	Yabancılaştırmayan, güvenli ve rahatlatıcı bir organizasyon	Psikolojik olarak kolaylaştırıcı bir iklim ve güvenli bir kapsayıcı
Gestalt	Yatay, temas ve farkındalık odaklı ilişki	Hareketi ve deneyimi destekleyen açık ve esnek düzen	Temas ve farkındalık sürecinin aktif bir bileşeni
Bilişsel Davranışçı	Yapılandırılmış, aktif ve iş birliğine dayalı ilişki	Mekânsal esnekliği yüksek ve terapi odasıyla sınırlı olmayan yapı	Öğrenilen becerilerin genellenmesini sağlayan bir doğal laboratuvar

Optimum ve standart bir psikanalitik terapi odasında mekân, sabit, öngörülebilir ve değişmez bir iç mekân kurgusu ile düzenlenmelidir. Odanın bir kenar duvarı boyunca (tercihen girişten en uzak duvar) divan yerleştirilir. Divan, duvara paralel konumlandırılarak danışanın bakışının mekânın boşluğuna ya da nötr bir duvara yönelmesi sağlanır. Terapist koltuğu, danışanın görüş alanı dışında kalacak biçimde, divanın baş kısmına yakın ancak doğrudan karşısında olmayacak şekilde yerleştirilir. Terapistle danışan arasındaki mesafe yaklaşık 120-150 cm olacak şekilde korunur. Mobilya yerleşimi kesinlikle simetrik değildir ve seanslar boyunca değiştirilmez. Odada yalnızca temel mobilyalar bulunur: Divan, terapist koltuğu ve küçük bir yardımcı sehpa. Depolama elemanları (dolap, raf vb.) duvar içine gömülü ya da görsel olarak geri planda tutulur. Bu yerleşim, terapötik çerçevenin sürekliliğini ve aktarım süreçlerini mekânsal olarak destekler.

Adlerci terapide aynı ölçülerdeki oda, eşitlikçi ve demokratik ilişkiyi yansıtan bir plan anlayışıyla düzenlenir. Odanın merkezine yakın bir konumda, iki eşit nitelikte koltuk, birbirine yaklaşık 90°-120° açıyla yerleştirilir. Koltuklar arasında masa bulunmaz. Bu, hiyerarşik ayrımı ortadan kaldırır. Terapist ve danışan aynı düzlemde, aynı oturma yüksekliğinde konumlandırılır. Odanın bir köşesinde ya da duvar boyunca hareketli ve açık raf sistemi ile terapi materyallerinin yer aldığı bir alan tanımlanır. Bu alan danışanın erişimine açık olup mekânsal kontrolün danışana bırakıldığını vurgular. Odanın ortasında minimum 1500 × 1500 mm boş alan bırakılarak danışanın gerektiğinde ayağa kalkmasına, mekân içinde dolaşmasına veya materyalleri farklı açılardan deneyimlemesine olanak tanınır. Genel plan kurgusu, düzenli ancak esnek bir mekânsal dil üretir. Varoluşçu terapi için mekân, ilişkisel ve otantik karşılaşmayı destekleyecek şekilde sade biçimde kurgulanır. 4000 × 4000 mm'lik odada, mobilyalar merkeze alınmaz, bunun yerine mekân hafif asimetric bir yerleşimle düzenlenir. Terapist ve danışan koltukları ya karşılıklı ancak hafif açılı ya da yan yana ve ortak bir odak noktasına (pencere, boş duvar gibi) yönelmiş biçimde yerleştirilir. Mobilyalar arasında net sınırlar çizilmez, koltuklar gerektiğinde yer değiştirilebilir. Oda içinde fazla eşya bulundurulmaz, depolama elemanları kapalı ve nötr yüzeylidir. Mekânsal boşluk korunur ve dolaşım alanları serbest bırakılır. Bu düzenleme, terapistin 'üstün uzman' figürü olarak algılanmasını zayıflatarak mekânı ortak bir deneyim alanına dönüştürür.

