THE EFFECTS OF SUPERVISOR CHARACTERISTICS ON THERAPISTS' SUPERVISION EXPERIENCE

A THESIS SUBMITTED TO
THE GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
OF
MIDDLE EAST TECHNICAL UNIVERSITY

BY

ALİ CAN GÖK

IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS
FOR
THE DEGREE OF DOCTOR OF PHILOSOPHY
IN
THE DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

NOVEMBER 2017

Approval of the Graduate School of Social Sciences

_____

Prof. Dr. Tülin Gençöz
Director

I certify that this thesis satisfies all the requirements as a thesis for the degree of Doctor of Philosophy.

_____

Prof. Dr. Canan Sümer
Head of Department

This is to certify that we have read this thesis and that in our opinion it is fully adequate, in scope and quality, as a thesis for the degree of Doctor of Philosophy.

_____ _____

Assist. Prof. Dr. Emre Selçuk
Co-Supervisor

Prof. Dr. Tülin Gençöz
Supervisor

Examining Committee Members

Prof. Dr. Gülsen Erden (Ankara Uni., PSİ) _____

Prof. Dr. Tülin Gençöz (METU, PSY) _____

Assoc. Prof. Dr. Mine Mısırlısoy (METU, PSY) _____

Assoc. Prof. Dr. Müjgan İnözü (Hacettepe Uni., PSİ) _____

Assoc. Prof. Dr. Bikem Hacıömeroğlu (Gazi Uni., PSİ) _____

I hereby declare that all information in this document has been obtained and presented in accordance with academic rules and ethical conduct. I also declare that, as required by these rules and conduct, I have fully cited and referenced all material and results that are not original to this work.

Name, Last name : Ali Can Gök

Signature :

ABSTRACT

THE EFFECTS OF SUPERVISOR CHARACTERISTICS ON THERAPISTS' SUPERVISION EXPERIENCE

Gök, Ali Can

Ph.D., Department of Psychology

Supervisor: Prof. Dr. Tülin Gençöz

Co-Supervisor: Assist. Prof. Dr. Emre Selçuk

November 2017, 119 pages

Supervision is a necessity and a core competency in licensure of psychotherapy practice. Research on common factors in supervision revealed supervisory working alliance as a distinguished factor independent from supervision model, treatment model, and treated population. Therefore, the current study aims to examine (1) the time course of supervision process (i.e. Supervisory Working Alliance, Negative Affect related to Supervision) from therapists' point of view, (2) how the interaction of therapists' and supervisors' personal characteristics (i.e. Schema Domain of Disconnection/Rejection, Schema Avoidance, and Schema Overcompensation) is associated with therapists' supervision process (i.e. Supervisory Working Alliance) after controlling for therapist-patient relationship (i.e. Perceived Client Difficulty). Forty-six therapists and 13 supervisors participated in the study. Therapists were sent e-mails for weekly surveys right

after their supervision sessions for 13 consecutive weeks. Results illustrated that Supervisory Working Alliance showed an inverted u-shaped pattern; in contrast to a u-shaped pattern in Negative Affect related to Supervision. Moreover, in three separate multilevel moderation analyses; the interaction terms for Supervisor Disconnection/Rejection Schema Domain and Therapist Disconnection/Rejection Schema Domain, Supervisor Avoidance and Therapist Avoidance, Supervisor Compensation and Therapist Compensation were significant, indicating that when both supervisor and therapist have higher scores on Disconnection/Rejection Schema Domain, Avoidance, and Compensation, supervisory alliance as rated by therapists decreases.

Keywords: Psychotherapy Supervision, Supervisory Working Alliance, Early Maladaptive Schemas.

ÖZ

SÜPERVİZÖR ÖZELLİKLERİNİN TERAPİSTLERİN SÜPERVİZYON DENEYİMİNE ETKİSİ

Gök, Ali Can
Ph.D., Psikoloji Bölümü
Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Tülin Gençöz
Ortak Tez Yöneticisi: Yrd. Doç. Dr. Emre Selçuk

Kasım 2017, 119 sayfa

Psikoterapi süpervizyonu, psikoterapi eğitiminin ve uygulamasının ana bileşenlerinden biridir. Ortak faktörler üzerine yapılan araştırmalar süpervizyon ittifakının uygulanan süpervizyon modeli, tedavi modeli ve tedavi edilen popülasyondan bağımsız bir şekilde öne çıktığını ortaya koymuştur. Dolayısıyla bu çalışma (1) Süpervizyon sürecinin (Süpervizyon İttifakı, Süpervizyon ile İlişkili Olumsuz Duygulanım) terapistlerin bakış açısından zamansal olarak nasıl ilerlediğini, (2) Süpervizörlerin kişisel özellikleri ile (Ayrılma ve Dışlanma/ Reddedilme şema alanı, Şemadan Kaçınma ve Şemayı Aşırı Telafi) terapistlerin kişisel özelliklerinin (Ayrılma ve Dışlanma/ Reddedilme şema alanı, Şemadan Kaçınma ve Şemayı Aşırı Telafi) etkileşiminin terapist-danışan ilişkisini (Algılanan Danışan Zorluğu) kontrol ettikten sonra terapistlerin süpervizyon sürecine (Süpervizyon İttifakı) nasıl etki ettiğini araştırmayı amaçlamaktadır. Çalışmada 46 terapist ve 13 süpervizör yer almıştır ve terapistlere sömestr boyunca

birbirini takip eden 13 hafta boyunca süpervizyon sonrasında doldurulmak üzere haftalık formlar gönderilmiştir. Çalışmanın bulgularında Süpervizyon İttifakında ters u-şeklinde ve Süpervizyon ile İlişkili Olumsuz Duygulanımda ise u-şeklinde bir gelişim örüntüsü ortaya çıkarmıştır. Ana analizler için, üç adet ayrı çok düzeyli yönetici değişken analizi yapılmıştır. Bu yapılan üç ayrı analizde Süpervizör ve terapistin Ayrılma ve Dışlanma/ Reddedilme şema alanı puanlarının etkileşimi, süpervizör ve terapistin Şemadan Kaçınma puanlarının etkileşimi, ve süpervizör ve terapistin Şemayı Aşırı Telafi puanlarının etkileşiminin terapist-danışan ilişkisini kontrol ettikten sonra terapistlerin Süpervizyon İttifakına negatif yönlü etkisi anlamlı çıkmıştır.

Anahtar kelimeler: Psikoterapi Süpervizyonu, Süpervizyon İttifakı, Erken Dönem Uyumsuz Şemalar.



To my family...

ACKNOWLEDGEMENTS

First of all, I would like praise my advisors; Prof. Dr. Tülin Gençöz, who provided valuable feedbacks for me both as an advisor and as a supervisor, Assist. Prof. Dr. Emre Selçuk, who has been a great role model with his energy and enthusiasm.

I express gratitude to my thesis committee members, Assoc. Prof. Dr. Mine Mısırlısoy and Assoc. Prof. Dr. Müjgan İnözü for their precious contributions to my dissertation work; thesis jury members Prof. Dr. Gülsen Erden and Assoc. Prof. Dr. Bikem Hacıömeroğlu for being there for me.

My clinical supervisors inspired me throughout my graduate education; Dr. Nurten Özüorçun Küçükertan, Dr. Bahar Köse Karaca, Dr. Öznur Öncül, Dr. Dilek Demirtepe Saygılı, Dr. Gaye Zeynep Çenesiz, Assoc. Prof. Dr. Deniz Canel Çınarbaş, Prof. Dr. Faruk Gençöz, and Prof. Dr. A. Nuray Karancı. Their contributions developed me as a scholar, a clinician, and a supervisor. I was also inspired by the psychotherapists, whom I supervised; Onur Can Çabuk, Selen Arslan, Özlem Okur, Derya Yağmur Karataş, Berkay Köse, Pelşin Ülgen, Selen Eltan, and Dolunay Cemre Durmuş. Working with you provided me insights on both my supervisory work and my thesis.

I am grateful to my peer supervision group; Ezgi Tuna, İpek Demirok, Kerim Selvi, Yankı Süsen, İlknur Dilekler, Yeliz Şimşek Alphan, Zulal Törenli Kaya, Tuğba Yılmaz, Beyza Ünal. We have endured the ups and downs of the supervision together.

I would like to show appreciation to AYNA crew, too. Their support and participation in both "Client Difficulty Scale" study and the main study relieved me from great burden. I am indebted to AYNA secretariat for making things easier for me. I want to thank all the therapists and supervisors participated in the study,

since -you know- it took really long. I would also like to thank to Neli Gagua and Ahmet İmamoğlu for their assistance with the organization of data collection.

As for friends of mine, they were always there for me when I needed assistance and guidance; Özcan Elçi, for being a brother to me; Ezgi Tuna, İpek Demirok, Yankı Süsen, and Hilal Döner, for being the sisters I never had; Elçin Gündoğdu Aktürk, and Bülent Aykutoğlu, for their respectful friendship; Kutlu Kağan Türkaslan, Mustafa Çevrim, Fatih Yılmaz, and Deniz Okay, for forming the worst squad ever.

My family, Dursune Gök, Cemil Gök, and Taylan Caner Gök, I bow down to them for their endless support.

Finally, Selmin Erdi Gök... I would like to thank her for her close companionship. She is like "the one ring" to my Sauron, Rick to my Morty, Monica to my Chandler, Heisenberg to my Mr. White, White Russian to my Lebowski, Padme to my Anakin, and light to my life.

TABLE OF CONTENTS

PLAGIARISM iii
ABSTRACT iv
ÖZ vi
DEDICATION viii
ACKNOWLEDGEMENTS ix
TABLE OF CONTENTS xi
LIST OF TABLES xv
LIST OF FIGURES xvi
CHAPTER
1. INTRODUCTION 1
1. 1. Psychotherapy Supervision 1
1.1.1. Supervisory Relationship 2
1.1.2. Supervisory Working Alliance 3
1.1.2.1. Working Alliance 3
1.1.2.2. Differences and Similarities between Supervisory Working Alliance and Therapeutic Working Alliance 4
1.1.2.3. Establishment of a Strong Working Alliance 5
1.1.2.4. Time Course of Working Alliance 7
1.1.2.5. Research on Supervisory Working Alliance 8
1.2. Early Maladaptive Schemas 9
1.2.1. Acquisition of Schemas 10
1.2.2. Early Maladaptive Schemas and Schema Domains 11
1.2.2.1. Schema Domain of Disconnection and Rejection 11
1.2.2.2. Schema Domain of Impaired Autonomy and Performance 12
1.2.2.3. Schema Domain of Impaired Limits 13
1.2.2.5. Schema Domain of Overvigilance and Inhibition 14

1.2.2.6. Three Domains Structure of Schemas 15
1.2.3. Schema Coping Styles 16
1.2.4. Schemas and Working Alliance 17
1.3. Investigation of Supervision as a Change Process 20
1.4. Aims of the Present Study 20
2. METHOD 22
2.1. Procedure 22
2.2. Participants 23
2.2.1. Therapists 23
2.2.2. Supervisors 25
2.3. Measures 25
2.3.1. Young Schema Questionnaire 27
2.3.2. Young Compensation Inventory 28
2.3.3. Young Rygh Avoidance Inventory 28
2.3.4. Working Alliance Inventory 29
2.3.5. Positive and Negative Affect Schedule 31
2.3.6. Client Difficulty Scale 31
2.4. Statistical Analyses 32
3. RESULTS 33
3.1. Confirmatory Analyses 33
3.1.1. Descriptive Statistics and Weekly Patterns of Level 1 Variables 33
3.1.1.1. Descriptive Statistics and Weekly Pattern of Supervisory Alliance 34
3.1.1.2. Descriptive Statistics and Weekly Pattern of Negative Affect 35
3.1.2. Growth Model for Level 1 Variables 36
3.1.2.1. Growth Model For Supervisory Alliance 36
3.1.2.2. Growth Model for Negative Affect 38
3.1.3. Lagged Multilevel Models of Level 1 Variables 40
3.1.3.1. Supervisory Alliance as Outcome Model 40
3.1.3.2. Negative Affect as Outcome Model 41

3.1.4. Effects of Therapist and Supervisor Characteristics on Supervisory Alliance 42
3.1.4.1. Effects of Therapists' and Supervisors' Disconnection/ Rejection Schema Domain on Supervisory Alliance 43
3.1.4.2. Effects of Therapists' and Supervisors' Compensation Schema Coping Style on Supervisory Alliance 45
3.1.4.3. Effects of Therapists' and Supervisors' Avoidance Schema Coping Style on Supervisory Alliance 46
3.2. Post-hoc Power Analysis 47
3.3. Exploratory Analyses 48
3.3.1. Descriptive Statistics and Weekly Patterns of Positive Affect and Client Difficulty 48
3.3.1.1. Descriptive Statistics and Weekly Pattern of Positive Affect 48
3.3.1.2. Descriptive Statistics and Weekly Pattern of Client Difficulty 49
3.3.2. Growth Models for Positive Affect and Client Difficulty 50
3.3.2.1. Growth Model for Positive Affect 50
3.3.2.2. Growth Model for Client Difficulty 52
3.3.3. Effects of Therapists' Education Level on Supervisory Alliance 53
3.3.4. Effects of Therapist and Supervisor Impaired Autonomy/Other Directedness and Impaired Limits/Exaggerated Standards Schema Domains on Supervisory Alliance 54
3.3.4.1. Effects of Therapists' and Supervisors' Impaired Autonomy/ Other Directedness Schema Domain on Supervisory Alliance 55
3.3.4.2. Effects of Therapists' and Supervisors' Impaired Limits/Exaggerated Standards Schema Domain on Supervisory Alliance 56
4. DISCUSSION 59
4.1. General Discussion 60
4.2. Strengths of the Study 64

4.3. Limitations of the Study 65
4.4. Clinical Implications 65
REFERENCES 67
APPENDICES
A: INFORMED CONSENT/GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU 76
B: DEMOGRAPHIC FORM/DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU 77
C: YOUNG SCHEMA QUESTIONAIRRE/YOUNG ŞEMA ÖLÇEĞİ 78
D: YOUNG COMPENSATION INVENTORY/YOUNG AŞIRI TELAFİ ÖLÇEĞİ 84
E: YOUNG RYGH AVOIDANCE INVENTORY/YOUNG RYGH KAÇINMA ÖLÇEĞİ 87
F: WORKING ALLIANCE INVENTORY – THERAPIST SHORT FORM/SÜPERVİZYON İTTİFAKI ÖLÇEĞİ – TERAPİST KISA FORM 90
G: POSITIVE AND NEGATIVE AFFECT SCHEDULE/OLUMLU VE OLUMSUZ DUYGU ÖLÇEĞİ 92
H: CLIENT DIFFICULTY SCALE/DANIŞAN ZORLUK ÖLÇEĞİ 94
I: CURRICULUM VITAE 95
J: TURKISH SUMMARY/TÜRKÇE ÖZET 97
K: TEZ FOTOKOPİSİ İZİN FORMU 119

LIST OF TABLES

TABLES

Table 1 Early Maladaptive Schemas 16
Table 2 Schedule of Data Collection 24
Table 3 Demographic Characteristics of the Participants 26
Table 4 Weekly Descriptive Statistics of Supervisory Alliance 34
Table 5 Weekly Descriptive Statistics of Negative Affect 35
Table 6 Multilevel Model Predicting Growth in Supervisory Alliance 37
Table 7 Multilevel Model for Predicting Growth in Negative Affect 39
Table 8 Lagged Multilevel Model for Supervisory Alliance as Outcome Model .. 41
Table 9 Lagged Multilevel Model for Negative Affect as Outcome Model 42
Table 10 Effects of Therapists' and Supervisors' Disconnection/Rejection Schema Domain on Supervisory Alliance 44
Table 11 Effects of Therapists' and Supervisors' Compensation Schema Coping Style on Supervisory Alliance 45
Table 12 Effects of Therapists' and Supervisors' Avoidance Schema Coping Style on Supervisory Alliance 47
Table 13 Weekly Descriptive Statistics of Positive Affect 48
Table 14 Weekly Descriptive Statistics of Client Difficulty 49
Table 15 Multilevel Models Predicting Growth in Positive Affect 52
Table 16 Multilevel Model Predicting Growth in Client Difficulty 53
Table 17 Effects of Therapists' Education Level on Supervisory Alliance 54
Table 18 Effects of Therapists' and Supervisors' Impaired Autonomy/Other Directedness Schema Domain on Supervisory Alliance 56
Table 19 Effects of Therapists' and Supervisors' Impaired Limits/ Exaggerated Standards Schema Domain on Supervisory Alliance 58

LIST OF FIGURES

FIGURES

Figure 1. Weekly Pattern of Supervisory Alliance 34
Figure 2. Weekly Pattern of Negative Affect 35
Figure 3. Weekly Patterns of Supervisory Alliance and Negative Affect 38
Figure 4. Weekly Pattern of Positive Affect 49
Figure 5. Weekly Pattern of Client Difficulty 50

CHAPTER 1

INTRODUCTION

It was argued that research and practice of clinical psychology were diverged; thus, perceived as two separate entities (Mayman, 1976). Scarcity of research on clinical psychology practice was problematic; therefore, studies on applied areas of clinical psychology, such as psychotherapy and psychotherapy supervision, were to be reinforced, and increased in number (Mayman, 1976). Since then, a great effort was put in order to investigate the practice of clinical psychology, especially on psychotherapy effectiveness and psychotherapy efficacy (Amato, et al., 2005; Arean, et al., 1993; Bohus, et al., 2004; Dobson, 1989; Espie, Inglis, Tessier, & Harvey, 2001; Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, & Geller, 2007; Stewart & Chambless, 2009). However, psychotherapy training and supervision have received less attention as compared to psychotherapy effectiveness and efficacy (Hill & Knox, 2013). More research is needed for a better understanding of psychotherapy supervision (Hill & Knox, 2013). Hence, the current study aims to take a closer to psychotherapy supervision process.

1. 1. Psychotherapy Supervision

Clinical supervision or psychotherapy supervision is a necessity and a core competency in licensure of psychotherapy practice (Milne & Watkins, 2014). In order to become a practicing psychotherapist; national psychological associations, psychotherapy institutions, and graduate programs ensure supervision as a crucial part of psychotherapy education (Milne & Watkins, 2014). Supervision is defined as a systematic educative intervention, provided by a more experienced psychotherapist, with purposes of professional development of novice

psychotherapist and ascertain the quality of psychotherapy provided to clients (Bernard & Goodyear, 2014).

Milne (2007) defines psychotherapy supervision as an education process based on relationship between supervisor and therapist, focusing on the work performed by therapist. Bordin (1983) points out the objectives in psychotherapy supervision as following: mastery of therapeutic skills, enhancing therapist's understanding of client's problems, enhancing and handling issues related to therapeutic process, enhancing self-awareness and its effect on therapeutic process, overcoming therapist's difficulties which have an impact on therapeutic process, enhancing and deepening knowledge on theory, yield basis for research, and lastly maintaining the quality of psychotherapy service offered to clients.

1.1.1. Supervisory Relationship

Numerous models of supervision have been implemented in order to understand how learning and professional development occur during the supervision (Milne & Watkins, 2014); nevertheless, few of them paid attention to supervisory relationship (Beinart, 2014). On the other hand, findings illustrated that supervision models were not better than each other to fully explain the learning process in supervisory process (Ladany, Ellis, & Friedlander, 1999; Morgan & Sprenkle, 2007). Therefore, foci of research have shifted to common factors in psychotherapy supervision (Ladany, et al., 1999).