Birey merkezli terapide oda, psikolojik güvenlik ve kabul atmosferi oluşturacak şekilde düzenlenir. Terapist ve danışan koltukları, odanın orta aksına yakın bir noktada, yüz yüze veya yaklaşık 90° açıyla yerleştirilir. Arada masa kullanılmaz, fiziksel engellerden kaçınılır. Koltuklar arasındaki mesafe yaklaşık 100-120 cm

olarak belirlenir. Odanın köşelerinde sert sınırlar oluşturan elemanlardan kaçınılır, yuvarlatılmış hatlara sahip mobilyalar tercih edilir. Mekânın tamamı danışanın rahatça algılayabileceği ölçekte açık tutulur. Bu yerleşim, terapistin 'orada olma' (presence) hâlini mekânsal olarak destekler. Bu terapi yaklaşımında danışan ve terapistin mekânın oturma düzenini düzenlemesi de terapi sürecine dahil edilebilir. Gestalt terapi için oda, dinamik ve deneyim odaklı bir plan anlayışıyla düzenlenir. 4000 × 4000 mm'lik mekânda, merkezde geniş ve boş bir alan bırakılır (en az 1800 × 1800 mm). Terapist ve danışan koltukları, duvarlara yakın ancak kolay taşınabilir biçimde konumlandırılır. Boş sandalye veya çift sandalye teknikleri için odanın ortasına gerektiğinde iki adet bağımsız sandalye yerleştirilebilir. Sabit masa, ağır mobilya veya mekânı bölen elemanlardan kaçınılır. Mekân, oturmaya olduğu kadar ayağa kalkmaya, hareket etmeye ve deney yapmaya da izin verir. Bu plan kurgusu, 'şimdi ve burada' ilkesini doğrudan mekânsal organizasyona taşır. Bilişsel davranışsal terapi yaklaşımında ise mekân, işlevsel ve esnek bir öğrenme ortamı olarak ele alınır. Oda içinde terapist ve danışan koltukları, karşılıklı ve net görüş açısı sağlayacak biçimde yerleştirilir. Gerektiğinde kullanılmak üzere, hafif ve taşınabilir bir masa veya yazı yüzeyi bulunabilir. Duvarlardan biri, tahta, pano veya ekran gibi bilişsel çalışmalarını destekleyen yüzeyler için ayrılır. Oda düzeni, yapılandırılmış seans akışını desteklerken gerektiğinde yeniden düzenlenebilir niteliktedir. Mekân, dış mekânlara ve dijital ortamlara açılabilen bir 'geçiş mekânı' gibi kurgulanır.

Tablo 2'de terapi kuramları ve mekân tasarımı ile mobilya kullanımına dair karşılaştırmalı değerlendirme sunulmaktadır.

Tablo 2. Psikoterapi yaklaşımlarına göre iç mekân kurgusunun karşılaştırmalı değerlendirilmesi

Psikoterapi Kuramı/Yaklaşımı	İç Mekân Kurgusu ve Mobilya Kullanımı	Mekânsal Organizasyon Şemaları
Psikanalitik	<ul style="list-style-type: none"> ● Sabit mekânsal kurgu ● Divan merkezli düzen ● Danışan ve terapist arasındaki görsel temasın sınırlandırılması ● Asimetrik oturma planı ● Yardımcı sehpa kullanımı ● Minimal mekân kurgusu 	
Adlerci	<ul style="list-style-type: none"> ● Eşitlikçi bir mekânsal kurgusu ● Eşitlikçi oturma düzeni ● 90-120° açıyla oturma düzeni ● Kontrollü esneklik ● Ortada (150x150cm) serbest dolaşım alanı ● Ortak kullanım vurgusu ● Açık erişimli depolama 	
Varoluşçu	<ul style="list-style-type: none"> ● Ortak odak yüzeyi oluşturma ● Yan yana oturma düzeni ● Minimal mekânsal kurgu ● İlişkisel düzen ● Serbest dolaşım alanı ● Masasız düzen 	

Psikoterapi Kuramı/Yaklaşımı	İç Mekân Kurgusu ve Mobilya Kullanımı	Mekânsal Organizasyon Şemaları	
Birey Merkezli	<ul style="list-style-type: none"> ●Güven odaklı düzen ●Yüz yüze oturma düzeni ●90° açıyla oturma düzeni ●Fiziksel engelden kaçınma ●Yumuşak yüzey oluşturma ●Homojen aydınlatma ●Kişisel alan oluşturma 		
Gestalt	<ul style="list-style-type: none"> ●Ortada (min. 180x180cm) serbest dolaşım alanı ●Yüz yüze oturma düzeni ●90° açıyla oturma düzeni ●Köşe yerleşimi tercih etme ●Taşınabilir masa kullanımı ●Çift sandalye tekniği için ek oturma elemanı bulundurma 		
Bilişsel Davranışçı	<ul style="list-style-type: none"> ●Yapılandırılmış düzen ●Masayı, danışan ve terapist arasında konumlandırma ●Yüz yüze oturma düzeni ●İşlevsel yerleşim ●Öğrenme destekli yüzey oluşturma (dijital ekran vb.) 		

Tüm bu değerlendirmeler çerçevesinde, aynı terapi yaklaşımı için kurgulanan farklı mekân kurgularında, danışanın pencereye yönelerek oturması terapötik süreci farklı biçimlerde etkileyebilmektedir. Pencere, özellikle yeşil alan manzarasına açıldığında danışana zihinsel bir nefes alma alanı ve olumlu bir dikkat dağıtıcı sunarak rahatlama hissi destekleyebilir (Sanders ve Lehmann, 2019). Danışan tarafından kaçınılan ya da zorlayıcı konuların konuşulduğu anlarda danışanın dışarıya bakma olanağının sağlandığı oturma kurgusunda, doğrudan göz temasından kısa süreli uzaklaşma ve düşünceleri toplama olanağı sağlayabilmektedir (Pearson ve Wilson, 2012, s.5). Buna karşın pencerenin konumu, mahremiyet ve güvenlik algısı açısından da önem taşımaktadır. Dışarıdan görünür olma hissi bazı danışanlarda kaygı yaratabilirken özellikle travma geçmişi olan danışanlar için kapıyı görebilmek ve çıkış kontrolünü hissedebilmek terapötik güven açısından daha belirleyici olabilmektedir. Bu nedenle terapi mekânında oturma düzeni; pencere, kapı ve mahremiyet ilişkisini birlikte değerlendirecek şekilde kurgulanmalıdır (Liddicoat, 2020, s.110).

SONUÇ

Bu çalışma, psikoterapi yaklaşımlarının kuramsal ve ilişkisel farklılıklarının, terapi mekânının iç mekân organizasyonu üzerindeki belirleyici etkilerini ortaya koyarak terapötik mekân tasarımının yaklaşım temelli ele alınması gerektiğini göstermektedir. Tüm bulgular birlikte değerlendirildiğinde terapi mekânının iç mekân organizasyonuna ilişkin tasarım kararlarının doğrudan terapötik kuramın ilişki anlayışı, süreç yapısı ve müdahale biçimleriyle ilişkili olarak ele alınması gerektiği anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda geliştirilen plan prototipleri ve mekânsal organizasyon modelleri, psikoterapi kuramlarının soyut ilkelerini iç mimarlık ve mimarlık disiplinleri açısından uygulanabilir tasarım kriterlerine dönüştürmektedir. Çalışma, terapi mekânlarının tekil ve standart çözümlerle ele alınmasının sınırlayıcı olduğunu, terapötik yaklaşım, kullanıcı

profili ve uygulama biçimiyle uyumlu, esnek ve ilişki odaklı mekânsal kurguların gerekliliğini vurgulamaktadır. Plan prototipleri, ağırlıklı olarak Batı merkezli terapi yaklaşımlarının kuramsal çerçevelerine dayanmaktadır. Farklı kültürel bağlamlarda mahremiyet, misafirperverlik ve otorite algılarının bu mekânsal modelleri nasıl dönüştürebileceği ise ayrıca araştırılmayı bekleyen önemli bir konudur. Önerilen mekânsal modellerin simüle edilmiş ortamlarda veya gerçek terapi odalarında, terapist ve danışanlarla yapılacak nitel görüşmeler veya anket çalışmalarıyla sınanması, modellerin geçerliliğini artıracaktır. Bu yönüyle araştırma, terapötik çevre tasarımına yönelik disiplinler arası bir çerçeve sunarak gelecekte geliştirilecek iyileştirici mekân tasarımlarına kuramsal ve mekânsal bir referans noktası oluşturmayı öngörmektedir.