Research on common factors in supervision revealed supervisory relationship as a distinguished factor independent from supervision model, treatment model, and treated population (Morgan & Sprankle, 2007; Watkins, 2014). Supervisor carries out supervisory task within the supervisory relationship (Ramos-Sanchez, et al., 2002). In contemporary understanding, most scholars perceive supervisory relationship as a crucial part of supervision efficacy (Beinart, 2014; Ladany, et al., 1999; Watkins, 2014).

Although theories on psychotherapy supervision do not explicitly focuses on supervisory relationship, importance of supervisory relationship ingrained in all

theories and techniques used in supervisory process (Ellis, 2010; Ladany, et al., 1999; Watkins, 2014). Furthermore, though it was not discussed openly, early writings on supervision contained notions about the importance of supervisory relationship (Watkins, 2014). Vital role of supervisory relationship is accepted unanimously (Watkins, 2014), and it is almost impossible to effectuate an efficient supervision without a strong supervisory relationship (Ramos-Sanchez, et al., 2002).

1.1.2. Supervisory Working Alliance

Supervisory relationship and supervisory working alliance are two terms used interchangeably (Beinart, 2014). However, supervisory relationship refers to a more general term; while, the term "supervisory working alliance" (SWA) is more contingent with the writings of Bordin (1983) and a more theory-driven term (Beinart, 2014). SWA covers the emotional bond and the reciprocal agreement on tasks and goals of supervision between the supervisor and the supervisee (Bordin, 1983). SWA is established on the vast literature on therapeutic working alliance (Beinart, 2014).

1.1.2.1. Working Alliance

It has been long known that therapeutic relationship has a consistent effect on outcome of therapy (Horvath & Bedi, 2002; Horvath, Del Re, Fluckinger, & Symonds, 2011; Tryon & Kane, 1990). For example, a meta-analysis of 24 studies, which investigated the relationship between working alliance and psychotherapy outcome, reported a robust relationship (Horvath & Symonds, 1991). Research show that strong working alliances are related to better therapeutic outcomes; while, weak working alliances are related to client drop-out (Horvath & Bedi, 2002; Samstag et al., 2008). In therapeutic working alliance literature, ruptures and restoration of working alliance are the key features of therapeutic change (Safran & Muran, 2000). Ruptures refer to declines in the relationship between therapist and the patient (Safran & Muran, 2000). Overcoming these obstacles in the working alliance leads to therapeutic change (Safran & Muran, 2000); thus,

ruptures usually become opportunities for strengthening the therapeutic relationship and achieving some therapeutic change. Consistent with this argument, Bordin (1983) translated the rupture and repair model to supervisory field. In this regard, overcoming the obstacles on SWA leads to better outcomes (Ladany, Friedlander, & Nelson, 2005).

1.1.2.2. Differences and Similarities between Supervisory Working Alliance and Therapeutic Working Alliance

Although some authors claim translational models and research from therapy to supervision might be limiting due to the fact that supervision and therapy are distinct processes (Beinart, 2014), similarities between psychotherapy and supervision cannot be overlooked (Grey & Fiscalini, 1987). Bordin (1983) claims that a working alliance is present in all processes which aim change; involving teacher-student relationship, and parent-child relationship. His view on SWA is an extension of working alliances in change processes, the processes which include a person who is willing to change or being a change agent (1983). Supervision is perceived as both didactic and therapeutic process (Bordin, 1983; Doehrman, 1976); therefore, an aim of change is inherent in supervision.

A prominent distinction between supervision and therapy is that supervision is mandatory for psychotherapy course work (Ladany, et al., 1999). Furthermore, in supervision there is an evaluative part in which the supervisor evaluates therapists' performance (Ramos-Sanchez, et al., 2002; Watkins, 2014). On the other hand, there is a relationship between satisfaction with supervision and emotional bond factor of SWA (Ladany, et al., 1999). Strong emotional bond with supervisor is associated with therapists' positive perception of their supervisors' qualities and performance, and this may lead therapists to feel more comfortable in supervisory situation (Ladany, et al., 1999). For instance, high emotional bond with supervisor is related to more disclosure by therapist during supervisory session, which is an important tool while carrying out supervision (Mehr, Ladany, & Caskie, 2010; Mehr, 2011). Although there are situational differences between therapeutic situation and supervisory situation, we may conclude that an alliance is needed to

carry out the tasks related to both situations (Bordin, 1983). We may conceptualize it as SWA lays the playground in which supervisory tasks takes place.

1.1.2.3. Establishment of a Strong Working Alliance

Establishment of a strong working alliance is a necessity in all change processes (Bordin, 1983). Self-defeating habits, thoughts, and actions manifest themselves in the working alliance, and lead to ruptures in the alliance. One person's self defeating habits will inevitably be revealed in the change process (Bordin, 1983). When these self defeating issues are brought up in change process, the person would experience new forms of action, thoughts, and emotions (Bordin, 1983). Furthermore, change process is augmented, when ruptures in alliance are repaired (Bordin, 1983). This is valid for all change processes. In supervisory situation, the therapist is expected to disclose his/her personal conflict manifested in the therapeutic work he/she is carrying, in a manner that supports change process (Bordin, 1983). In this very spot, supervisory task is to explore this conflict within the framework of therapeutic work and how it interferes with therapeutic work (Bordin, 1983). Personal characteristics manifested in supervisory situation by supervisor and therapist have a potential to influence the quality of supervisory relationship (Watkins, 2014).

It is important to set a good start in supervisory working alliance, once ruptures occurred the relationship becomes more challenging (Beinart, 2014). Establishing and maintaining a trusting and secure emotional connection within the supervisory relationship provides confidence to therapists, enhances therapists' exploration of new treatment possibilities and attunement to clients' emotional needs (Angus & Kagan, 2007). Ruptures in supervisory alliance, if not handled well, may cause adverse consequences on the processes of both supervisee (Ellis, 2010) and the client in the therapy (Bambling, King, Raue, Schweitzer, & Lambert, 2006). Negative supervisory experiences, especially interpersonal problems within supervision, have a detrimental effect on supervisory relationship, and therapists' development in supervision (Ramos-Sanhcez, et al. 2002).

Rupture and repair model gives SWA a dynamic stance rather than a static one (Ladany, et al., 1999). Dynamic nature of SWA brings "ups and downs" to the relationship, and a change over time can be observed (Ladany, et al., 1999). For instance, both positive and negative experiences affect the course of SWA. Establishment of a strong alliance may depend on overcoming the conflicts on SWA (Safran & Muran, 2000). In order to examine the SWA properly, longitudinal studies are to be utilized rather than cross sectional (Ladany, et al., 1999); so that researchers may examine the time course of conflicts and resolutions.

Moreover, Rosenfeld (2010) listed several factors that have an effect on effective supervision such as; therapist's personal problems marked in supervision, supervisor's personal characteristics having an impact on therapist's professional growth, feeling understood and respected by the supervisor, a trusting supervisory environment. All factors listed by Rosenfeld (2010) refer indirectly to how supervisor and therapist are able work the conflicts within the supervisory relationship.

Another point is that the quality of relationship with significant others is conveyed to other relationships through life span (Ainsworth, 1989; Angus & Kagan, 2007). This same principle is valid for supervisory relationship (Angus & Kagan, 2007). Correspondence between the quality of supervisory relationship and therapeutic alliance is a natural process (Doehrman, 1976; Searles, 1955). Therapists gain knowledge on how to build and maintain relationships in supervision and convey it to their therapeutic work (Searles, 1955). In addition, it is not an uncommon process that therapists experience difficulties that resemble their own problematic relationships with their significant others from past within the therapeutic relationship with their clients (Young, Kolosko, & Weishaar, 2003). Permeability among relationships within the framework of person's schemas is a normative process. Similarity is natural in a therapist's experience of therapeutic situation and supervisory situation (Bordin, 1983).

1.1.2.4. Time Course of Working Alliance

As mentioned earlier, rupture and repair model construes working alliance as dynamic rather than stable (Ladany, et al., 1999). An inherent dynamic nature indicates "ups and downs" in the relationship over time (Ladany, et al., 1999). What is known about time course of working alliance is based on psychotherapy research (Stiles & Goldsmith, 2010).

Research on the time course of working alliance emerged two types of working alliance patterns; which are "linear increase" and "high-low-high (U shaped) pattern" (Stiles & Goldsmith, 2010). Various theorists conceptualize the pattern of working alliance as U-shaped (Stiles & Goldsmith, 2010). For example, Luborsky (1976) proposed that the strength of a working alliance may fluctuate in time. Furthermore, Mann (1973, p. 46) posits that relationship is set in the initial phases of psychotherapy. During middle phases patient brings therapy conflicted relationship patterns about objects from past; hence, ambivalence emerges in the therapy relationship (Mann, 1973). In other words, it can be interpreted as ruptures, decreases in working alliance, occur in the middle phases of psychotherapy. Resolution of conflicts revealed in the middle phase would lead to ego development and anxiety reduction, which is a good therapy outcome (Mann, 1973).

The studies that have found a linear increase in working alliance over time (Fitzpatrick, Iwakabe, & Stalikas, 2005; Joyce & Piper, 1990; Patton, Kivligan, & Multon, 1997), measured working alliance three or four times during the psychotherapy process. However, most probably due to inconsistent nature of this relationship, some studies were unsuccessful to reveal linear increase in working alliance (Hilsenroth, Peters, & Ackerman, 2004; Sexton, Hembre, & Kvarme, 1996). Furthermore, a bias might have occurred, since what happened between measurement occasions is unknown. In this vein, working alliance should be studied in supervisory relationship through longitudinal studies; furthermore, working alliance should be measured more often (i.e., with shorter time intervals) in order to take a better picture of the process.

1.1.2.5. Research on Supervisory Working Alliance

Supervisory working alliance is transtheoretical concept and all supervision models contain working alliances between supervisor and therapist (Watkins, 2014). However, research on supervisory alliance is scarce (Angus & Kagan, 2007; Beinart, 2014). Limited research on supervision focused on issues such as basic skills training, effects of structured training, and characteristics of trainer and trainee (Hill, & Knox, 2013).

As noted before, SWA is transferred from therapeutic alliance literature (Beinart, 2014), and numerous studies utilized Bahrick's (1990) adapted version of Horvath and Greenberg's (1989) "Working Alliance Inventory" in supervisory relationship studies. Research utilizing Bahrick's adapted version of Working Alliance Inventory illustrated SWA is related to various supervisory variables (Beinart, 2014), such as, therapists' willingness to disclose in supervision (Mehr, et al., 2010; Mehr, 2011), therapists' satisfaction with supervision (Inman, 2006; Ladany, Ellis, & Frienlander, 1999), therapists' role conflict in supervision (Ladany & Friedlander, 1995), evaluation process in supervision (Lehrman-Waterman & Ladany, 2001), supervisors' interpersonal sensitivity, ethical behavior in supervision (Ladany, Walker, & Melincoff, 2001), and multicultural competence (Inman, 2006).

Another area that the supervisory relationship related to is professional development of psychotherapists such as; therapeutic skills development (Ellis & Ladany, 1997), and perceived effectiveness of therapeutic skills (Palomo, Beinart, & Cooper, 2010). Some authors claim that supervisory relationship has only an effect on supervisee development, and no effect on therapy outcome (Beinart, 2014). However, findings on effect of supervisory relationship on therapeutic outcomes are controversial (Bambling, et al., 2006). There is supportive evidence that higher supervisory alliance is related to better therapy outcome (Bambling, et al., 2006).

Efficacy of supervision hypothesized to depend on the quality of SWA (Watkins, 2014). In return, the quality of SWA is based on the necessities and requirements of the supervisory situation and supervisor's and therapist's personality factors that revealed during supervisory process (Watkins, 2014). Attachment theory is useful in understanding relationships, since it illustrates how internal working models originated from relationships with attachment figures have an effect on adult relationships later in life (Ramos-Sanchez, et al. 2002). Utilizing attachment styles proved to be useful in conceptualizing formation and maintaining of adult relationships, such as friendship, kinship, romantic relationships (Ainsworth, 1989). This effort extended to grasp a perspective on therapeutic and supervisory relationships (Ramos-Sanchez, 2002). Early Maladaptive Schemas (EMSs), a concept theoretically close to internal working models of the attachment theory, may be useful in understanding the effects of personal characteristics manifested in supervisory relationship.

1.2. Early Maladaptive Schemas

The concept of schema has a long and widespread history in psychology (Edwards & Arntz, 2012). It was used since Barlett (1932) and Piaget (1952), as cognitive organizations that shape one's perception and making sense of the world - even though Barlett had employed the term "schemata". Moreover, Beck (1967) described schemas as cognitive structures which are utilized in screening, coding and evaluating incoming data; thus, sought useful in conceptualizing and understanding mental disorders such as depression and anxiety disorders. Beck (1967) hypothesized that a distorted way of understanding one's self and one's world may lead emergence and maintenance of psychopathology. Dysfunctional beliefs and erroneous conceptualizations stemmed from underlying schemas may also serve as a vulnerability factor for psychological disorders (Beck, 1967). Therefore, a great deal of attention has been spent on schemas in modern psychotherapies (van Genderen, Rijkeboer, & Arntz, 2012).

Usage of the term "schema" is extensive; thus, different theories and explanations have been implemented (van Genderen, et al., 2012). In the present study, Young's

approach (1999), and the concept of EMSs (Young, et al., 2003) will be used in order to prevent bafflement. The terms "schema" and "EMS" will be used interchangeably, henceforward.

EMSs are defined as "a broad pervasive theme or pattern; comprised of memories, emotions, cognitions, and bodily sensations; regarding one's self and one's relationship with others; developed during childhood or adolescence; elaborated through one's life time; dysfunctional to some degree" (Young, et al., 2003, p. 7). EMSs function as cognitive maps which are utilized to interpret and predict one's self, others and the world (van Genderen, et al., 2012).

EMSs are rooted from early interactions with significant others (Young, 1999). Growing literature suggest that factors such as child's temperament also contributes to emergence of schemas (van Genderen, et al., 2012). EMSs develop due to unmet core emotional needs throughout early life (Young, et al., 2003). Young proposed five core emotional needs: namely, secure attachment to others including safety, nurturance, and acceptance needs; autonomy, competence, and a sense of identity; freedom to express valid needs and emotions; spontaneity and play; and lastly, realistic limits and self-control (Young, et al., 2003).

1.2.1. Acquisition of Schemas

Young (1999) hypothesized that relationships with significant others result in schemas, principally toxic experiences; however, not all schemas necessarily stem from traumas and mistreatment. Four processes are illustrated in developing EMSs; which are "toxic frustration of needs", "traumatization or victimization", "receiving too much of the good", and "selective internalization of significant others" (Young, et al., 2003).

First process operating in acquisition of schemas is "toxic frustration of needs". In this process, child receives too little attention or too constricted interaction with significant others thus the child's core emotional needs are not satisfactorily met. Schemas such as "Emotional deprivation" and "Abandonment" may be linked to such processes.

The second one is “traumatization or victimization”. In this process, the child is involved in a traumatic event and/or become victim in hazardous circumstances. Schemas such as “Mistrust/Abuse”, “Defectiveness/Shame”, and “Vulnerability to harm” may develop as a result of traumatization or victimization in one’s early life.

Third process in schema acquisition is that child takes too much of good from significant others as opposed to first process defined above where child receives too little. Parents or the caregivers provide too much, as a result the child fails to establish base for taking care of his/her own needs which prevents him/her to develop autonomy and realistic limits.

Last process in developing schemas is “selective internalization or identification with significant others” in which the child does not internalize or identify with the entire aspects of the significant others but, selectively internalize or identify with some characteristics of significant others (Young, et al., 2003).

1.2.2. Early Maladaptive Schemas and Schema Domains

There are 18 different EMSs under five schema domains; namely, Disconnection and Rejection, Impaired Autonomy and Performance, Impaired Limits, Other Directedness, and Overvigilance and Inhibition (Young, et al., 2003). Schema domains are higher order factor structures that schemas group under (Young, 1999).

1.2.2.1. Schema Domain of Disconnection and Rejection

First schema domain is named as “Disconnection and Rejection” containing the unsatisfied needs of acceptance, security, safety, stability, and nurturing. Schemas in “Disconnection and Rejection” domain refer to not being able to form secure, satisfying attachments to other people. Family atmosphere contains unstable, abusive, cold, rejecting, and isolated forms of relationship. “Abandonment/Instability”, “Mistrust/Abuse”, “Emotional Deprivation”, “Defectiveness”, and “Social Isolation” schemas are grouped under this domain

(Young, et al., 2003). Abandonment/Instability schema is the belief about perceived instability or unreliability in relationships with other people and involves the feelings that significant others will not be able to continue providing emotional support, connection, strength, or safety because they are emotionally unpredictable, and unreliable, or present only intermittently; since they will die probably; or they will abandon for someone better. Mistrust/Abuse schema is the perception that others will hurt, abuse, humiliate, cheat, lie, manipulate, or take advantage of one on purpose (Young, et al., 2003). In addition, people with Emotional Deprivation schema have the expectations of one's need of emotional support will not be met adequately. There are three subtypes of this EMS: Deprivation of Nurturance, unmet needs of attention, affection, warmth, and companionship; Deprivation of Empathy, unmet needs of understanding, listening, self-disclosure, or mutual sharing of emotions from others; Deprivation of Protection, unmet needs of strength, direction, or guidance from others (Young, et al., 2003). Defectiveness/Shame schema includes the belief that one is defective, bad, unwanted, inferior, and invalid in relevant aspects. People with this schema may be sensitive to criticism, rejection, and blaming (Young, et al., 2003). Social Isolation/Alienation is the final schema under Disconnection/Rejection domain which refers to the feeling that one is isolated from rest of the world, different from other people, and/or not a part of any group (Young, et al., 2003).

1.2.2.2. Schema Domain of Impaired Autonomy and Performance

"Impaired Autonomy and Performance" is the second schema domain. Autonomy implies the capacity to function independently according to one's age. Therefore, this domain contains "expectations about oneself and the environment that meddle with one's perceived ability to separate, survive, live independently, and/or perform successfully". This schema domain originates from enmeshed family atmosphere. Members of family act in an overprotective manner that sabotage child's confidence and fail to support child's proficient performance outside of the family. As a result, child is unable to form his/her own identity and create his/her own life, furthermore, stay childish throughout his/her adulthood. This schema

domain includes schemas of "Dependence/Incompetence", "Vulnerability to Harm or Illness", "Enmeshment/Undeveloped Self", and "Failure" (Young, et al., 2003).

People with "Dependence/Incompetence" schema carries the belief that they are incompetent of handling daily responsibilities successfully without a great help coming from others (Young, et al., 2003). "Vulnerability to Harm or Illness" comprises exaggerated fear that an unexpected catastrophe will happen at almost any time and the individual will not be able to deal with it (Young, et al., 2003). "Enmeshed/Undeveloped Self" schema refers to utmost involvement with one or more significant other, sacrificing individuation and social development by holding the belief that at least one person is unable to survive without the other in the enmeshed relationship (Young, et al., 2003). Lastly, "Failure" schema holds the belief that one will fail in the areas of achievement (e.g., academic, career, sports) and will be inadequate in terms of achievement in comparison to peers, no matter how hard one tries (Young, et al., 2003).

1.2.2.3. Schema Domain of Impaired Limits

Third domain is "Impaired Limits" referring to inadequacy in internal limits, responsibility towards others, and long-term goal orientation. "Permissiveness, overindulgence, lack of direction; or a sense of superiority rather than appropriate confrontation, discipline, and limits in relation to taking responsibility, cooperating in a reciprocal manner, and setting goals" are the characteristics of families which people with schemas under Impaired Limits domain. "Entitlement/Grandiosity" and "Insufficient Self Control/Self Discipline" are the schemas under this domain (Young, et al., 2003).

"Entitlement/Grandiosity" schema stems from the belief that one is superior to others; deserving special rights and privileges; or not bound to the rules of reciprocity that governs normal social interactions (Young, et al., 2003). "Insufficient Self-Control/Self Discipline" schema includes the condition that pervasive hardship or refusal to perform sufficient self-control and frustration

tolerance to achieve one's personal goals, or to restrain the extreme expression of one's emotions and impulses (Young, et al., 2003).

1.2.2.4. Schema Domain of Other Directedness

"Other Directedness" is the fourth schema domain indicating the characteristics of people who put excessive emphasis on desires, feelings, responses, and needs of others at the cost of sacrificing their own needs in order to obtain love and approval, preserve their sense of relatedness, or avoid vengeance. This schema domain is originated in conditional acceptance in family environment: the child must restrict important aspects of himself/herself to attain love, attention, and approval from significant others. "Subjugation", "Self-Sacrifice", "Approval-Seeking/Recognition-Seeking" are the schemas grouped under this domain (Young, et al., 2003).

"Subjugation" schema comprises extreme surrendering of control to others in order to avoid anger, abandonment, or retaliation (Young, et al., 2003). "Self-Sacrifice" schema is based on excessive emphasis on voluntarily satisfying the needs of others at the expense of one's own needs (Young, et al., 2003). Lastly, "Approval-Seeking/Recognition-Seeking" schema refers to excessive focus on gaining approval, recognition or attention from other people or conformity, at the expense of developing a secure and true sense of self (Young, et al., 2003).

1.2.2.5. Schema Domain of Overvigilance and Inhibition

"Overvigilance and Inhibition" is the last schema domain which is based on characteristics of people who conceal their spontaneous emotions and impulses, and rather follow rigid, internalized rules and expectations about performance and ethical behavior at the cost of happiness, self-expression, relaxation, close relationships, or health. This domain mainly rooted from families with harsh, rigid, demanding, or perfectionist features. "Negativism/Pessimism", "Emotional Inhibition", "Unrelenting Standards/Hypercriticalness", and "Punitiveness" are the schemas under this domain (Young, et al., 2003).

"Negativism/Pessimism" refers to a pervasive, lifelong focus on the negative aspects of life while minimizing or neglecting the positive or optimistic aspects with constant expectation that things will eventually go terribly wrong (Young, et al., 2003). "Emotional Inhibition" schema contains an extreme inhibition of spontaneous action, feeling, or communication, in order to avoid disapproval by others, feelings of shame, or losing control of one's impulses (Young, et al., 2003). "Unrelenting Standards/Hypercriticalness" contains the belief that one must endeavor to fulfill extremely high internalized standards of behavior and performance, in order to avoid criticism (Young, et al., 2003). Finally, "Punitiveness" schema includes the belief that people should be harshly punished for making mistakes (Young, et al., 2003).

1.2.2.6. Three Domains Structure of Schemas

After 18 schemas under 5 domains were suggested (Young, et al., 2003), factor analytic studies utilizing Young Schema Questionnaire illustrated different numbers of schemas and schema domains (Schmidt, et al., 1995; Oei, & Baranoff, 2007).

In the present study, three schema domains revealed in Sarıtaş and Gençöz's study (see Table 1) will be utilized (Sarıtaş, & Gençöz, 2011); which were Impaired Limits/Exaggerated Standards schema domain encompassing schemas of Entitlement, Approval Seeking, Unrelenting Standards, Pessimism, Insufficient Self Control, Punitiveness; Disconnection/Rejection schema domain encompassing schemas of Emotional Deprivation, Social Isolation, Defectiveness/Shame, Emotional Inhibition, Mistrust/Abuse, Failure; Impaired Autonomy/Other Directedness schema domain encompassing schemas of Subjugation, Dependency/Incompetence, Enmeshment, Vulnerability to Harm, Abandonment/Instability, Self Sacrifice (Sarıtaş & Gençöz, 2011). Studies conducted in Turkey mainly use three schema domain structure (Gök, 2012; Ünal, 2012); hence it will be utilized in the current study.

Table 1
Early Maladaptive Schemas

Schema Domain	Impaired Limits/ Exaggerated Standards	Disconnection/ Rejection	Impaired Autonomy/ Other Directedness
Early Maladaptive Schemas	Entitlement	Emotional Deprivation	Subjugation
	Approval Seeking	Social Isolation	Dependency/ Incompetency
	Unrelenting Standards	Defectiveness/ Shame	Enmeshment
	Pessimism	Emotional Inhibition	Vulnerability to Harm
	Insufficient Self Control	Mistrust/Abuse	Abandonment/ Instability
	Punitiveness	Failure	Self Sacrifice

Adapted from Sarıtaş & Gençöz (2011).

1.2.3. Schema Coping Styles

In order to cope with schemas people develop schema coping styles, since thoughts, emotions, impulses and memories linked to schema content are stressful (Young, et al., 2003). These coping styles may be adaptive early in life where the schemas develop; on the other hand, they turn out to be dysfunctional later in life when they are generalized to other environments later in adult life. Hence, schema coping styles are unsuccessful ways to meet core emotional needs and contribute to schema maintenance; although, they are utilized to satisfy the need. Schema coping styles may be useful in short term, but in long term they work against schema healing (Young, et al., 2003).

Schemas and schema coping styles are hypothesized to be different. Schemas refer to cognitive organizations, whereas schema coping contains an output reaction to schema's content. Even though, schema coping strategies consist of mostly behavioral responses, cognitive and emotional strategies can be a part of coping.

People may utilize different coping strategies to cope with a schema at different times. While the strategy changes, schema remains stable (Young, et al., 2003).

Schema Coping Styles are parallel to organisms' basic fight, flight and freeze reactions to threat. These basic responses correspond to three schema coping styles; fight being Schema Overcompensation, flight being Schema Avoidance, and freeze being Schema Surrender (Young, et al., 2003).

When Schema Surrender is utilized, people solely rely on the schema content, and recognize its content as truth. Moreover, when this coping process is used individuals behave in a manner that validates and strengthens the EMS. They reproduce schema driven patterns which were originated in childhood, later in their adult life without intention. They do not initiate flight or fight responses to deal with the schema; therefore, experience schema related emotional distress directly (Young, et al., 2003).

When Schema Avoidance is utilized as a coping style, individuals are aware of their schemas in a latent manner, and behave accordingly in order not to confront with their schemas. When schema gets aroused, they try to prevent emotions, cognitions, and images linked to the schema. Common strategy is to avoid situations that might trigger schema (Young, et al., 2003).

When Schema Overcompensation is utilized as a coping style, individuals fight against the schema content in order to prove the opposite. When their schema is evoked, they try to illustrate the opposite features of what schema content suggests (Young, et al., 2003).

1.2.4. Schemas and Working Alliance

As mentioned above personal characteristic have an impact on working alliance, whether it is supervisory or therapeutic (Karaca, 2014; Watkins, 2014). Conjointly, Young and his colleagues (2003) suggest that schema driven patterns may affect working alliance in psychotherapy, due to the fact that both parties tend to process incoming information from the therapeutic relationship in accordance with their

schemas. For this very reason, schema therapists in training are to gain insight on the nature of their schemas, in what circumstances their schemas triggered, and how their schemas operate (Young, et al., 2003; Nadort, van Genderen, & Behary, 2012). Schemas and schema coping strategies can be conceptualized as personal factors affecting working alliance.

Supervisory situation, due to therapists' subordinate position, may heighten many emotions (Mehr, et al., 2010). Anxiety, shame, embarrassment, and fear of negative reactions may emerge during supervisory sessions (Mehr, et al., 2010). These range of emotions may be provoked due to the evaluation that takes place in the supervision process, where supervisees have strong desires to be approved by the supervisor (Dodge, 1982), and have concerns related to competency on their therapeutic skills (Liddle, 1986). Both situations may generate a perception of threat (Liddle, 1986). Therefore, activation of schemas is inevitable (Young, et al., 2003). Consequently, supervisees (i.e., therapists) may utilize coping strategies in supervision in order to protect themselves from perceived threat (Liddle, 1986); hence this process may interfere with supervisory tasks.

For example, individuals utilizing schema avoidance as a coping strategy tend to avoid situations which may trigger their schemas. In therapy or supervision, individuals with avoidance coping may forget assigned homework or come unprepared to the session, show nondisclosure on important issues, repress feeling, delay or come late to session (Karaca, 2014), all of which cause rupture in the working alliance.

Karaca (2014) illustrated that schemas and schema coping strategies of supervisors and therapists may lead to ruptures in supervisory working alliance when they were similar or complementary. When there is a similarity in supervisors and therapists schemas and schema coping strategies, empathy or repulsion may reveal in the relationship. If similarity is overemphasized, objectivity needed for therapeutic progress is lost. Both parties start to act in schema a driven manner, which is dysfunctional. When repulsion is arisen, both parties see unwanted sides of themselves on the other party and make schema driven attributions to the other

party. If an insightful look fails on the patterns revealed in the relationship, this may lead to maintenance of schemas rather than changing.

When the relationship between supervisor and therapist is complementary, relationship patterns from both parties' pasts are restaged in the supervisory relationship (Karaca, 2014). Therefore, the relationship becomes dysfunctional. On the other hand, supervisors and therapists' with compatible styles are found to be enhancing the quality of supervisory relationship (Ramos-Sanchez, et al., 2002). We may speculate that although the supervisory relationship may be perceived as "good" by supervisor and therapist on the surface, it may still carry dysfunctional properties on a deeper level. However, more research is needed in order to understand the consequences of complementary styles of supervisors and therapists in supervisory relationship.

In the current study, we will investigate similarity patterns rather than complementary styles due to the fact that the research method we will utilize is more suitable for detecting what is on the surface rather than analyzing deep levels psychological processes. Furthermore, an investigation for complementary styles would require more complexity in the combinations of supervisor and therapist schema domains and schema coping styles; therefore a larger sample and a more robust statistical power are needed.

Moreover, Schema Domain of Disconnection/Rejection is expected to have an effect of supervisory relationship since schemas in "Disconnection and Rejection" domain refer to not being able to form secure, satisfying attachments to other people. When both therapists and supervisors have higher scores Disconnection/Rejection, a decrease in supervisory relationship is expected. Schema coping styles, by definition, are dysfunctional, since they provide avoidance or compensation for the situations which may lead to a corrective experience for the schemas (Young, et. al, 2003). It is expected that when supervisors and therapists have higher scores on the same schema coping style (i.e. Avoidance, Compensation), they will experience lower supervisory relationship.

1.3. Investigation of Supervision as a Change Process

With the aim of building a theory on supervisory working alliance, Bordin (1983) identified supervision as a change process; and as in all change processes working alliance has been referred as the core element in the supervisory relationship. In psychotherapy supervision, enabling novice psychotherapist acquire certain qualifications is the main objective (Milne & Watkins, 2014). Therefore, a change is expected in the course of supervision over time.

In order to investigate a change process, researchers typically employ pre-post designs, where an assessment is made before the intervention and another assessment after the intervention (Laurenceau, Hayes, & Feldman, 2007). However, this method just shows us whether a change has occurred, or not. Thus, a basic pre-test post-test method stands inadequate to detect the process of change; moreover, different trajectories might have been formed between pre and post measurements (Laurenceau, et al., 2007). However, only two assessments are not enough to identify trajectories.

Benefitting from supervision may show individual differences, and each supervisee under supervision may benefit from supervision with different trajectories (Watkins, 2014). Based on the notion that supervision is a continuous process, what happens in this process carries an utmost importance. In order to capture change in such a dynamic process as supervision, multiple waves of measurement are needed.

1.4. Aims of the Present Study

Personal characteristics of therapist and supervisor are proposed to have an impact on SWA (Watkins, 2014). Moreover, Rosenfeld (2010) revealed that supervisors' personal characteristics affect therapists' professional growth. In this light, Schema Domain of Disconnection/Rejection, Schema Avoidance and Schema Overcompensation, as being personal characteristics, the current study aims:

(1) To examine the time course of supervision process (i.e. Supervisory Working Alliance, Negative Affect related to Supervision) from therapists' point of view.

(2) To examine the how the interaction of therapists' and supervisors' personal characteristics (i.e. Schema Domain of Disconnection/Rejection, Schema Avoidance, and Schema Overcompensation) is associated with therapists' supervision process (i.e. Supervisory Working Alliance) after controlling for therapist-patient relationship (i.e. Perceived Client Difficulty).

Thus, hypotheses of the present study are as follows:

(1) Therapists' ratings of Supervisory Working Alliance will have a u-shaped (high-low-high) pattern over time; whereas, Therapists' Negative Affect related to Supervision will have an inverted u-shaped (low-high-low) pattern in contrast.

(2) The interactions of Therapists' and Supervisors Schema Domain of Disconnection/Rejection, Schema Avoidance and Schema Compensation will negatively predict supervision process (i.e. Supervisory Working Alliance) over time after controlling for therapist-patient relationship (i.e. Perceived Client Difficulty).

CHAPTER 2

METHOD

2.1. Procedure

First of all, permission of Middle East Technical University Ethical Committee was obtained for the within person reliability of "Client Difficulty Scale". Six therapists filled out the Client Difficulty Scale for 3 consequent weeks on paper and pencil after their weekly sessions with their clients (See section 2.3.6. for detailed information on Client Difficulty Scale).

After completion of the study for Client Difficulty Scale, permission of Middle East Technical University Ethical Committee was taken for the main study. Later, the researcher asked therapists and supervisors from Clinical Psychology Graduate Programs in Universities in Ankara to participate in the study. Those who did not give consent to participate in the study were thanked, and those who gave consents to participate in the study gave their e-mail addresses to researcher in order to receive e-mails for the study.

After, informed consents for the study were collected; both therapists and supervisors were sent e-mails via using www.qualtrics.com, for a baseline survey on the first week of semester. Later, only therapists were sent e-mails for weekly surveys right after their supervision sessions for 13 consecutive weeks (See Table 2 for survey scheduling).

Anonymity was provided by nicknames used by therapists and supervisors. Both supervisors and therapists used nicknames every time they filled a survey. Since, the researcher had participants' addresses in order to send e-mails via qualtrics, a

research assistant's help was utilized for matching therapist nicknames with supervisor nicknames. The research assistant matched the supervisor and therapist nicknames and made a list of supervision groups. Later, those nicknames were replaced by codes before analyses (i.e. for supervisor code "13", therapists on that supervision group were 1301, 1302, etc.)

2.2. Participants

In the present study, 46 therapists and 13 supervisors participated.

2.2.1. Therapists

Gender distribution of therapists was 84.8% females (n = 39), 13% males (n = 6); and 2.2% of therapists (n = 1) did not report gender. Age of therapists ranged between 23 and 29 (M = 25.62, SD = 1.47). While 56.5% of therapists (n = 26) were from Middle East Technical University, 28.3% of therapists (n = 13) were from Hacettepe University and 15.2% of therapists (n = 7) were from Ankara University. Moreover, 71.7% of therapists (n = 33) were at master level, and 28.3% therapists (n = 13) were at Ph.D. level. On average therapists received 2.27 finished semesters of supervision (SD = 1.96); also 13.3% of therapists (n = 6) were on their first semester of supervision. Furthermore, 30.5% of therapists (n = 14) received psychotherapy, while 67.3% of therapists (n = 31) did not receive psychotherapy; 2.2% of therapists (n = 1) did not stated whether they received psychotherapy or not.

As for psychotherapy orientation, 82.6% of therapists (n = 38) reported Cognitive Behavioral Therapy, 50% (n = 23) reported Interpersonal Therapy, 34.8% (n = 16) reported Psychodynamic Therapy, 34.8% (n = 16) reported Schema Therapy, 23.9% (n = 11) reported Humanistic/Client Centered Therapy, 8.7% (n = 4) reported Behavioral Therapy, 2.2% (n = 1) reported Positive Psychotherapy, 2.2% (n = 1) reported Family Therapy. Therapists were allowed to choose more than one orientation.

Table 2
Schedule of Data Collection

Week From whom	Baseline week	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Week 5	Week 6	Week 7	Week 8	Week 9	Week 10	Week 11	Week 12	Week 13
Supervisor	YSQ YRAI YCI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Therapist	YSQ YRAI YCI	WAI-T PANAS CDS	WAI-T PANAS CDS	WAI-T PANAS CDS	WAI-T PANAS CDS	WAI-T PANAS CDS	WAI-T PANAS CDS	WAI-T PANAS CDS	WAI-T PANAS CDS	WAI-T PANAS CDS	WAI-T PANAS CDS	WAI-T PANAS CDS	WAI-T PANAS CDS	WAI-T PANAS CDS

Note: YSQ: Young Schema Questionairre, YRAI: Young-Rygh Avoidance Inventory, YCI: Young Compensation Inventory, PANAS: Positive and Negative Affect Schedule, CDS: Client Difficulty Scale, WAI-T: Working Alliance Inventory – Therapist Short.

2.2.2. Supervisors

Gender distribution of supervisors was 84.6% females (n = 11), 15.4% males (n = 2). Age of supervisors ranged between 28 and 50 (M = 35.58, SD = 7.87). While 76.9% of supervisors (n = 10) were from Middle East Technical University, 15.4% of supervisors (n = 2) were from Hacettepe University and 7.7% of supervisors (n = 1) were from Ankara University. Moreover, 46.2% of supervisors (n = 6) had Ph.D.s, whereas 53.8% supervisors (n = 7) were Ph.D. candidates. Furthermore, 53.8% of supervisors (n = 7) received psychotherapy, while 38.5% of supervisors (n = 5) did not receive psychotherapy; 7.7% of supervisors (n = 1) did not reported whether they received psychotherapy or not. Years as an active psychotherapist ranged between 2 and 12 years (M = 5.73, SD = 2.97). In addition, years as an active supervisor ranged between 0 and 10 years (M = 3.55, SD = 3.75) as stated by supervisors.

As for psychotherapy/supervision orientation, 69.2% of supervisors (n = 9) reported Cognitive Behavioral Therapy, 61.5% (n = 8) reported Interpersonal Therapy, 46.2% (n = 6) reported Psychodynamic Therapy, 38.5% (n = 5) reported Schema Therapy, 30.8% (n = 4) reported Humanistic/Client Centered Therapy, 7.7% (n = 1) reported Behavioral Therapy, 7.7% (n = 1) reported Gestalt Therapy. Supervisors were permitted to choose more than one orientation.

Average number of therapists in supervision groups was 3.54 (SD = 2.44, Min. = 0, Max. = 9). One supervisor (7.7%) had no therapist taking part in the study; moreover, one supervisor (7.7%) did not fill out the surveys, therefore their data were excluded from the analyses.

2.3. Measures

As for the baseline data concerned; firstly, a demographic information form was applied which was formed by the researcher to gather demographic data of participants, such as sex, age, university, university level, psychotherapy/supervision orientation, experience level of psychotherapy/supervision and psychological treatment history (See Appendix B).