Yazar Katkı Beyanı

Sıra	Adı Soyadı	ORCID	Yaziya katkısı*
1	Fatma Zişan YOLCU	0000-0002-4312-6979	1, 2, 3, 4, 5
*Katkı bölümüne ilgili açıklamanın karşılığına gelen rakam(lar) yazılmıştır.			
1. Çalışmanın tasarlanması 2. Verilerin toplanması 3. Verilerin analizi ve yorumu 4. Yazının yazılması 5. Kritik revizyon			

Çıkar Çatışması Beyanı

Çalışma kapsamında herhangi bir kişisel ve/veya finansal çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKÇA

- American Psychological Association. (t.y.). *American Psychological Association*. 10 Mart 2024 tarihinde <https://www.apa.org> adresinden alındı.
- Anthony, K. H. ve Watkins, N. J. (2007). The design of psychologists' offices: A qualitative evaluation of environment–function fit. *The Academy Journal*, 10. 1–31.
- Ansbacher, H. L. ve Ansbacher, R. R. (Ed.). (1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler: A systematic presentation in selections from his writings*. Harper Torchbooks.
- Atilgan, S. (2020). Gestalt terapi yaklaşımı. M. Eskin, Ç. G. Dereboy ve A. N. Karancı (Ed.), *Klinik psikoloji: Bilim ve uygulama içinde* (ss. 451–472).
- Ayaz Başımoğlu, T. (2020). Geştalt yaklaşımının doğuşu. *Temas: Geştalt Terapi Dergisi*, 1, 9–56. https://www.gestalt.org.tr/img/temas-dergisi/temas_dergisi_2020.pdf
- Baldwin, M. (1987). Interview with Carl Rogers on the use of the self in therapy. M. Baldwin ve V. Satir (Ed.), *The use of self in therapy içinde* (ss. 45–52). Haworth Press. https://doi.org/10.1300/J287v03n01_06
- Brodley, B. T. (1986, September). Client-centered therapy: What is it? What is it not? [Conference presentation]. First Annual Meeting of the Association for the Development of the Person-Centered

Approach, Chicago, IL, United States. https://www.adpca.org/wp-content/uploads/2020/12/24_7.pdf

- Brodley, B. T. (2000). Personal presence in client-centered therapy. *The Person-Centered Journal*, 7(2), 139–149. https://www.adpca.org/wp-content/uploads/2020/11/7_2_7.pdf
- Cain, D. J. (2012). Person-centered therapy. J. L. Lebow (Ed.), *Contemporary psychotherapies for a diverse world* içinde (ss. 165–214). Routledge.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., McAleavey, A. A. ve Goldfried, M. R. (2010). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral therapy. J. C. Muran ve J. P. Barber (Ed.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* içinde (ss. 150–171). Guilford Press.
- Chand, S. P., Kuckel, D. P. ve Huecker, M. R. (2023). Cognitive behavior therapy. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470241/>
- Coffey, S. F., Banducci, A. N. ve Vinci, C. (2015). Common questions about cognitive behavior therapy for psychiatric disorders. *American Family Physician*, 92(9), 807–812. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26554473/>
- Corey, G. (1991). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. Thomson Brooks/Cole Publishing Co. <https://psycnet.apa.org/buy/PI>
- Cooper, M. (2008). Existential psychotherapy. J. L. Lebow (Ed.), *Twenty-first century psychotherapies: Contemporary approaches to theory and practice* içinde (ss. 237–276). Wiley.
- Dijkstra, K., Pieterse, M. ve Pruyn, A. (2006). Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 56(2), 166–181. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03990.x>
- Erbaş, M. M. (2023). Adlerian therapy: A general review. *International Journal of Innovative Approaches in Education*, 7(2), 79–90. <https://doi.org/10.29329/ijiape.2023.567.3>
- Fonagy, P. ve Kächele, H. (2009). Psychoanalysis and other long-term dynamic psychotherapies. M.-G. Gelder, J. J. Lopez-Ibor ve N. Andreasen (Ed.), *New Oxford textbook of psychiatry* (Cilt 2, ss. 1337–1349) içinde. Oxford University Press.
- Freud, A. (1966). *The writings of Anna Freud: Vol. 2. The ego and the mechanisms of defence* (C. Baines, Çev.). International Universities Press. (Orijinal eserin yayımlanma tarihi 1937)
- Freeman, D., Garety, P. A., Bebbington, P., Slater, M., Kuipers, E., Fowler, D., Green, C., Jordan, J., Ray, K. ve Dunn, G. (2005). The psychology of persecutory ideation II: A virtual reality experimental study. *The Journal of nervous and mental disease*, 193(5), 309–315. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000161686.53245.70>
- Gabbard, G. O. (2004). *Long-term psychodynamic psychotherapy*. American Psychiatric Publishing.
- Ginter, E. J., Roysircar, G. ve Gerstein, L. H. (2018). *Psikolojik danışma ve psikoterapi kuramları ve uygulamaları: Farklı kültürlerle ve bağlamlara uygunluğu*. Nobel Akademik Yayıncılık.