Table 3
Demographic Characteristics of the Participants

Variables	Supervisors		Therapists	
	N (13 participants)	Percentage	N (46 participants)	Percentage
Gender				
Female	11	84.6	39	84.8
Male	2	15.4	6	13
Missing	0	0	1	2.2
University				
METU	10	76.9	26	56.5
Hacettepe U.	2	15.4	13	28.3
Ankara U.	1	7.7	7	15.2
Received Psychotherapy				
Yes	7	53.8	14	30.5
No	5	38.5	36	67.3
Missing	1	7.7	1	2.2
Psychotherapy/ Supervision Orientation				
CBT	9	69.2	38	82.6
IT	8	61.5	23	50
PT	6	46.2	16	34.8
ST	5	38.5	16	34.8
HCCT	4	30.8	11	23.9
BT	1	7.7	4	8.7
GT	1	7.7	0	0
PP	0	0	1	2.2
FT	0	0	1	2.2

Note. METU = Middle East Technical University, CBT = Cognitive Behavioral Therapy, IT = Interpersonal Therapy, PT = Psychodynamic Therapy, ST = Schema Therapy, HCCT = Humanistic/Client Centered Therapy, BT = Behavioral Therapy, GT = Gestalt Therapy, PP = Positive Psychotherapy, FT = Family Therapy

Following demographic form, baseline survey consisted of Young Schema Questionnaire (See Appendix C), Young Compensation Inventory (See Appendix D), and Young Rygh Avoidance Inventory (See Appendix E). These measures were sent to both supervisors and therapists (See Table 2 for detailed data gathering schedule).

After the baseline data gathered, weekly surveys were sent only to therapists. Weekly surveys contained Working Alliance Inventory - Therapist Short Form

(See Appendix F), Positive and Negative Affect Schedule (See Appendix G), Client Difficulty Scale (See Appendix H).

2.3.1. Young Schema Questionnaire

The Young Schema Questionnaire was developed to detect Early Maladaptive Schemas. It is a 6-point likert scale with higher scores indicating the schema's existence. The first Young Schema Questionnaire has 205 items and 18 schemas which are derived from psychotherapeutic experience (Schemidt, et. al., 1995). A short form developed by Young (1990) consisting of 75 items and factor analysis for short form revealed that the short form contains 15 schemas (Welburn, et. al., 2002). Various adaptations and factor analyses were made in an effort to better understand Early Maladaptive Schemas (Oei & Baranoff, 2007).

Turkish adaptation of the inventory was made on third edition of the short form, which has 90 items (Soygüt, Karaosmanoğlu, & Çakır, 2009). The study was conducted with Turkish college students and 14 schemas and 5 schema domains were revealed as a result (Soygüt, et. al., 2009). Result illustrated that internal consistency ranged between .53 and .81, test-retest reliability ranged between .66 and .83. Young Schema Questionnaire showed significant convergent validity with psychological symptoms (schemas ranged between $r = .19$ - $.62$, $p < .01$), anxiety (schema domains ranged between $r = .18$ - $.54$, $p < .01$), depression (schema domains ranged between $r = .55$ - $.68$, $p < .01$), and interpersonal sensitivity (schema domains ranged between $r = .20$ - $.60$, $p < .01$) (Soygüt, et. al., 2009).

In another factor analytic study from Turkey, Sarıtaş and Gençöz (2011) revealed 18 early maladaptive schemas and 3 schema domains. Cronbach's alphas for schema domains were .81 for Disconnection-Rejection, .81 for Impaired Limits-Exaggerated Standards, and .79 for Impaired Autonomy-Other Directedness. Furthermore for convergent validity, Disconnection/Rejection schema domain was found related to anger ($r = .32$, $p < .01$), negative affect ($r = .44$, $p < .01$), positive affect ($r = -.19$, $p < .01$), anxiety ($r = .49$, $p < .01$); Impaired Limits/Exaggerated Standards schema domain was found related to anger ($r = .36$, $p < .01$), negative

affect (r = .36, p < .01), and anxiety (r = .35, p < .01); Impaired Autonomy/Other Directedness schema domain was found related to anger (r = .28 , p < .01), negative affect (r = .38, p < .01), and anxiety (r = .46, p < .01) (Sarıtaş, & Gençöz, 2011).

2.3.2. Young Compensation Inventory

Young Compensation Inventory was developed to detect schema coping style of compensation. It is a 6 point likert type scale with higher scores indicating higher levels of compensation. The inventory has 48 items (Young, 1995).

Turkish adaptation of scale was conducted by Karaosmanoğlu, Soygüt, and Kabul (2011). Factor analysis revealed seven subscales; Status seeking, Control, Rebellion, Counterdependency, Manipulation, Intolerance to criticism, and lastly Egocentrism. The subscales found in this factor analysis are not schema-specific. Internal consistency of the subscales ranged between .60 and .81. Split half reliability of overall Young Compensation Inventory is .88, which is showing acceptable levels of internal consistency (Karaosmanoğlu, et. al., 2011).

The scale is found significantly related with schemas (coefficients ranged between .14 and .60) except for Self-Sacrifice schema (r = .03, p > .05). Furthermore, Young Compensation Inventory was found related to depression (r = .16, p < .01), anxiety, (r = .17, p < .01), obsessive compulsive symptoms (r = .23, p < .01), hostility, (r = .35, p < .01), paranoid ideation (r = .43, p < .01), phobic anxiety (r = .16, p < .01), and interpersonal sensitivity (r = .16, p < .01) (Karaosmanoğlu, et. al., 2011).

2.3.3. Young Rygh Avoidance Inventory

Young Rygh Avoidance Inventory was developed to detect schema coping style of avoidance (Young & Rygh, 1994). It is a 6 point likert type scale with higher scores indicating higher levels of avoidance. The inventory has 40 items (Young & Rygh, 1994).

The scale is used in psychotherapy applications by discussing high scored items with the client, in which the items are not schema specific. Furthermore, the total score is utilized to indicate schema coping style of avoidance. Two subscales of Young Rygh Avoidance Inventory are behavioural/somatic avoidance (Cronbach's $\alpha = .65$); cognitive/emotional avoidance (Cronbach's $\alpha = .78$) with total internal consistency of .79 (Spranger, Waller, & Bryant-Waugh, 2001). A total score internal consistency was found .78, in Gök (2012). Young Rygh Avoidance Inventory's Turkish adaptation is in progress by Karaosmanoğlu, et al. (in progress, as cited in Karaosmanoğlu, et al., 2005).

Young Rygh Avoidance Inventory was found significantly related to schema domain of Impaired Limits/Exaggerated Standards ($r = .34$, $p < .01$), schema domain of Disconnection/Rejection ($r = .36$, $p < .01$), schema domain of Impaired Autonomy/Other Directedness ($r = .33$, $p < .01$), and Young Compensation Inventory ($r = .37$, $p < .01$) (Gök, 2012).

2.3.4. Working Alliance Inventory

Working Alliance Inventory was developed by Horvath and Greenberg (1989) to measure working alliance based on Bordin's work (1983). The Working Alliance Inventory was originally developed for therapeutic alliance (Horvath & Greenberg, 1989). It is a 36 item 7-point likert type scale with three subscales; namely, goals, tasks, and emotional bond. The scale has also two forms; therapist and patient (1989). Subscales in patient form showed internal consistency between .85 and .88 while they showed internal consistency between .68 and .87 in therapist form. Cronbach's alpha for whole scale was .93 for patient form and .87 for therapist form (Horvath & Greenberg, 1989).

Turkish adaptation of Working Alliance Inventory was conducted by Soygüt and Işıklı (2008). Scale showed .90 internal consistency for patient form, and .96 for therapist form in Turkish adaptation; moreover, retained 3 factor structure (Soygüt & Işıklı, 2008). Subscales' internal consistency ranged between .74 and .81 for patient form, .83 and .94 for therapist form (2008).

Adaptation of working alliance inventory to supervisory situation was made by Bahrick (1990). Minor changes were applied in order to adapt scale to supervision context; for instance, word such as therapist and patient were changed into supervisor and trainee, patient problems to trainee problems; hence, revealing the supervisor and trainee forms (1990).

A short form for working alliance inventory was prepared for by Tracey and Kokotovic (1989) by utilizing most indicative items of subscales. The short form retained one general factor of working alliance and three subscales (Tracey & Kokotovic, 1989). After a while, a need for a revised version of short form raised (Hatcher & Gillapsy, 2006). A different set of questions were selected from the original form, main reason to do so was to better differentiate goals and tasks subscales, since some authors claim that they are actually same subscale (Ladany, et. al., 1999).

For the current study, a short form for therapists/trainees was constructed according to items suggested for a revised short form of working alliance inventory (Hatchcer & Gillapsy, 2006) by application of Bahrick's (1990) supervision adaptations to Turkish adaptation of working alliance inventory (Soygüt & Işıklı, 2008). It was a 12 item, 7 point likert type scale with three subscales, each containing 4 items. There was a need for short version in present study, due to the fact that therapist were to fill the questionnaires for 13 weeks. Since, supervisors were to fill at only one time point Bahrick's (1990) supervision adaptations were applied on Turkish adaptation of working alliance inventory (Soygüt & Işıklı, 2008).

As for the within person reliability, no research studied within person reliability of working alliance inventory. Cranford, et. al.'s (2006), $R_c = (\sigma^2_{PERSON*DAY}) / [(\sigma^2_{PERSON*DAY}) + (\sigma^2_{ERROR} / m)]$ formula detects how reliable scales for examining systematic differences over time. When this formula was applied to present study's data, result revealed within person reliability as .80 for emotional bond subscale, .81 for tasks subscale, .83 for goals subscale, and .92 for the whole

scale. These results are for therapist/trainee form, since it was applied for 13 weeks.

2.3.5. Positive and Negative Affect Schedule

Positive and Negative Affect Schedule was developed by Watson, Clark, and Tellegen (1988) to detect both positive and negative affect. It is a 20 item scale on 5-point likert, with two subscales; namely, positive affect, and negative affect. Higher scores indicates higher presence of positive or negative affect. Internal consistency was .88 for positive affect and .85 for negative affect; moreover, test-retest reliability was .47 (Watson, et. al., 1988).

Turkish Positive and Negative Affect Schedule was developed by Gençöz (2000). Internal consistency was .86 for positive affect and .83 for negative affect; also, test-retest reliability for positive affect was .54, and for negative affect was .40. For divergent validity, positive affect was negatively correlated with depression (r = -.48, p < .01), and anxiety (r = -.21, p < .05). In addition, for divergent validity, negative affect was found positively related to depression (r = .51, p < .01), and anxiety (r = .47, p < .01) (Gençöz, 2000).

As for the within person reliability, no research studied positive and negative affect schedule before. Therefore, on Gençöz's (2000) data with 4 time points, the researcher applied Cranford, et. al.'s (2006), $R_c = (\sigma^2_{PERSON*DAY}) / [(\sigma^2_{PERSON*DAY}) + (\sigma^2_{ERROR} / m)]$ formula, before data collection for the current study. Results yielded that within person reliability for positive and negative affect schedule was .80 for positive affect and .79 for negative affect. When formula was applied to present study's data, the results showed that within person reliability for positive affect as .86 and for negative affect as .87.

2.3.6. Client Difficulty Scale

Client Difficulty Scale was developed by the researcher for the current study, in order to detect therapist's perception of how difficult their client/patient is. It is a 3 item scale on 7 point likert, higher scores indicating higher perception of difficulty

in their client. First of all, three items were generated to detect therapist's perception of client difficulty (See appendix H for items). Before data collection, an ethical permission was taken from Middle East Technical University and Ayna Clinical Psychology Application Unit. After that, scale was applied to 6 therapists for 3 consecutive weeks. For within person reliability, Cranford, et. al.'s (2006), $R_c = (\sigma^2_{PERSON*DAY}) / [(\sigma^2_{PERSON*DAY}) + (\sigma^2_{ERROR} / m)]$ formula was applied and results illustrated within person reliability as .79. On current study's data, within person reliability for Client Difficulty Scale was .86. The present study has more time points, more robust results revealed as a consequence.

Internal consistency of the scale was .86. Furthermore, the relationship between perceived client difficulty and positive affect was significantly negative (r = -.19, p < .01); and perceived client difficulty and negative affect was significantly positive (r = .13, p < .05).

2.4. Statistical Analyses

In the present study, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), Hierarchical Linear Modeling (HLM), and PINT for power analysis were employed.

CHAPTER 3

RESULTS

3.1. Confirmatory Analyses

Results for our hypotheses will be presented here. Results of exploratory analyses besides of our main hypotheses will be presented in another section (see section 3.3 for exploratory analyses).

3.1.1. Descriptive Statistics and Weekly Patterns of Level 1 Variables

Before main analyses, descriptive statistics of Level 1 variables (i.e. Supervisory Alliance and Negative Affect) were given on weekly basis. Moreover standardized (i.e. z values) mean values for Level 1 variables were plotted in order to illustrate patterns on weekly data.

3.1.1.1. Descriptive Statistics and Weekly Pattern of Supervisory Alliance

Table 4
Weekly Descriptive Statistics of Supervisory Alliance

Weeks	N	Min	Max	Mean	SD
1	42	3.92	6.67	5.51	0.69
2	33	4.25	7.00	5.56	0.73
3	38	3.92	6.75	5.61	0.73
4	33	4.50	6.92	5.74	0.64
5	30	3.67	7.00	5.59	0.80
6	33	4.67	6.75	5.81	0.54
7	27	4.00	7.00	5.81	0.69
8	26	2.75	6.75	5.40	0.98
9	31	2.33	6.92	5.29	1.12
10	29	1.25	7.00	5.31	1.33
11	19	2.08	7.00	5.22	1.41
12	20	3.42	7.00	5.57	0.80
13	16	4.00	7.00	5.92	0.84

When all data set was taken into account average score on Supervisory Alliance is 5.56 (SD = 0.88, Min. = 1.25, Max. = 7.00). Weekly descriptive statistics can be viewed in Table 4. Figure 1 illustrates the weekly pattern of Supervisory Alliance utilizing standardized mean scores of each week.

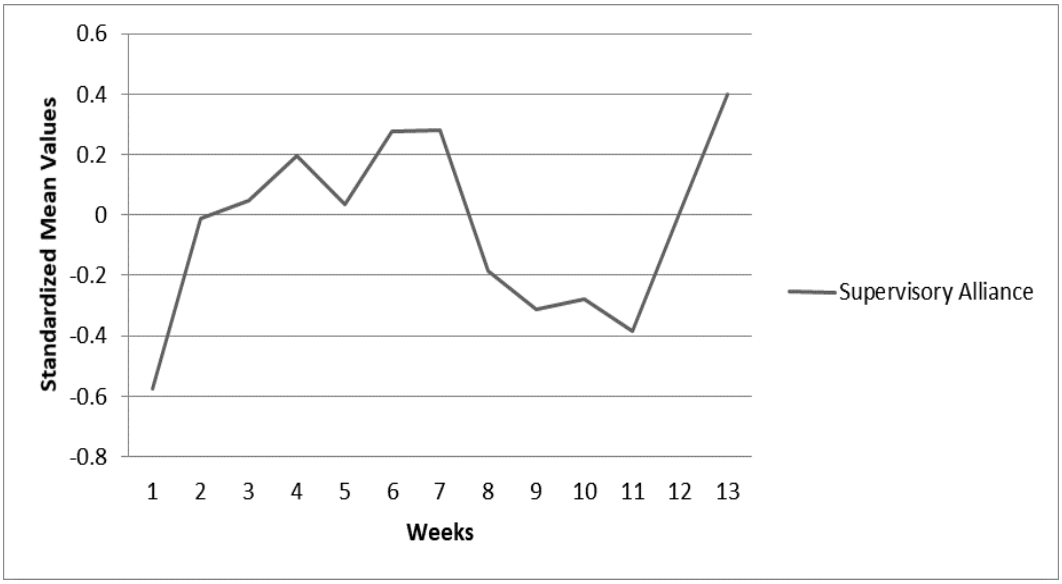


Figure 1. Weekly Pattern of Supervisory Alliance

3.1.1.2. Descriptive Statistics and Weekly Pattern of Negative Affect

Table 5
Weekly Descriptive Statistics of Negative Affect

Weeks	N	Min	Max	Mean	SD
1	42	1.00	2.70	1.49	0.41
2	33	1.00	3.20	1.62	0.56
3	38	1.00	4.80	1.72	0.80
4	33	1.00	2.80	1.42	0.49
5	30	1.00	2.00	1.22	0.28
6	33	1.00	2.00	1.22	0.24
7	27	1.00	2.30	1.32	0.35
8	26	1.00	3.20	1.48	0.60
9	31	1.00	2.50	1.38	0.44
10	29	1.00	3.60	1.63	0.79
11	19	1.00	2.50	1.51	0.44
12	20	1.00	2.10	1.29	0.34
13	16	1.00	2.00	1.24	0.32

When all data set was taken into account average score on Negative Affect is 1.44 (SD = 0.53, Min. = 1.00, Max. = 4.80). Weekly descriptive statistics can be viewed in Table 5. Figure 2 illustrates the weekly pattern of Negative Affect utilizing standardized mean scores of each week.

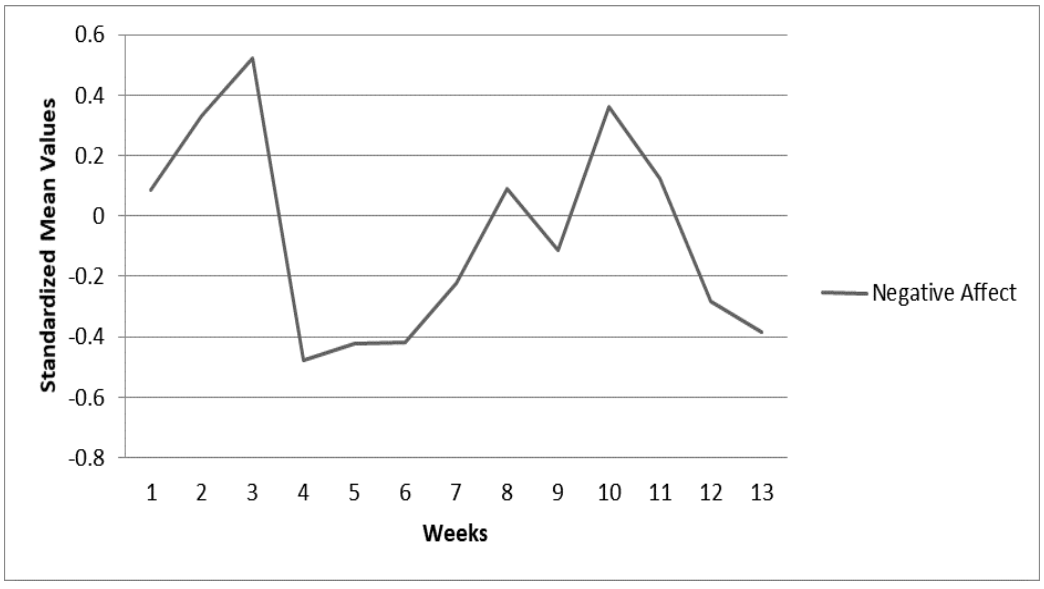


Figure 2. Weekly Pattern of Negative Affect

3.1.2. Growth Model for Level 1 Variables

After illustrating the weekly patterns in the Level 1 variables, growth models were performed to Level 1 variables; namely, Supervisory Alliance, and Negative Affect, in order to show growth patterns. Due to the fact that Level 2 and Level 3 variables were not used in the equations, models were constructed with only two levels. All variables were standardized (i.e. z scores) before entering the analyses. All results were interpreted with robust standard errors.