- Haase, R. F. ve DiMattia, D. J. (1970). Proxemic behavior: Counselor, administrator, and client preference for seating arrangement in dyadic interaction. *Journal of Counseling Psychology*, 17(4), 319–325. <https://doi.org/10.1037/h0029662>
- Harris, P. B., McBride, G., Ross, C. ve Curtis, L. (2002). A place to heal: Environmental sources of satisfaction among hospital patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(6), 1276–1299. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb01436.x>
- Holosko, M. J., Skinner, J. ve Robinson, R. S. (2008). Person centered theory. In B. A. Thyer (Ed.), *Comprehensive handbook of social work and social welfare: Vol. 2. Human behavior in the social environment* (ss. 297–326). John Wiley & Sons.
- Jacob, A. L., Regazzoni, P., Steinbrich, W. ve Messmer, P. (2000). The multifunctional therapy room of the future: Image guidance, interdisciplinarity, integration and impact on patient pathways. *European Radiology*, 10, 1763–1769. <https://doi.org/10.1007/s003300000485>
- Jones, J. K. (2020). A place for therapy: Clients reflect on their experiences in psychotherapists' offices. *Qualitative Social Work*, 19(3), 406–423. <https://doi.org/10.1177/1473325020911676>
- Kunter, Z. (1995). Gestalt terapisi. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 7(7), 189–197. <https://izlik.org/JA87YR93AJ>
- Lantz, J. E. ve Walsh, J. F. (2007). *Short-term existential intervention in clinical practice*. Chicago: Lyceum Books.
- Lattimore, K. L. (2013). *The effect of seating orientation and a spatial barrier on students' experience of person-centered counseling* [Doktora Tezi, Cornell University]. <https://ecommons.cornell.edu/>
- Lebow, J. L. (2012). *Twenty-first century psychotherapies: Contemporary approaches to theory and practice*. John Wiley & Sons.
- Leichsenring, F., Biskup, J., Kreische, R. ve Staats, H. (2005). The Güttingen study of psychoanalytic therapy: First results. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86(2), 433–455. <https://doi.org/10.1516/XX6F-AU0W-KWM3-G6LU>
- Liddicoat, S. (2020). The therapeutic waiting room: Therapist and service user perspectives on the psychologically supportive dimensions of architectural space. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 13(2), 103–118. <https://doi.org/10.1177/1937586720904805>
- Lundin, S. (2015). *Healing architecture: Evidence, intuition, dialogue* [Doktora tezi, Chalmers University of Technology]. <https://research.chalmers.se/en/publication/223475>.
- May, R. (1983). *The discovery of being: Writings in existential psychology*. W. W. Norton & Company.
- Miwa, Y. ve Hanyu, K. (2006). The effects of interior design on communication and impressions of a counselor in a counseling room. *Environment and Behavior*, 38(4), 484–502. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/0013916505280084>