3.1.2.1. Growth Model For Supervisory Alliance

For growth model of Supervisory Alliance, firstly a null model was run in order to partition variance into levels. The null model was as follows:

Level-1 Model

$\text{Supervisory Alliance}_{ti} = \pi_{0i} + e_{ti}$

Level-2 Model

$\pi_{0i} = \beta_{00} + r_{0i}$

Mixed Model

$\text{Supervisory Alliance}_{ti} = \beta_{00} + r_{0i} + e_{ti}$

According to null model, 50% of variability in Supervisory Alliance was in Level 1 (within therapists), 50% of variability was due to Level 2 (between therapists).

After the partitioning the variability between levels, time variables were entered the equation. For a cubic growth, week numbers, squared week numbers, and cubed week numbers were entered the equation. The equation for cubic growth in Supervisory Alliance was as follows:

Level-1 Model

$\text{Supervisory Alliance}_{ti} = \pi_{0i} + \pi_{1i}(\text{Weeks}_{ti}) + \pi_{2i}(\text{Weeks Squared}_{ti}) + \pi_{3i}(\text{Weeks Cubed}_{ti}) + e_{ti}$

Level-2 Model

$\pi_{0i} = \beta_{00} + r_{0i}$

$\pi_{1i} = \beta_{10}$

$\pi_{2i} = \beta_{20}$

$\pi_{3i} = \beta_{30}$

Mixed Model

$\text{Supervisory Alliance}_{ti} = \beta_{00} + \beta_{10}(\text{Weeks}_{ti}) + \beta_{20}(\text{Weeks Squared}_{ti}) + \beta_{30}(\text{Weeks Cubed}_{ti}) + r_{0i} + e_{ti}$

Results showed that all time variables were significant, β_{10} = 1.61, t(311) = 2.76, p = .006, 95% CI [0.47, 2.75]; β_{20} = -4.17, t(311) = -2.78, p = .006, 95% CI [-7.11, -1.23]; β_{30} = 2.64, t(311) = 2.88, p = .004, 95% CI [0.84, 4.44].

Table 6
Multilevel Model Predicting Growth in Supervisory Alliance

Predictors	Growth Model		
	Coefficient	95% CI	*p*
Intercept, π_0			
Intercept, β_{00}	0.02(0.13)	-0.24, 0.28	= .892
Weeks slope, π_1			
Intercept, β_{10}	1.61(0.58)	0.47, 2.75	= .006
Squared weeks slope, π_2			
Intercept, β_{20}	-4.17(1.50)	-7.11, -1.23	= .006
Cubed weeks slope, π_3			
Intercept, β_{30}	2.64(0.92)	0.84, 4.44	= .004

Note. Standard errors are provided in parentheses. All variables were standardized

Significance of cubed week numbers variable indicated that there was a cubic growth in Supervisory Alliance. Cubic growth indicates that an increase occurs in Supervisory Alliance, after a plateau comes a decrease. Growth model for Supervisory Alliance accounted for 4% of variance at level 1 (within therapists), 2% at level 2 (between therapists), and %3 of variance across all levels.

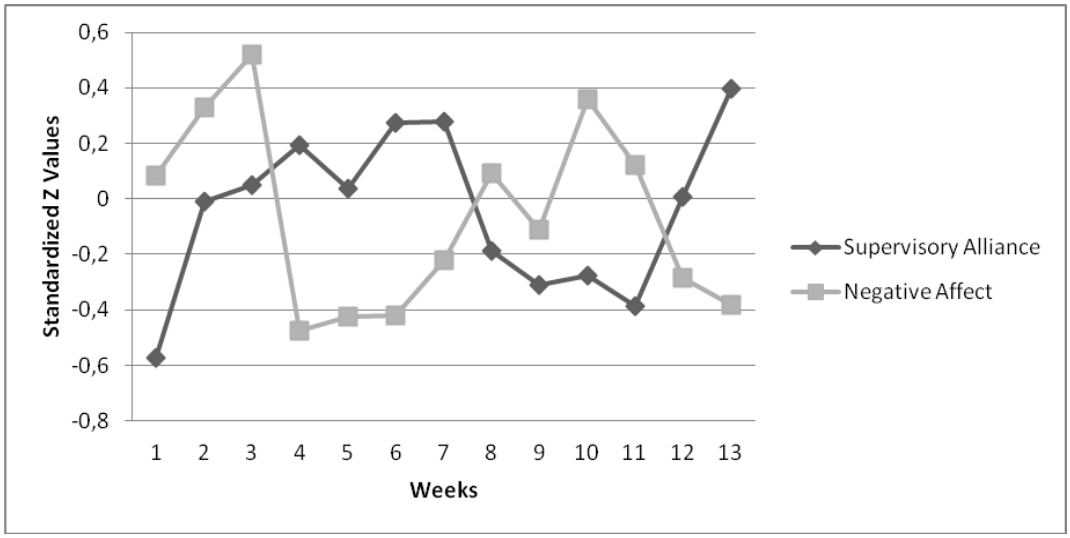


Figure 3. Weekly Patterns of Supervisory Alliance and Negative Affect

3.1.2.2. Growth Model for Negative Affect

For growth model of Negative Affect, firstly a null model was run in order to partition variance into levels. The null model was as follows:

Level-1 Model

$\text{Negative Affect}_{ti} = \pi_{0i} + e_{ti}$

Level-2 Model

$\pi_{0i} = \beta_{00} + r_{0i}$

Mixed Model

$\text{Negative Affect}_{ti} = \beta_{00} + r_{0i} + e_{ti}$

According to null model, 81% of variability in Negative Affect was in Level 1 (within therapists), 19% of variability was due to Level 2 (between therapists).

Table 7
Multilevel Model for Predicting Growth in Negative Affect

Predictors	Growth Model		
	Coefficient	95% CI	*p*
Intercept, π_0			
Intercept, β_{00}	-0.01(0.08)	-0.17, 0.16	= .877
Weeks slope, π_1			
Intercept, β_{10}	-1.38(0.41)	-2.18, -0.58	< .001
Squared weeks slope, π_2			
Intercept, β_{20}	2.90(1.10)	0.75, 5.06	= .009
Cubed weeks slope, π_3			
Intercept, β_{30}	-1.68(0.71)	-3.07, -0.29	= .019

Note. Standard errors are provided in parentheses. All variables were standardized.

After the partitioning the variability between levels, time variables were entered the equation. For a cubic growth, week numbers, squared week numbers, and cubed week numbers were entered the equation. The equation for cubic growth in Negative Affect was as follows:

Level-1 Model

$$\text{Negative Affect}_{ti} = \pi_{0i} + \pi_{1i}(\text{Weeks}_{ti}) + \pi_{2i}(\text{Weeks Squared}_{ti}) + \pi_{3i}(\text{Weeks Cubed}_{ti}) + e_{ti}$$

Level-2 Model

$$\pi_{0i} = \beta_{00} + r_{0i}$$

$$\pi_{1i} = \beta_{10}$$

$$\pi_{2i} = \beta_{20}$$

$$\pi_{3i} = \beta_{30}$$

Mixed Model

$$\text{Negative Affect}_{ti} = \beta_{00} + \beta_{10}(\text{Weeks}_{ti}) + \beta_{20}(\text{Weeks Squared}_{ti}) + \beta_{30}(\text{Weeks Cubed}_{ti}) + r_{0i} + e_{ti}$$

Results showed that all time variables were significant, $\beta_{10} = -1.37$, $t(311) = -3.36$, $p < .001$, 95% CI [-2.18, -0.58]; $\beta_{20} = 2.90$, $t(311) = 2.64$, $p = .009$, 95% CI [0.75, 5.06]; $\beta_{30} = -1.68$, $t(311) = -2.35$, $p = .019$, 95% CI [-3.07, -0.29]. Significance of cubed week numbers variable indicated that there was a negative cubic growth in Negative Affect. Negative cubic growth indicates that a decrease occurs in

Negative Affect, after a plateau comes an increase. Growth model for Negative Affect accounted for 2% of variance at level 1 (within therapists), 1% at level 2 (between therapists), and 2% of variance across all levels.

3.1.3. Lagged Multilevel Models of Level 1 Variables

In this section, the weekly changes in Level 1 variables (i.e. Supervisory Alliance, and Negative Affect) were tested in order to illustrate how they affect each other. Due to the fact that Level 2 and Level 3 variables were not used in the equations, models were constructed with only two levels. All variables were standardized (i.e. z scores) before entering the analyses. All results were interpreted with robust standard errors.

3.1.3.1. Supervisory Alliance as Outcome Model

As mentioned earlier (see section 3.1.2.1.), according to null model, 50% of variability in Supervisory Alliance was in Level 1 (within therapists), 50% of variability was due to Level 2 (between therapists). Lagged Supervisory Alliance (Supervisory Alliance score from previous week), and Lagged Negative Affect (Negative Affect score from previous week), were run on Supervisory Alliance in order to show how previous week's Negative Affect influence the change in Supervisory Alliance. The equation was as follows:

Level-1 Model

$$\text{Supervisory Alliance}_{ti} = \pi_{0i} + \pi_{1i}(\text{Lagged Supervisory Alliance}_{ti}) + \pi_{2i}(\text{Lagged Negative Affect}_{ti}) + e_{ti}$$

Level-2 Model

$$\pi_{0i} = \beta_{00} + r_{0i}$$

$$\pi_{1i} = \beta_{10}$$

$$\pi_{2i} = \beta_{20}$$

Mixed Model

$$\text{Supervisory Alliance}_{ti} = \beta_{00} + \beta_{10}(\text{Lagged Supervisory Alliancet}_{ti}) + \beta_{20}(\text{Lagged Negative Affect}_{ti}) + r_{0i} + e_{ti}$$

Results yielded that Lagged Supervisory Alliance, β_{10} = 0.66, $t(222) = 9.86$, $p <$ .001, 95% CI [0.53, 0.79] was significant. Lagged Negative Affect was non-significant, β_{20} = -0.01, $t(222) = -0.23$, $p = .822$, 95% CI [-0.10, 0.09]. The model predicted 6% of variance on level 1 (within therapists), 90% variance on level 2 (between therapists), and 48% of total variance.

Table 8
Lagged Multilevel Model for Supervisory Alliance as Outcome Model

Predictors	Supervisory Alliance as Outcome Model		
	Coefficient	95% CI	*p*
Intercept, π_0			
Intercept, β_{00}	0.03(0.05)	-0.07, 0.13	= .629
Lagged SA slope, π_1			
Intercept, β_{10}	0.66(0.07)	0.53, 0.79	< .001
Lagged NA slope, π_2			
Intercept, β_{20}	0.03(0.04)	-0.10, 0.09	= .822

Note. SA = Supervisory Alliance, NA = Negative Affect. Standard errors are provided in parentheses. All variables were standardized.

3.1.3.2. Negative Affect as Outcome Model

As mentioned earlier (see section 3.1.2.2.), according to null model, 81% of variability in Negative Affect was in Level 1 (within therapists), 19% of variability was due to Level 2 (between therapists). Lagged Supervisory Alliance (Supervisory Alliance score from previous week), and Lagged Negative Affect (Negative Affect score from previous week) were run Negative Affect in order to show how previous week's Supervisory Alliance affect the change in Negative Affect. The equation was as follows:

Level-1 Model

$$\text{Negative Affect}_{ti} = \pi_{0i} + \pi_{1i}(\text{Lagged Negative Affect}_{ti}) + \pi_{2i}(\text{Lagged Supervisory Alliance}_{ti}) + e_{ti}$$

Level-2 Model

$$\pi_{0i} = \beta_{00} + r_{0i}$$

$$\pi_{1i} = \beta_{10}$$

$$\pi_{2i} = \beta_{20}$$

Mixed Model

$$\text{Negative Affect}_{ti} = \beta_{00} + \beta_{10}(\text{Lagged Negative Affect}_{ti}) + \beta_{20}(\text{Lagged Supervisory Alliance}_{ti}) + r_{0i} + e_{ti}$$

Results showed that Lagged Negative Affect, $\beta_{10} = 0.25$, $t(222) = 2.71$, $p = .007$, 95% CI [0.07, 0.41]; and Lagged Supervisory Alliance, $\beta_{20} = -0.12$, $t(222) = -2.41$, $p = .017$, 95% CI [-0.03, -0.21], were significant. When two models considered together (see section 3.1.3.1) change in Negative Affect from one week to the next is negatively related to previous week's Supervisory Alliance. The model predicted 4% of variance on level 1 (within therapists), 53% variance on level 2 (between therapists), and 14% of total variance.

Table 9
Lagged Multilevel Model for Negative Affect as Outcome Model

Predictors	Negative Affect as Outcome Model		
	Coefficient	95% CI	*p*
Intercept, π_0			
Intercept, β_{00}	-0.02(0.08)	-0.14, 0.14	= .768
Lagged NA slope, π_1			
Intercept, β_{10}	0.25(0.09)	0.07, 0.41	= .007
Lagged SA slope, π_2			
Intercept, β_{20}	-0.12(0.05)	-0.03, -0.21	= .017

Note. SA = Supervisory Alliance, NA = Negative Affect. Standard errors are provided in parentheses. All variables were standardized.

3.1.4. Effects of Therapist and Supervisor Characteristics on Supervisory Alliance

In this section, effects of therapist and supervisor characteristics on Supervisory Alliance were tested. For, both therapists' and supervisors' characteristics variables such as Disconnection/Rejection Schema Domain, Avoidance Schema Coping Style, and Compensation Schema Coping Style were utilized, and Client Difficulty was used as a control variable. A three level model was constructed due to use of supervisor level variables. All variables were standardized (i.e. z scores) prior to analyses. Furthermore, results were interpreted with robust standard errors.

3.1.4.1. Effects of Therapists' and Supervisors' Disconnection/Rejection Schema Domain on Supervisory Alliance

A null model was run before adding Disconnection/Rejection Schema Domain to equation. Equation for null model was as follows:

Level-1 Model

$$\text{Supervisory Alliance}_{tij} = \pi_{0ij} + e_{tij}$$

Level-2 Model

$$\pi_{0ij} = \beta_{00j} + r_{0ij}$$

Level-3 Model

$$\beta_{00j} = \gamma_{000} + u_{00j}$$

Mixed Model

$$\text{Supervisory Alliance}_{tij} = \gamma_{000} + u_{00j} + r_{0ij} + e_{tij}$$

According to null model, 53% of variability was due to level 1 (within therapists), 29% of variability was due to level 2 (between therapists), and 18% was due to level 3 (between supervisors). Both level 2 variance component, $r_{0ij} = 0.29$, $\chi 2(28) = 158.28$, $p < .001$; and level 3 variance component, $u_{00j} = .17$, $\chi 2(10) = 29.11$, $p = .001$. Therefore, we can model level 2 and level 3.

After partitioning variance into levels, Therapists' Disconnection/Rejection Schema Domain was entered the equation at level 2, and Supervisors' Disconnection/Rejection Schema Domain was entered the equation at level 3 in order to model the differences in the intercept. Client Difficulty was utilized as a control variable. The model was as follows (Random slope at Level 3 was detained since it was non-significant, $u_{01} = .02$, $\chi 2(7) = 12.90$, $p = .074$):

Level-1 Model

$$\text{Supervisory Alliance}_{tij} = \pi_{0ij} + \pi_{1ij}(\text{Client Difficulty}_{tij}) + e_{tij}$$

Level-2 Model

$$\pi_{0ij} = \beta_{00j} + \beta_{01j}*(\text{Therapist Disconnection/Rejection}_{ij}) + r_{0ij}$$

$$\pi_{1ij} = \beta_{10j}$$

Level-3 Model

$\beta_{00j} = \gamma_{000} + \gamma_{001}(\text{Supervisor Disconnection/Rejection}_j) + u_{00j}$

$\beta_{01j} = \gamma_{010} + \gamma_{011}(\text{Supervisor Disconnection/Rejection}_j)$

$\beta_{10j} = \gamma_{100}$

Mixed Model

$\text{Supervisory Alliance}_{tij} = \gamma_{000} + \gamma_{001}*(\text{Supervisor Disconnection/Rejection}_j) + \gamma_{010}*(\text{Therapist Disconnection/Rejection}_{ij}) + \gamma_{011}*(\text{Therapist Disconnection/Rejection}_{ij})*(\text{Supervisor Disconnection/Rejection}_j) + \gamma_{100}(\text{Client Difficulty}_{tij}) + r_{0ij} + u_{00j} + e_{tij}$

Results showed that the interaction term of Supervisor Disconnection/Rejection Schema Domain and Therapist Disconnection/Rejection Schema Domain was significant, $\gamma_{011} = -0.40$, $t(26) = -2.74$, $p = .011$, 95% CI [-0.67, -0.13]. Indicating that when both Supervisor and Therapist Disconnection/Rejection Schema Domain gets higher, weekly Supervisory Alliance as perceived and rated by therapists' decreases. The model accounted for 21% variability level 2 (between therapists), 5% of variability across all levels.

Table 10
Effects of Therapists' and Supervisors' Disconnection/Rejection Schema Domain on Supervisory Alliance

Predictors	Full Model		
	Coefficient	95% CI	*p*
Intercept, π_0			
Intercept, β_{00}			
Intercept, γ_{000}	-0.16(0.19)	-0.53, 0.21	= .407
SDR, γ_{001}	-0.06(0.13)	-0.31, 0.20	= .633
TDR, β_{01}			
Intercept, γ_{010}	-0.26(0.12)	-0.49, -0.03	= .041
TDR*SDR, γ_{011}	-0.40(0.15)	-0.69, -0.11	= .011
CDS slope, π_1			
Intercept, β_{10}			
Intercept, γ_{100}	-0.01(0.07)	-0.14, 0.13	= .903

Note. SDR = Supervisor Disconnection/Rejection, TDR = Therapist Disconnection/Rejection, CDS = Client Difficulty. Standard errors are provided in parentheses. All variables were standardized.

3.1.4.2. Effects of Therapists' and Supervisors' Compensation Schema Coping Style on Supervisory Alliance

Variance in Supervisory Alliance was partitioned into levels on previous section (see section 3.1.4.1). After partitioning variance into levels, Therapists' Compensation Schema Coping Style was entered the equation at level 2, and Supervisors' Compensation Schema Coping Style was entered the equation at level 3 in order to model the differences in the intercept. Client Difficulty was utilized as a control variable.

Table 11
Effects of Therapists' and Supervisors' Compensation Schema Coping Style on Supervisory Alliance

Predictors	Full Model		
	Coefficient	95% CI	*p*
Intercept, π_0			
Intercept, β_{00}			
Intercept, γ_{000}	-0.07(0.18)	-0.42, 0.28	= .712
SC, γ_{001}	0.09(0.20)	-0.30, 0.48	= .658
TC, β_{01}			
Intercept, γ_{010}	-0.06(0.07)	-0.19, 0.07	= .396
TC*SC, γ_{011}	-0.19(0.09)	-0.36, -0.02	= .04
CDS slope, π_1			
Intercept, β_{10}			
Intercept, γ_{100}	-0.01(0.07)	-0.14, 0.13	= 0.877

Note. SC = Supervisor Compensation, TC = Therapist Compensation, CDS = Client Difficulty. Standard errors are provided in parentheses. All variables were standardized.