- Okken, V., van Rompay, T. ve Pruyn, A. (2012). Exploring space in the consultation room: Environmental influences during patient-physician interaction. *Journal of Health Communication*, 17(4), 397–412. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.626498>
- Özgen, E. (2018). İnsan-Mekan Etkileşiminde Sağlık Yapıları ve Mekanın İyileştirici Rolü. *Sanat ve Tasarım Dergisi*, 8(2), 184–195. <https://doi.org/10.20488/sanattasarim.529764>
- Pearson, M. ve Wilson, H. (2012). Soothing spaces and healing places: Is there an ideal counselling room design? *Psychotherapy in Australia*, 18(3), 46–53. <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.317122780048316>
- Perls, F., Hefferline, G. ve Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. Julian Press.
- Rapoport, A. (1990). *The meaning of the built environment: A nonverbal communication approach*. University of Arizona Press.
- Rogers, C. R. (1979). The foundations of the person-centered approach. *Education*, 100(2), 98–107.
- Saari, C. (2002). *The environment: Its role in psychosocial functioning and psychotherapy*. Columbia University Press.
- Sanders, R. ve Lehmann, J. (2019). An exploratory study of clients' experiences and preferences for counselling room space and design. *Counselling and Psychotherapy Research*, 19(1), 57–65. <https://doi.org/10.1002/capr.12202>
- Sinclair, T. (2021). What's in a therapy room?—A mixed-methods study exploring clients' and therapists' views and experiences of the physical environment of the therapy room. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(1), 118–129. <https://doi.org/10.1002/capr.12376>
- Sommer, R. (1969). *Personal Space: The Behavioral Basis of Design*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. <https://eric.ed.gov/?id=ED036112>
- Spinelli, E. (2006). Existential psychotherapy: An introductory overview. *Análise Psicológica*, 24(3), 311–321. <https://doi.org/10.14417/ap.170>
- Stern, D. B. (1997). *Unformulated experience: From dissociation to imagination in psychoanalysis*. Analytic Press.
- Stichler, J. F. (2001). Creating healing environments in critical care units. *Critical Care Nursing Quarterly*, 24(3), 1–20. <https://doi.org/10.1097/00002727-200111000-00002>
- Taiwo, A., Chinyio, E., Hewson, H. ve Agberotimi, S. (2023). Client and therapists' subjective understanding of an ideal therapy room: A divergent reflection of experience. *The European Journal of Counselling Psychology*, 12. <https://doi.org/10.46853/001c.91127>
- Turemuratova, A., Amonov, U. ve Örozboyev, A. (2025). *General information about gestalt therapy and its basic principles*. *New Renaissance International Scientific and Practical Conference* içinde (ss. 297–302). <https://doi.org/10.5281/zenodo.15256717>

- Ulrich, R. S., Zimring, C., Quan, X., Joseph, A. ve Choudhary, R. (2004). The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: A once-in-a-lifetime opportunity. The Center for Health Design. https://www.healthdesign.org/sites/default/files/Role%20Physical%20Environ%20in%20the%2021st%20Century%20Hospital_0.pdf
- Vos, J. (2023). Existential psychological therapies: An overview of empirical research. *Pratiques Psychologiques*, 29(4), 211–229. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2023.09.001>
- Yalom, I. D. (1980). Existential psychotherapy. Basic Books.
- Yolcu, F. Z., Zengin, G., Güçlü, H.K. ve Yalçinkaya, Ş., (2024). Terapötik oyun ile hastane iç mekan tasarımı arasındaki ilişki. *İstanbul Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(12) 257–275. <https://doi.org/10.52122/nisantasisbd.1448257>
- Yolcu, F. Z. ve Aydınlan, E. (2024). Influence of interior design in art therapy applications. P. Karakurt ve G. Giurgiu (Ed.), *Proceedings of the 8th International Artemis Scientific Research Congress* içinde (ss. 161–196). Artemis.
- Yontef, G. ve Simkin, J. (1993). *Gestalt therapy: An introduction*. Gestalt Journal Press.
- Watts, R. E. ve Shulman, B. H. (2003). Integrating Adlerian and constructive therapies: An Adlerian perspective. J. Carlson ve M. E. Englar-Carlson (Ed.), *Adlerian, cognitive, and constructivist psychotherapies: An integrative dialogue* içinde (ss. 9–37). Springer Publishing Company.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. Hogarth Press.
- Witty, M. C. (2007). Client-centered therapy. N. Kazantzis, F. P. Deane ve N. Ronan (Ed.), *Handbook of homework assignments in psychotherapy: Research, practice, and prevention* içinde (ss. 35–50). Springer.
- Wright, J. H., Brown, G. K., Thase, M. E. ve Basco, M. R. (2017). *Learning cognitive-behavior therapy: An illustrated guide*. American Psychiatric Publishing.
- Zimmermann, J., Löffler-Stastka, H., Huber, D., Klug, G., Alhabbo, S., Bock, A. ve Benecke, C. (2015). Is it all about the higher dose? Why psychoanalytic therapy is an effective treatment for major depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(6), 469–487. <https://doi.org/10.1002/cpp.1917>

YAZAR BİYOGRAFİSİ

Fatma Zişan YOLCU

Lisans eğitimini 2020 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi İç Mimarlık Bölümünde, yüksek lisans eğitimini 2024 yılında İç Mimarlık Anabilim Dalında tamamlamıştır. Doktora eğitimine Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi İç Mimarlık Anabilim Dalında devam etmektedir. Işık Üniversitesinde araştırma görevlisi olarak fiziksel çevre kontrolü ve iç mimari tasarım konularında çalışmaktadır.