The model was as follows (Random slope at Level 3 was detained since it was non-significant, u_{01} = 0.01, $\chi 2(7)$= 9.09, p = .25):

Level-1 Model

$$\text{Supervisory Alliance}_{tij} = \pi_{0ij} + \pi_{1ij}(\text{Client Difficulty}_{tij}) + e_{tij}$$

Level-2 Model

$$\pi_{0ij} = \beta_{00j} + \beta_{01j}*(\text{Therapist Compensation}_{ij}) + r_{0ij}$$

$$\pi_{1ij} = \beta_{10j}$$

Level-3 Model

$\beta_{00j} = \gamma_{000} + \gamma_{001}(\text{Supervisor Compensation}_j) + u_{00j}$

$\beta_{01j} = \gamma_{010} + \gamma_{011}(\text{Supervisor Compensation}_j)$

$\beta_{10j} = \gamma_{100}$

Mixed Model

$\text{Supervisory Alliance}_{tij} = \gamma_{000} + \gamma_{001}*(\text{Supervisor Compensation}_j) + \gamma_{010}*(\text{Therapist Compensation}_{ij}) + \gamma_{011}*(\text{Therapist Compensation}_{ij})*(\text{Supervisor Compensation}_j) + \gamma_{100}(\text{Client Difficulty}_{tij}) + r_{0ij} + u_{00j} + e_{tij}$

The interaction term for Supervisor and Therapist Compensation was significant, γ_{011} = -0.19, $t(26)$ = -2.16, p = .04, 95% CI [-0.36, -0.02]. Meaning that when both supervisors and therapist have higher scores on Compensation, it will lead a decrease in Supervisory Alliance. The model explained 17% of variance at level 2 (between therapists), 2% of variance across all levels.

3.1.4.3. Effects of Therapists' and Supervisors' Avoidance Schema Coping Style on Supervisory Alliance

Variance in Supervisory Alliance was partitioned into levels on previous section (see section 3.1.4.1). After partitioning variance into levels, Therapists' Avoidance Schema Coping Style was entered the equation at level 2, and Supervisors' Avoidance Schema Coping Style was entered the equation at level 3 in order to model the differences in the intercept. Client Difficulty was utilized as a control variable. The model was as follows (Random slope at Level 3 was detained since it was non-significant, u_{01} = 0.01, $\chi 2(7)$= 7.86, p = .344):

Level-1 Model

$\text{Supervisory Alliance}_{tij} = \pi_{0ij} + \pi_{1ij}(\text{Client Difficulty}_{tij}) + e_{tij}$

Level-2 Model

$\pi_{0ij} = \beta_{00j} + \beta_{01j}*(\text{Therapist Avoidance}_{ij}) + r_{0ij}$

$\pi_{1ij} = \beta_{10j}$

Level-3 Model

$\beta_{00j} = \gamma_{000} + \gamma_{001}(\text{Supervisor Avoidance}_j) + u_{00j}$

$\beta_{01j} = \gamma_{010} + \gamma_{011}(\text{Supervisor Avoidance}_j)$

$\beta_{10j} = \gamma_{100}$

Mixed Model

$\text{Supervisory Alliance}_{tij} = \gamma_{000} + \gamma_{001}* (\text{Supervisor Avoidance}_j) + \gamma_{010}*(\text{Therapist Avoidance}_{ij}) + \gamma_{011}*(\text{Therapist Avoidance}_{ij})*(\text{Supervisor Avoidance}_j) + \gamma_{100}(\text{Client Difficulty}_{tij}) + r_{0ij} + u_{00j} + e_{tij}$

The interaction term between Supervisor and Therapist Avoidance was significant, γ_{011} = -0.30, $t(26)$ = -4.24, $p < .001$, 95% CI [-0.43, -0.17]. When both supervisor and therapist have higher scores on Avoidance, it leads to decrease in Supervisory Alliance. The model accounted for 25% of variance at level 2 (between therapists), 2% of variance across all levels.

Table 12
Effects of Therapists' and Supervisors' Avoidance Schema Coping Style on Supervisory Alliance

Predictors	Full Model		
	Coefficient	95% CI	*p*
Intercept, π_0			
Intercept, β_{00}			
Intercept, γ_{000}	-0.10(0.18)	-0.45, 0.25	= .59
SA, γ_{001}	-0.02(0.14)	-0.29, 0.25	= .911
TA, β_{01}			
Intercept, γ_{010}	0.06(0.06)	-0.05, 0.18	= .391
TA*SA, γ_{011}	-0.30(0.07)	-0.43, -0.17	< .001
CDS slope, π_1			
Intercept, β_{10}			
Intercept, γ_{100}	-0.01(0.07)	-0.14, 0.13	= .819

Note. SA = Supervisor Avoidance, TA = Therapist Avoidance, CDS = Client Difficulty. Standard errors are provided in parentheses. All variables were standardized.

3.2. Post-hoc Power Analysis

A post-hoc power analysis was conducted using the guidelines outlined by Snijders and Bosker in order to estimate statistical power in our multilevel models utilizing the software PINT v. 2.1 (Snijders & Bosker, 1993). When residual

therapist level variance is taken as 50% and random intercept variance as 10%, standard error among level 1 variables was estimated as 0.15. Based on this standard error estimate, the power in the current study to detect an low effect size (i.e. 0.30) was 64%, and for a moderate effect size (i.e. 0.50) was 45%, at $\alpha = 0.05$. Due to the fact that Cohen (1988) necessitates a statistical power of 80% as a rule of thumb, and the statistical power in the current study is lower than 80%; the results in the present study should be evaluated cautiously.

3.3. Exploratory Analyses

Results of the statistical analyses, which we did not hypothesized, but performed for exploratory purposes will be presented here.

3.3.1. Descriptive Statistics and Weekly Patterns of Positive Affect and Client Difficulty

Descriptive statistics of Positive Affect and Client Difficulty were given on weekly basis. Moreover standardized (i.e. z values) mean values for Positive Affect and Client Difficulty were plotted in order to illustrate patterns on weekly data.

3.3.1.1. Descriptive Statistics and Weekly Pattern of Positive Affect

Table 13
Weekly Descriptive Statistics of Positive Affect

Weeks	N	Min	Max	Mean	SD
1	42	1.70	4.50	3.37	0.63
2	33	2.10	4.80	3.38	0.63
3	38	1.80	4.80	3.16	0.65
4	33	1.80	4.30	3.28	0.58
5	30	2.10	4.70	3.35	0.65
6	33	1.60	4.20	3.28	0.59
7	27	1.80	5.00	3.17	0.73
8	26	1.50	4.80	3.06	0.85
9	31	1.70	4.50	3.00	0.73
10	29	1.40	4.50	2.97	0.77
11	19	1.40	4.00	2.77	0.70
12	20	2.10	4.10	3.07	0.58
13	16	2.10	5.00	3.38	0.65

When all data set was taken into account average score on Positive Affect is 3.19 (SD = 0.68, Min. = 1.40, Max. = 5.00). Weekly descriptive statistics can be viewed

in Table 13. Figure 3 illustrates the weekly pattern of Positive Affect utilizing standardized mean scores of each week.

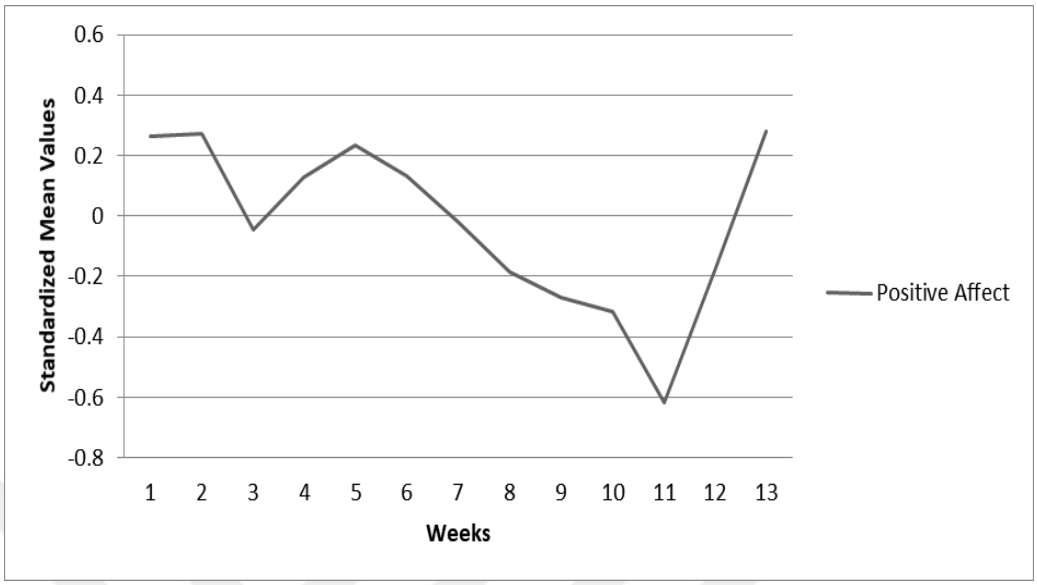


Figure 4. Weekly Pattern of Positive Affect

3.3.1.2. Descriptive Statistics and Weekly Pattern of Client Difficulty

Table 14.
Weekly Descriptive Statistics of Client Difficulty

Weeks	N	Min	Max	Mean	SD
1	42	1.00	6.00	3.67	1.11
2	33	1.33	6.00	3.41	1.27
3	38	1.67	6.00	3.46	1.21
4	33	1.00	5.67	3.23	1.27
5	30	1.00	7.00	3.06	1.35
6	33	1.00	6.67	3.37	1.28
7	27	1.00	5.33	3.35	1.20
8	26	1.67	5.67	3.24	1.13
9	31	1.00	6.33	3.13	1.23
10	29	1.00	6.00	3.07	1.32
11	19	1.00	7.00	3.65	1.68
12	20	1.33	6.00	3.00	1.28
13	16	1.00	4.33	2.35	1.06

When all data set was taken into account average score on Client Difficulty is 3.28 (SD = 1.27, Min. = 1.00, Max. = 7.00). Weekly descriptive statistics can be viewed

in Table 14. Figure 4 illustrates the weekly pattern of Client Difficulty utilizing standardized mean scores of each week.

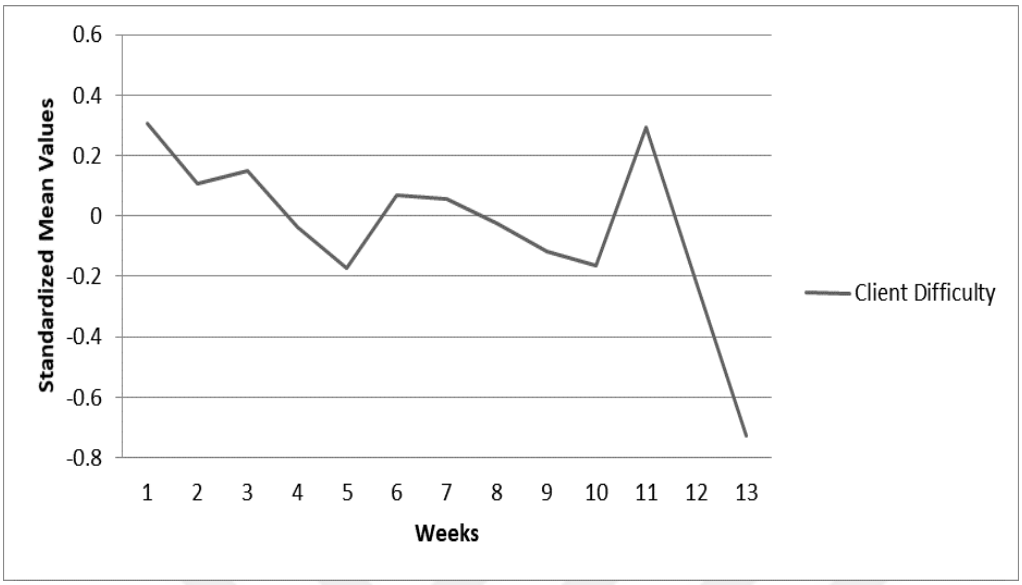


Figure 5. Weekly Pattern of Client Difficulty

3.3.2. Growth Models for Positive Affect and Client Difficulty

After illustrating the weekly patterns in Positive Affect and Client Difficulty, growth models were performed in order to show growth patterns. Due to the fact that Level 2 and Level 3 variables were not used in the equations, models were constructed with only two levels. All variables were standardized (i.e. z scores) before entering the analyses. All results were interpreted with robust standard errors.

3.3.2.1. Growth Model for Positive Affect

For growth model of Positive Affect, firstly a null model was run in order to partition variance into levels. The null model was as follows:

Level-1 Model

$\text{Positive Affect}_{ti} = \pi_{0i} + e_{ti}$

Level-2 Model

$\pi_{0i} = \beta_{00} + r_{0i}$

Mixed Model

$$\text{Positive Affect}_{ti} = \beta_{00} + r_{0i} + e_{ti}$$

According to null model, 52% of variability in Positive Affect was in Level 1 (within therapists), 48% of variability was due to Level 2 (between therapists).

After the partitioning the variability between levels, time variables were entered the equation. For a cubic growth, week numbers, squared week numbers, and cubed week numbers were entered the equation. The equation for cubic growth in Positive Affect was as follows:

Level-1 Model

$$\text{Positive Affect}_{ti} = \pi_{0i} + \pi_{1i}(\text{Weeks}_{ti}) + \pi_{2i}(\text{Weeks Squared}_{ti}) + \pi_{3i}(\text{Weeks Cubed}_{ti}) + e_{ti}$$

Level-2 Model

$$\pi_{0i} = \beta_{00} + r_{0i}$$

$$\pi_{1i} = \beta_{10}$$

$$\pi_{2i} = \beta_{20}$$

$$\pi_{3i} = \beta_{30}$$

Mixed Model

$$\text{Positive Affect}_{ti} = \beta_{00} + \beta_{10}(\text{Weeks}_{ti}) + \beta_{20}(\text{Weeks Squared}_{ti}) + \beta_{30}(\text{Weeks Cubed}_{ti}) + r_{0i} + e_{ti}$$

Results revealed that cubic growth was significant, $\beta_{30} = 1.51$, $t(311) = 1.99$, $p = .048$, 95% CI [0.04, 2.98]. Indicating that there was a "n" shaped pattern in Positive Affect. Growth model explained 11% of variance at level 1 (within therapists) and 6% of total variance.

Table 15
Multilevel Models Predicting Growth in Positive Affect

Predictors	Growth Model		
	Coefficient	95% CI	*p*
Intercept, π_0			
Intercept, β_{00}	0.002(0.11)	-0.19, 0.23	= .987
Weeks slope, π_1			
Intercept, β_{10}	0.60(0.47)	-0.32, 1.52	= .206
Squared weeks slope, π_2			
Intercept, β_{20}	-2.18(1.20)	-4.53, 0.17	= .069
Cubed weeks slope, π_3			
Intercept, β_{30}	1.51(0.75)	0.04, 2.98	= .048

Note. Standard errors are provided in parentheses. All variables were standardized

3.3.2.2. Growth Model for Client Difficulty

For growth model of Client Difficulty, firstly a null model was run in order to partition variance into levels. The null model was as follows:

Level-1 Model

$$\text{Client Difficulty}_{ti} = \pi_{0i} + e_{ti}$$

Level-2 Model

$$\pi_{0i} = \beta_{00} + r_{0i}$$

Mixed Model

$$\text{Client Difficulty}_{ti} = \beta_{00} + r_{0i} + e_{ti}$$

According to null model, 85% of variability in Client Difficulty was in Level 1 (within therapists), 15% of variability was due to Level 2 (between therapists).

After the partitioning the variability between levels, time variable was entered the equation. As compared to other Level 1 variables, a linear growth was expected for Client Difficulty. The equation for linear growth in Client Difficulty was as follows:

Level-1 Model

$$\text{Client Difficulty}_{ti} = \pi_{0i} + \pi_{1i}(\text{Weeks}_{ti}) + e_{ti}$$

Level-2 Model

$$\pi_{0i} = \beta_{00} + r_{0i}$$

$\pi_{1i} = \beta_{10}$

Mixed Model

Client Difficulty$_{ti} = \beta_{00} + \beta_{10}(\text{Weeks}_{ti}) + r_{0i} + e_{ti}$

Table 16
Multilevel Model Predicting Growth in Client Difficulty

Predictors	Growth Model		
	Coefficient	95% CI	*p*
Intercept, π_0			
Intercept, β_{00}	-0.07(0.08)	-0.23, 0.08	= .353
Weeks slope, π_1			
Intercept, β_{10}	-0.15(0.05)	-0.25, -0.07	= .001

Note. Standard errors are provided in parentheses. All variables were standardized.

Results showed that a linear growth in Client Difficulty was significant; β_{10} = -0.16, $t(313) = -3.22$, $p = .001$, 95% CI [-0.25, -0.07]. Indicating that as time passes therapists' perception of their clients' difficulty decreases. The model accounted for 3% of variance at level 1 (within therapists) and 2% of total variance.

3.3.3. Effects of Therapists' Education Level on Supervisory Alliance

As mentioned earlier (see section 3.1.2.1.), according to null model, 50% of variability in Supervisory Alliance was in Level 1 (within therapists), 50% of variability was due to Level 2 (between therapists). In order to test the effect of therapist education level on Supervisory Alliance, therapist education level (0 = Master's level, 1 = Doctorate Level) was run on Supervisory Alliance. All continuous variables (i.e. Supervisory Alliance) were standardized (i.e. z scores) before analyses. Results were interpreted with robust standard errors. The equation was as follows:

Level-1 Model

Supervisory Alliance$_{ti} = \pi_{0i} + e_{ti}$

Level-2 Model

$\pi_{0i} = \beta_{00} + \beta_{01}(\text{Therapist Education Level}_i) + r_{0i}$

Mixed Model

$$\text{Supervisory Alliance}_{ti} = \beta_{00} + \beta_{01}(\text{Therapist Education Level}_i) + r_{0i} + e_{ti}$$

A negative relationship was revealed between Supervisory Alliance and therapists' education level, β_{01} = -0.63, $t(42)$ = -2.77, p = .008, 95% CI [-1.08, -0,28], indicating that being on doctorate level leads to a decrease in Supervisory Alliance. The model accounted for 21% of variability at level 2 (between therapists), and 12% variability across all levels.

Table 17
Effects of Therapists' Education Level on Supervisory Alliance

Predictors	Full Model		
	Coefficient	95% CI	*p*
Intercept, π_0			
Intercept, β_{00}	0.21(0.12)	-0.03, 0.44	= .093
Therapists' Education Level, β_{01}	-0.63(0.22)	-1.08, -0.28	= .008

Note. Standard errors are provided in parentheses. All continuous variables were standardized.

3.3.4. Effects of Therapist and Supervisor Impaired Autonomy/Other Directedness and Impaired Limits/Exaggerated Standards Schema Domains on Supervisory Alliance

In this section, effects of therapist and supervisor Impaired Autonomy/Other Directedness and Impaired Limits/Exaggerated Standards schema domains were tested. We did not hypothesized effects of Impaired Autonomy/Other Directedness and Impaired Limits/Exaggerated Standards schema domains on Supervisory Alliance. However, we performed analyses for exploratory reasons. Client Difficulty was used as a control variable. A three level model was constructed due to use of supervisor level variables. All variables were standardized (i.e. z scores) prior to analyses. Furthermore, results were interpreted with robust standard errors.

3.3.4.1. Effects of Therapists' and Supervisors' Impaired Autonomy/Other Directedness Schema Domain on Supervisory Alliance

Variance in Supervisory Alliance was partitioned into levels on previous section (see section 3.1.4.1). After partitioning variance into levels, Therapists' Impaired Autonomy/Other Directedness Schema Domain was entered the equation at level 2, and Supervisors' Impaired Autonomy/Other Directedness Schema Domain was entered the equation at level 3 in order to model the differences in the intercept. Client Difficulty was utilized as a control variable. The model was as follows (Random slope at Level 3 was detained since it was non-significant, u_{01}= 0.05, $\chi 2(7)$= 12.22, p = .093):

Level-1 Model

$$\text{Supervisory Alliance}_{tij} = \pi_{0ij} + \pi_{1ij}(\text{Client Difficulty}_{tij}) + e_{tij}$$

Level-2 Model

$$\pi_{0ij} = \beta_{00j} + \beta_{01j}*(\text{Therapist Impaired Autonomy/Other Directedness}_{ij}) + r_{0ij}$$

$$\pi_{1ij} = \beta_{10j}$$

Level-3 Model

$$\beta_{00j} = \gamma_{000} + \gamma_{001}(\text{Supervisor Impaired Autonomy/Other Directedness}_{j}) + u_{00j}$$

$$\beta_{01j} = \gamma_{010} + \gamma_{011}(\text{Supervisor Impaired Autonomy/Other Directedness}_{j})$$

$$\beta_{10j} = \gamma_{100}$$

Mixed Model

$$\text{Supervisory Alliance}_{tij} = \gamma_{000} + \gamma_{001}* (\text{Supervisor Impaired Autonomy/Other Directedness}_{j}) + \gamma_{010}*(\text{Therapist Impaired Autonomy/Other Directedness}_{ij}) + \gamma_{011}*(\text{Therapist Impaired Autonomy/Other Directedness}_{ij})*(\text{Supervisor Impaired Autonomy/Other Directedness}_{j}) + \gamma_{100}(\text{Client Difficulty}_{tij}) + r_{0ij} + u_{00j} + e_{tij}$$

Results showed that both main effects and the interaction term was non-significant (see Table 18).

Table 18
Effects of Therapists' and Supervisors' Impaired Autonomy/Other Directedness Schema Domain on Supervisory Alliance

Predictors	Full Model		
	Coefficient	95% CI	*p*
Intercept, π_0			
Intercept, β_{00}			
Intercept, γ_{000}	-0.01(0.17)	-0.34, 0.32	= .938
SIAOD, γ_{001}	0.16(0.17)	-0.17, 0.39	= .347
TIAOD, β_{01}			
Intercept, γ_{010}	-0.13(0.13)	-0.38, 0.13	= .306
TIAOD*SIAOD, γ_{011}	-0.05(0.12)	-0.28, 0.18	= .650
CDS slope, π_1			
Intercept, β_{10}			
Intercept, γ_{100}	-0.01(0.07)	-0.14, 0.12	= .850

Note. SIAOD = Supervisor Impaired Autonomy/Other Directedness, TIAOD = Therapist Impaired Autonomy/Other Directedness, CDS = Client Difficulty. Standard errors are provided in parentheses. All variables were standardized.

3.3.4.2. Effects of Therapists' and Supervisors' Impaired Limits/Exaggerated Standards Schema Domain on Supervisory Alliance

Variance in Supervisory Alliance was partitioned into levels on previous section (see section 3.1.4.1). After partitioning variance into levels, Therapists' Impaired Limits/Exaggerated Standards Schema Domain was entered the equation at level 2, and Supervisors' Impaired Limits/Exaggerated Standards Schema Domain was entered the equation at level 3 in order to model the differences in the intercept. Client Difficulty was utilized as a control variable. The model was as follows (Random slope at Level 3 was retained since it was significant, $u_{01} = 0.04$, $\chi 2(7) = 20.75$, $p = .004$):

Level-1 Model

$$\text{Supervisory Alliance}_{tij} = \pi_{0ij} + \pi_{1ij}(\text{Client Difficulty}_{tij}) + e_{tij}$$

Level-2 Model

$\pi_{0ij} = \beta_{00j} + \beta_{01j}$*(Therapist Impaired Limits/Exaggerated Standards$_{ij}$) + r_{0ij}

$\pi_{1ij} = \beta_{10j}$

Level-3 Model

$\beta_{00j} = \gamma_{000} + \gamma_{001}$(Supervisor Impaired Limits/Exaggerated Standards$_j$) + u_{00j}

$\beta_{01j} = \gamma_{010} + \gamma_{011}$(Supervisor Impaired Limits/Exaggerated Standards$_j$) + u_{01j}

$\beta_{10j} = \gamma_{100}$

Mixed Model

Supervisory Alliance$_{tij} = \gamma_{000} + \gamma_{001}$* (Supervisor Impaired Limits/Exaggerated Standards$_j$) + γ_{010}*(Therapist Impaired Limits/Exaggerated Standards$_{ij}$) + γ_{011}*(Therapist Impaired Limits/Exaggerated Standards$_{ij}$)*(Supervisor Impaired Limits/Exaggerated Standards$_j$) + γ_{100}(Client Difficulty$_{tij}$) + r_{0ij} + u_{00j} + u_{01j} + e_{tij}

Results showed that both main effects and the interaction term were not significant (see Table 19 for results).

Table 19

Effects of Therapists' and Supervisors' Impaired Limits/Exaggerated Standards Schema Domain on Supervisory Alliance

Predictors	Full Model		
	Coefficient	95% CI	*p*
Intercept, π_0			
Intercept, β_{00}			
Intercept, γ_{000}	-0.06(0.18)	-0.41, 0.29	= .758
SILES, γ_{001}	0.15(0.15)	-0.14, 0.44	= .33
TILES, β_{01}			
Intercept, γ_{010}	-0.13(0.13)	-0.38, 0.12	= .355
TILES*SILES, γ_{011}	-0.07(0.15)	-0.36, 0.22	= .67
CDS slope, π_1			
Intercept, β_{10}			
Intercept, γ_{100}	-0.02(0.07)	-0.15, 0.11	= .803

Note. SILES = Supervisor Impaired Limits/Exaggerated Standards, TILES = Therapist Impaired Limits/Exaggerated Standards, CDS = Client Difficulty. Standard errors are provided in parentheses. All variables were standardized.

CHAPTER 4

DISCUSSION

The aim of the present study included an examination of the factors that took place throughout the supervision process (i.e. Supervisory Working Alliance, Negative Affect related to Supervision) from therapists' point of view; along with the investigation of the influence between personal characteristics of therapists and supervisors' (i.e. Schema Domain of Disconnection/Rejection, Schema Avoidance, and Schema Overcompensation) on therapists' perceptions of supervision process (i.e. Supervisory Working Alliance) after controlling for the therapist-patient relationship (i.e. Perceived Client Difficulty). In this regard, it was hypothesized that Therapists' ratings of Supervisory Working Alliance will have a U-shaped (high-low-high) pattern; whereas, Therapists' Negative Affect related to Supervision will have an inverted U-shaped (low-high-low) pattern. Furthermore, the interaction terms of Therapists' and Supervisors Schema Domain of Disconnection/Rejection, Schema Avoidance and Schema Compensation will have a negative effect on supervision process (i.e. Supervisory Working Alliance) over time after controlling for the therapist-patient relationship (i.e. Perceived Client Difficulty) in multilevel moderation analyses.

Hereof, findings of the current study were discussed in the light of the literature. Afterwards, strengths and limitations of the study were presented. Finally, implications of the current study and suggestions for future research were presented.

4.1. General Discussion

First of all, in our growth models, an inverted U-shaped cubic growth was observed. This finding was not consistent with our hypothesis. A U-shaped growth was expected in accordance with the working alliance literature. Data was checked for the possibility of a reverse coding error; however, there were no error related to the coding of the variables.

As mentioned above, what is known about working alliance is based on psychotherapy research (Stiles & Goldsmith, 2010), rather than supervision research. Theoreticians such as Bordin (1983), and Mann (1973) defined working alliance as something built and then repaired after deteriorations in the psychotherapy or supervisory processes. Such theoretical conceptualization led research to investigate the growth pattern through the time course of working alliance (Stiles & Goldsmith, 2010). Although, some studies reported a linear growth in working alliance (Fitzpatrick, et. al., 2005; Joyce & Piper, 1990; Patton, et. al., 1997), others failed to reveal a linear growth (Hilsenroth, et. al., 2004; Sexton, et. al., 1996). Regarding U-shaped pattern, Patton and colleagues (1997) reported a significant quadratic growth term in their multilevel analysis of working alliance, and Piper and colleagues (2005) reported a non-significant quadratic growth term. For a true U-shaped growth pattern, a significant cubic growth term is required rather than a quadratic one, since a cubic growth term could reflect decrease-plateau-increase or increase-plateau-decrease patterns (Snijders & Bosker, 1999).

In the present study, an inverted U-shaped pattern was found, indicating an increase-plateau-decrease type of growth. To begin with, our study was the first study to investigate the time course of supervisory alliance during a full semester. One possible explanation for an inverted U-shaped growth may be that supervisory alliance might have different properties as compared to psychotherapeutic working alliance; therefore, the development of alliance may follow a different path. Therapists start to develop an alliance in the beginning of the semester, that is at the initial phase of the semester; hence the process begins with an increase in

alliance, and the decrease come after a plateau which indicates a sort of separation from the supervision. In psychotherapy supervision, autonomy of psychotherapists is inherently a goal, since at some point psychotherapist should be able to carry out his/her work with a client on his/her own (Watkins, 2014). Improvement in psychotherapist's autonomy may lead to less reliance on the supervision; which may indicate itself as a decrease in the supervisory alliance. In our exploratory analyses, doctorate level psychotherapists were found to report low scores on supervisory alliance on avarage. Since they were more experienced psychotherapists, doctorate level psychotherapists might have been more autonomous and less reliant on supervision as compared to master's level psychotherapists. Thus, the decrease in supervisory alliance was observed towards the end of semester, which was interpreted as a product of separation from supervision and therapists' becoming more autonomous. Another explanation for the inverted U-shaped growth in supervisory alliance may be related to the variable nature of this process, thus it could be speculated that another increase in supervisory alliance would follow the decrease towards the end of the semester; actually such a pattern was observed at the final two weeks of the assessment procedure. However, in order to be able to bring such an explanation, supervisory alliance should have been investigated for a longer time period, which is strongly encouraged in the future research. Although the findings were contrast to our hypotheses, the notion that alliance progresses through increases and decreases in ruptures and alliance, thus repair model (Safran & Muran, 2000) was supported in the present study, since our findings illustrated a pattern with its ups and downs.

It was expected that negative affect would be in a contrast fashion with supervisory alliance. A U-shaped growth was found significant in negative affect as contrast to the inverted U-shaped growth in supervisory alliance. Moreover, it was found in our lagged designs that the change in negative affect between weeks was predicted through the previous week's supervisory alliance. On the other hand, the change in supervisory alliance between weeks was not predicted by previous week's negative affect. When these two findings are taken into account together, we may conclude that changes in supervisory alliance resulted in inverse

changes in negative affect. The decline in Supervisory Alliance and incline in Negative Affect towards to end of semester may be due to the separation process in supervision. Furthermore, concerns related to evaluation at the end of semester might have caused the incline in Negative Affect towards the end of semester.

As our main analyses, we ran three multilevel moderation analyses; in each of these analyses the interaction terms for "Supervisor Disconnection/Rejection Schema Domain" and "Therapist Disconnection/Rejection Schema Domain", "Supervisor Avoidance" and "Therapist Avoidance", "Supervisor Compensation" and "Therapist Compensation" were significant. Indicating that when both supervisor and therapist, had higher scores on Disconnection/Rejection Schema Domain, Avoidance, and Compensation, supervisory alliance tended to decline. In our exploratory analyses Schema Domains of Impaired Limits/Exaggerated Standards and Impaired Autonomy/Other Directedness did not reveal significant interaction terms. Significant interaction terms for supervisors' and therapists' personal characteristics imply that the decline in supervisory alliance may not be due to solely on supervisors' or therapists' individual characteristics, but due to their reciprocal chemistry.

Psychotherapy supervision may trigger emotions including anxiety, shame, embarrassment, sadness, anger, and fear of negative feedbacks (Mehr, et al., 2010). These emotions are usually related to desires to be approved and valued by the opposite party (Dodge, 1982), and concerns about their competency of supervisory or therapeutic skills (Liddle, 1986). For example, a supervisor might be concerned about his/her ablility to help his/her therapists with their therapeutic work. On the other hand, a therapist might be concerned about his/her ability of doing the tasks in supervision as expected. Both situations may cause a perception of threat (Liddle, 1986). Schemas may be activated in such a complex situation (Young, et al., 2003), especially the schemas grouped under Disconnection/Rejection schema domain. After feeling rejected or any other perception of schema related threat, supervisors or therapists may have used

schema coping strategies (i.e. Avoidance, Compensation) in supervision in order to protect themselves from perceived threat (Liddle, 1986).

For example, Disconnection/Rejection Schema Domain contains the unsatisfied needs of acceptance, security, safety, stability, and nurturing, which are all related to forming close relationships (Young, et. al., 2003). When both therapist and supervisor have schemas in this domain, they may perceive comments or feedbacks during the supervisory process as threat and loss of the relationship due to poor performance. If it is only the therapist or the supervisor who have high scores on this domain, problems related to supervisory relationship may resolve more easily; however, when both parties have higher scores on this domain, problems related to supervisory relationship may escalate. When one party perceives and interprets the issue rose in the supervision from a different perspective, it may be resolved quicker. On the other hand, when both parties perceive events through the schemas listed under Disconnection/Rejection Schema Domain, the occasion may quickly transform into an issue of disconnection from the relationship and/or rejection of feelings.

The possible scenario including the avoidance coping style may be as follows. Avoidance schema coping, by definition, includes awareness of their schemas latently and efforts not to be confronted with the schema related situations. When schema gets activated, they try to get rid of the emotions, cognitions, and images linked to the schema. Common strategy is to avoid situations that might trigger schema (Young, et al., 2003). Thus in supervisory relationship when both parties utilize avoidance, they will not be able to handle the issues related to the supervisory tasks or relationship; therefore they can hardly work through the issues effectively. In the rupture and repair model (Safran & Muran, 2000), a strong alliance is a results of ruptures experienced in the course of the supervision and resolution of these ruptures. When both parties avoid the conflicts that may lead them to discuss issues related to supervision, the result would be a detoriation in the alliance.

In compensation schema coping style, individuals fight against the schema to prove the opposite of the schema content and act in opposite direction of the schema (Young, et. al., 2003). When both parties utilize compensation, this process might hinder the discussion of issues related to supervisory tasks and supervisory relationship, in the same fashion with schema avoidance. Therefore, the relationship between supervisor and therapist may get stuck at a superficial level, which in turn blocks the process of bringing issues related to supervision and working on them, a process that is necessary for a strong alliance.

4.2. Strengths of the Study

First of all, investigating the psychotherapy supervision with a longitudinal design is the main strength of the present study. In its theoretical background, Bordin (1983) posited supervisory situation as a change process where a working alliance takes place. Moreover, throughout the working alliance psychotherapists are supposed to learn new information and apply them. In order to be able to study such a dynamic and continuous process, researchers should carry out the assessment at least two times (Laurenceau, Hayes, & Feldman, 2007). However, a pre-test post-test measurement method might be inadequate to illustrate a full picture of a dynamic process such as supervision (Laurenceau, et al., 2007). In the current study, we used 13 weeks to suggest a detailed picture of supervision process through an academic semester of graduate education in clinical psychology.

Furthermore, utilizing measurement on every week of supervision gave us the chance to see the weekly trajectory of supervision process. The present study is the first one to study supervisory alliance utilizing measurements at every week of the supervisory process. In previous studies, which investigated working alliance in psychotherapy relationship, measured working alliance three or four time during the course of the process (Fitzpatrick, et. al., 2005; Joyce & Piper, 1990; Patton, et. al., 1997). A bias in modeling the growth patterns might have occurred since what happened between measurement time points are unclear. Our study brought a well-

printed insight to whole process of supervisory process without any missing measurement occasions.

Furthermore, in our 13 week longitudinal design, the data collection part was harder as compared to cross-sectional studies or longitudinal studies with fewer measurement steps. Participants in our study were committed to fill out the weekly questionnaires over seven times on average. It is crucial that future research replicate the findings in the present study utilizing longitidunal research method with measurements covering the whole process.

4.3. Limitations of the Study

First of all, a small sample was the most important limitation in our current study. Forty-six psychotherapists participated in the present study, who were going through a supervision process as a part of their graduate clinical education. When the conditions in Turkey taken into account, even the size of our sample was not so small, since community of clinical psychology is not very populous.

Due to our small sample, our post-hoc multilevel power analyses revealed numbers smaller than Cohen's (1980) suggestion of a statistical power of 80%. Therefore, the presented results should be interpreted cautiously.

Lack of weekly data from the supervisors' supervisory alliance with their therapists is another limitation in the current study. For future studies, it would be better to include supervisors' perception of how supervisory alliance progresses.

4.4. Clinical Implications

To begin with, our findings were in line with the rupture and repair model of working alliance (Safran & Muran, 2000). Ruptures and repairs of the relationship gives a dynamic nature to supervisory alliance which includes "ups " and "downs" in the course of the relationship. Weekly fluctuations in supervisory alliance is a normative process and through these fluctuations issues related to the supervisory alliance is brought up to day light and discussed. For supervisors, the fluctuations in the alliance with the therapists are not threats to the relationship, but

opportunities to handle the issues stemming from individuals' personality characteristics and vulnerabilities. Dealing with ruptures in supervisory relationship and overcoming them leads the supervisory relationship into a more open and sincere way.

For Disconnection/Rejection Schema Domain, rejection sensitivity may be a critical vulnerability factor. In a supervisory relationship, when both parties carry sensitivity to rejection, this may lead to problems in the supervisory alliance. Both supervisors and therapists should be cautious when they feel rejected by the other party. At this point, best way to handle the situation is the communication of emotions in an open way. An open communication of emotions would prevent both parties from utilizing maladaptive coping styles, such as avoidance and compensation.

REFERENCES

Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist, 44*, 709-716.

Amato, L., Davoli, M., Perucci, C. A., Ferri, M., Faggiano, F., & Mattick, R. P. (2005). An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *Journal of substance abuse treatment, 28*(4), 321-329.

Angus, L., & Kagan, F., (2007). Empathic relational bonds and personal agency in psychotherapy: Implications for psychotherapy supervision, practice, and research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 44*(4), 371-377.

Arean, P. A., Perri, M. G., Nezu, A. M., Schein, R. L., Christopher, F., & Joseph, T. X. (1993). Comparative effectiveness of social problem-solving therapy and reminiscence therapy as treatments for depression in older adults. *Journal of consulting and clinical psychology, 61*(6), 1003.

Bahrick, A. (1990). Role induction for counselor trainees: effects on the supervisory working alliance. *Dissertation Abstracts International, 51*, 1484B.

Bambling, M. King, R., Raue, P., Schweitzer, R., & Lambert, W. (2006). Clinical supervision: its influence on client-rated working alliance and client symptom reduction in the brief treatment of major depression. *Psychotherapy Reseasrch, 16*, 317-331.

Bartlett, F. C. (1932). *Remembering: A study experimental and social psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beinart, H. (2014). Building and sustaining the supervisory relationship. In C. E. Watkins, Jr. and D. L. Milne (Ed.), *The Wiley Handbook of Clinical Supervision* (pp. 257-281). West Sussex, UK: John Wiley & Sons.

Bernard, J. M., & Goodyear, R. (2014). *Fundementals of clinical supervision* (5th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.

Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., ... & Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour research and therapy*, *42*(5), 487-499.

Bordin,, E. S. (1983). A working alliance model of supervision. *Counseling Psychologist, 11*, 35-42.

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale; New Jersey.

Cranford, J. A., Shrout, P. E., Iida, M., Rafaeli, E., Yip, T., & Bolger, N. (2006). A procedure for evaluating sensitivity to within-person change: Can mood measures in diary studies detect change reliably?. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *32*(7), 917-929.

Dobson, K.S. (1989). A metaanalysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(3), 414-419.

Dodge, J. (1982). Reducing supervisee anxiety: A cognitive-behavioral approach. *Counselor Education and Supervision, 22*, 55-60.

Doehrman, M. J. G. (1976). Parallel Processes in Supervision and Psychotherapy. *Bulletin of the Mellinger Clinic, 40*, 3-104.

Edwards, D., & Arntz, A. (2012). Schema therapy in historical perspective. In M. V. Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice* (pp. 3-26). Oxford: Wiley-Blackwell.

Ellis, M. V., & Ladany, N. (1997). Inferences concerning supervisees and clients in clinical supervision: An integrative review. In C. E. Watkins, Jr. (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 567-607). New York: Wiley.

Ellis, M. (2010). Bridging the science and practice of clinical supervision: some discoveries, some misconceptions. *The Clinical Supervisor, 29*, 95-116.

Espie, C. A., Inglis, S. J., Tessier, S., & Harvey, L. (2001). The clinical

effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behaviour research and therapy*, *39*(1), 45-60.

Fitzpatrick, M. R., Iwakabe, S., & Stalikas, A. (2005). Perspective divergence in the working alliance. *Psychotherapy Research, 15*(1-2), 69-80.

Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior modification*, *31*(6), 772-799.

Gençöz, T. (2000). Positive and Negative Affect Schedule: A study of validity and reliability. *Türk Psikoloji Dergisi*.

Gök, A. C. (2012). *Associated factors of psychological well-being: Early maladaptive schemas, schema coping processes, and parenting styles*. Unpublished master's thesis, Middle East Technical University, Ankara, Turkey.

Grey, A., & Fiscalini, J. (1987). Parallel Process as Transference - Countertransference Interaction. *Psychoanalytic Psychology, 4*(2), 131-144.

Hatcher, R. L., & Gillaspy, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research, 16*(1), 12-25.

Hill,, C.E., & Knox, S. (2013). Training and supervision in psychotherapy: Evidence for effective practise. In M.J. Lambert (Eds), *Hand book of psychotherapy and behavior change* (pp. 775-811). New York: Wiley.

Hilsenroth, M. J., Peters, E. J., & Ackerman, S. J. (2004). The development of therapeutic alliance during psychological assessment: Patient and therapist perspectives. *Journal of Personality Assessment*, *83*, 332–344.

Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. in *J. Norcross (Ed.), Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*, pp. 37–70.

Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the

Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 223-233.

Horvath, A.O., Del Re, A.C., Fluckinger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual therapy. *Psychotherapy, 48*, 9-16.

Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139-149.

Inman, A. (2006). Supervisor multicultural competence and its relation to supervisory process and outcome. *Journal of Marital and Family Therapy, 32*, 73-85.

Joyce, A. S., & Piper, W. E. (1990). An examination of Mann's model of time-limited individual psychotherapy. *The Canadian Journal of Psychiatry, 35*(1), 41-49.

Karaca, B. K. (2014). The effects of young schema domains, young maladaptive coping styles, and young parenting styles on working alliance among supervisors, therapists, and the clients. Unpublished Doctoral Dissertation, Middle East Technical University, Ankara, Turkey.

Karaosmanoğlu, H. A., Soygüt, G. and Kabul, A. (2011), Psychometric properties of the Turkish Young Compensation Inventory. Clinical Psychology & Psychotherapy. doi: 10.1002/cpp.787

Karaosmanoglu, A., Soygüt, G., Tuncer, E., Derinöz, Z., & Yeroham, R. (2005). *Dance of the Schemas: Relations between parenting, schema,overcompensation and avoidance*. Therapy Symposium I, Thessaloniki. Retrieved November 14, 2011, from psikonet.comwebsite: http://www.psikonet.com/thessaloniki2005/dance_of_the_schemas_web_files/frame.htm

Ladany, N., Ellis, M. V., & Friedlander, M. L. (1999). The supervisory working alliance, trainee self-efficacy, and satisfaction with supervision. *Journal of Counseling & Development, 77*, 447-455.

Ladany, N., & Friedlander, M. L. (1995). The relationship between the supervisory working alliance and trainees' experience of role conflict and role ambiguity. *Counselor Education and Supervision, 34*, 220-231.

Ladany, N, Friedlander, M. L., & Nelson, M. L. (2005). *Critical events in psychotherapy supervision an interpersonal approach.* Washington, DC: American Psychological Association.

Ladany, N., Walker, J., & Melincoff, D. (2001). Supervisee integrative complexity, experience and preference for supervisory style. *Counselor Education and Supervision, 40,* 203-219.

Laurenceau, J. P., Hayes, M. A., Feldman, G. C. (2007). Some methodological and statistical issues in the study of change processes in psychotherapy. *Clinical Psychology Review, 27*, 682-695.

Lehrman-Waterman, D, & Ladany, N. (2001). Development and validation of the evaluation process within supervisory inventory. *Journal of Counseling Psychology, 48*, 168-177.

Liddle, B. J. (1986). Resistance in supervision: A response to perceived threat. *Counselor Education and Supervision, 26*, 117-127.

Lockwood, G., & Perris, P. (2014). A new look at core emotional needs. In M. V. Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice* (pp. 41-66). Oxford: Wiley-Blackwell.

Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy: The groundwork for a study of their relationship to its outcome. In. J. L. Claghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92–116). New York: Brunner/Mazel.

Mann, J. (1973). *Time-limited psychotherapy.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Mayman, M. (1976). Parallel Processes in Supervision and Psychotherapy Foreword. *Bulletin of the Mellinger Clinic, 40*, 1-3.

Mehr, K. E., Ladany, N., & Caskie, G. I. L. (2010). Trainee nondisclosure in supervision: What are they not telling you. *Counseling and Psychotherapy Research, 10*(2), 103-113.

Mehr, K. (2011). Trainee Willingness to Disclose in Supervision. *Theses and Dissertations, 1375*.

Milne, D. (2007). An empirical definition of clinical supervision. *British Journal*

of Clinical Psychology, *46*(4), 437-447.

Milne, D. L. , Watkins Jr., C. E. (2014). Defining and understanding clinical supervision a functional approach. In C. E. Watkins, Jr. and D. L. Milne (Ed.), *The Wiley Handbook of Clinical Supervision* (pp. 257-281). West Sussex, UK: John Wiley & Sons.

Morgan, M. M., & Sprenkle, D. H. (2007). Toward a common-factors approach to supervision. *Journal of Marital and Family Therapy*, *33*(1), 1-17.

Nadort, M., van Genderen, H., & Behary, W. (2012). Training and supervision in schema therapy. . In M. V. Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice* (pp. 453-471). Oxford: Wiley-Blackwell.

Oei, T. P. S., Baranoff, J. (2007). Young schema questionnaire: review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology*, 59(2), 78-86.

Palomo, M. Beinart, H., & Cooper, M. (2010). Development and validation of the supervisory relationship questionnaire (SRQ) in UK trainee clinical psychologists. *British Journal of Clinical Psychology, 49*, 131-149.

Patton, M. J., Kivlighan, D. M., & Multon, K. D. (1997). The Missouri Psychoanalytic Counseling Research Project: Relation of changes in counseling process to client outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, *44*, 189-208.

Piaget, J. P. (1952). *The origins of intelligence in children*. New York: International Universities Press.

Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Lamarche, C., Hilscher, T., & Joyce, A. S. (2005). Levels of alliance, pattern of alliance, and outcome in short-term group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, *55*, 527–550.

Raudenbush, S., Bryk, A., & Congdon, R. (2013). HLM 7.01 for Windows [Hierarchical linear and nonlinear modeling software]. *Los Angeles: Multivariate Software*.

Ramos-Sanchez, L., Esnil, E., Goodwin, A., Riggs, S., Touster, L. O., Wright, L.

K., … Rodolfa, E. (2002). Negative supervisory events: Effects on supervision satisfaction and supervisory alliance. *Professional Psychology: Research and Practice, 33*(2), 197-202.

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance a relational treatment guide.* New York: Guilford Press.

Samstag, L. W., Muran, J. C., Wachtel, P. L., Slade, A., Safran, J. D., & Winston, A. (2008). Evaluating negative process: A comparison of working alliance, interpersonal behavior, and narrative coherency among three psychotherapy outcome conditions. *American Journal of Psychotherapy, 62,* 165–194.

Sarıtaş, D., Gençöz, T. (2011). Psychometric properties of "Young Schema Questionnaire-Short Form 3" in a Turkish adolescent sample. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies,* 11(1), 83-96.

Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research, 19*(3), 295-321.

Searles, H. F. (1955). The Informational Value of Supervisor's Emotional Experiences. *Psychiatry, 18,* 135-146.

Snijders, T. A. B., & Bosker, R. J. (1993). Standard errors and sample sizes for two-level research. *Journal of Educational and Behavioral Statistics, 18*(3), 237-259.

Snijders, T. A., & Bosker, R. J. (1999). *Multilevel analysis: An introduction to basic and advanced multilevel modeling*. Sage.

Sexton, H. C., Hembre, K., & Kvarme, G. (1996). The interaction of the alliance and therapy microprocess: A sequential analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 471–480.

Soygüt, G., & Işikli, S. (2008). Assessment of the Therapeutic Alliance: Reliability and Validity of the Working Alliance Inventory. *Turkish Journal of Psychiatry, 19*(4).

Soygüt, G., Karaosmanoğlu, A., & Çakır, Z. (2009). Erken yaş dönemi uyumsuz

şemaların değerlendirilmesi: Young Şema ölçeği kısa form-3'ün psikometrik özelliklerine ilişkin bir inceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi, 20*(1), 75-84.

Stiles, W. B., & Goldsmith, J. Z. (2010). The alliance over time. In J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The Therapeutic Alliance: An Evidence Based Guide to Practice* (pp. 44-63). The Guilford Press: New York.

Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2009). Cognitive–behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(4), 595-606.

Spranger, S. C., Waller, G. and Bryant-Waugh, R. (2001), Schema avoidance in bulimic and non–eating-disordered women. International Journal of Eating Disorders, 29: 302–306. doi: 10.1002/eat.1022

Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the working alliance inventory. *Psychological Assessment: A journal of consulting and clinical psychology*, *1*(3), 207.

Tryon, G. S., & Kane, A. S. (1990). The helping alliance and premature termination. *Counselling Psychology Quarterly*, *3*(3), 233-238.

Ünal, B. (2012). *Early maladaptive schemas and well-being: Importance of parenting styles and other psychological resources*. Unpublished master's thesis, Middle East Technical University, Ankara, Turkey.

Van Genderen, H., Rijkeboer, M., & Arntz, A. (2012). Theoretical model: Schemas, coping styles, and modes. In M. V. Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice* (pp. 27-40). Oxford: Wiley-Blackwell.

Watkins, C. E. (2014). The supervisory alliance: a half century of theory, practice and research in critical perspective. *American Journal of Psychotherapy, 68*, 1-37.

Watkins, C. E., Milne, D. L. (2014). *The Wiley International Handbook of Clinical Supervision*. West Sussex, UK: John Wiley & Sons.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, *54*(6), 1063.

Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaie-Short form: factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research, 26*(4), 519-530.

Young, J. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema–focused approach*. Sarasota, FL. Professional Resource Pres.

Young, J. E. (1994). *The Young-Rygh Avoidance Inventory.* Available at: www.schematherapy.com/id43.htm

Young, J.E. *(*1995*). The Young Compensation Inventory*. New York, NY*: Cognitive Therapy Centre of New York*.

Young, J. E. (1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach.* Sarasota: Professional Resource Press.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide.* New York: The Guilford Press.

APPENDICES

A: INFORMED CONSENT/GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Psikoloji Bölümü Klinik Psikoloji Doktora programına bağlı olarak Prof. Dr. Tülin Gençöz danışmanlığı altında yürütülen, Araştırma Görevlisi Ali Can Gök'ün doktora tez çalışmasıdır.

Çalışmanın amacı süpervizör ve terapist özelliklerinin süpervizyon ilişkisine etkilerini araştırmaktır. Çalışma boyunca terapistlerden 14 hafta boyunca her hafta, süpervizörlerden ise 2 hafta kısa anketler doldurulması talep edilecektir. Cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacak, bütün cevaplar toplu olarak araştırma amacıyla değerlendirilecektir. Anket, genel olarak kişisel rahatsızlık verecek sorular içermemektedir. Ancak, katılım esnasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz anketi cevaplamayı ya da çalışmayı yarıda bırakabilirsiniz. Çalışma bitince, bu çalışma ile ilgili sorularınız için veya çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için Psikoloji Bölümü Araştırma Görevlisi Ali Can Gök (Oda: Ek 3, Tel: 0312 210 5117, Eposta: agok@metu.edu.tr) ile iletişim kurabilirsiniz. Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Bu çalışmaya tamemen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

İsim Soyisim/Baş Harfler:

İmza:

Tarih:

B: DEMOGRAPHIC FORM/DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Yaş:____

Cinsiyet:_____

Grup: Terapist_____ Süpervizör____

Hangi üniversitede eğitim görmektesiniz (Öğretim Üyesi iseniz boş bırakınız):_____

Hangi düzeyde eğitim almaktasınız (Öğretim Üyesi iseniz boş bırakınız): Yüksek Lisans____ Doktora___

Süpervizyon altında kaç seans psikoterapi uyguladınız:_____

Kaç dönem/sömestır süpervizyon aldınız:____

Aktif olarak kaç senedir psikoterapi uygulamaktasınız:____

Kaç dönem/sömestır boyunca süpervizyon verdiniz (Bu soru sadece süpervizörler içindir):____

Psikoterapi/Süpervizyon yaparken yaklaşımızda hangi kuramları ve tekniklerini kullanmaktasınız (Birden fazla işaretleyebilirsiniz):

___ Psikodinamik Terapi

___ Bilişsel Davranışcı Terapi

___ Şema Terapi

___ İlişkisel Terapi

___ Gestalt Terapi

___ Transaksiyonel Analiz

___ Pozitif Psikoterapi

___ Hümanistik/Danışan Odaklı Yaklaşım

___ Davranışçı Terapi

___ Diğer (belirtiniz):_____

Daha önce psikoterapi aldınız mı ya da almakta mısınız: Evet___ Hayır___

C: YOUNG SCHEMA QUESTIONAIRRE/YOUNG ŞEMA ÖLÇEĞİ

Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olamadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin **duygusal olarak** ne hissettiğinize dayanarak cevap verin. Bir kaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın. 1 den 6'ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek şıkkı seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

DEĞERLENDİRME:

1. Benim için tamamıyla yanlış
2. Benim için büyük ölçüde yanlış
3. Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla
4. Benim için orta derecede doğru
5. Benim için çoğunlukla doğru
6. Beni mükemmel şekilde tanımlıyor

1. _____ Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.

2. _____ Beni terkedeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.

3. _____ İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum.

4. _____ Uyumsuzum.

5. _____ Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.

6. _____ İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum.

7. _____ Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.

8. _____ Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.

9. _____ Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşıtlarım kadar, başaramadım.

10. _____ Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.

11. _____ Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.

12. _____ Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemsediğimi göstermek gibi).

13. _____ Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.

14. _____ Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana "hayır" denilmesini çok zor kabullenirim.

15. _____ Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.

16. _____ Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar.

17. _____ Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissederim.

18. _____ Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hak ederim.

19. _____ Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.

20. _____ Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.

21. _____ İnsanlara karşı tedbiri elden bırakamam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim.

22. _____ Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.

23. _____ Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.

24. _____ İşleri halletmede son derece yetersizim.

25. _____ Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.

26. _____ Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hissediyorum.

27. _____ Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.

28. _____ Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hissediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.

29. _____ Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.

30. _____ Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.

31. _____ En iyisini yapmalıyım, "yeterince iyi" ile yetinemem.

32. _____ Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.

33. _____ Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.

34. _____ Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.

35. _____ İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.

36. _____ Eğer yanlış yaparsam, bunun özrü yoktur.

37. _____ Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.

38. _____ Yakınlarımın beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım

39. _____ Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.

40. _____ Bir yere ait değilim, yalnızım.

41. _____ Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.

42. _____ İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.

43. _____ Doğru ile yanlışı birbirinden ayırmakta zorlanırım.

44. _____ Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.

45. _____ Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hisseder veya suçluluk duyarız

46. _____ İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.

47. _____ Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.

48. _____ İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.

49. _____ Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.

50. _____ İstediğimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.

51. _____ Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakarlık etmekte zorlanırım.

52. _____ Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissederim.

53. _____ Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.

54. _____ Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.

55. _____ Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarım ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı.

56. _____ Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hissederim.

57. _____ Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheciyimdir.

58. _____ Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.

59. _____ Kendimi sevilebilecek biri gibi hissetmiyorum.

60. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.

61. _____ Gündelik işler için benim kararlarıma güvenilemez.

62. _____ Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.

63. _____ Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum-Benim kendime ait bir hayatım yok.

64. _____ Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.

65. _____ Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.

66. _____ Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.

67. _____ Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.

68. _____ Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.

69. _____ Benim yararıma olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.

70. _____ Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanılmayı ve takdir görmeyi isterim.

71. _____ Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.

72. _____ Neden yanlış yaptığımın önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.

73. _____ Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.

74. _____ İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.

75. _____ Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.

76. _____ Kendimi hep grupların dışında hissederim.

77. _____ Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum.

78. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.

79. _____ Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum.

80. _____ Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.

81. _____ Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.

82. _____ Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.

83. _____ Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.

84. _____ Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.

85. _____ Kendimi sorumluluktan kolayca sıyıramıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.

86. _____ Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.

87. _____ Kararlarıma nadiren sadık kalabilirim.

88. _____ Bir dolu övgü ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.

89. _____ Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.

90. _____ Ben cezalandırılmayı hak eden kötü bir insanım.

D: YOUNG COMPENSATION INVENTORY/YOUNG AŞIRI TELAFİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. **Eğer isterseniz ifadeyi size en yakın gelecek şekilde yeniden yazıp derecelendirebilirsiniz.** Daha sonra 1 den 6 ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek dereceyi seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

DEĞERLENDİRME:

1. Benim için tamamıyla yanlış
2. Benim için büyük ölçüde yanlış
3. Bana uyan tarafi uymayan tarafından biraz fazla
4. Benim için orta derecede doğru
5. Benim için çoğunlukla doğru
6. Beni mükemmel şekilde tanımlıyor

1. ___ Kırıldığımı çevremdeki insanlara belli ederim.
2. ___ İşler kötü gittiğinde sıklıkla başkalarını suçlarım.
3. ___ İnsanlar beni hayal kırıklığına uğrattığında veya ihanet ettiğinde çok fazla öfkelenir ve bunu gösteririm.
4. ___ İntikam almadan öfkem dinmez.
5. ___ Eleştirildiğimde savunmaya geçerim.
6. ___ Başarılarımı veya galibiyetimi başkalarının taktir etmesi önemlidir.
7. ___ Pahalı araba, elbiseler, ev gibi başarının görünür ifadeleri benim için önemlidir.
8. ___ En iyi ve en başarılı olmak için çok çalışırım.
9. ___ Tanınmış olmak benim için önemlidir.

10. ___ Başarı, ün, zenginlik, güç veya popülarite kazanma ile ilgili hayaller kurarım.
11. ___ İlgi odağı olmak hoşuma gider.
12. ___ Diğer insanlardan daha cilveli / baştan çıkarıcı bir insanımdır.
13. ___ Hayatımda düzen olmasına çok önem veririm (Organizasyon, düzenlilik, planlama, gündelik işler).
14. ___ İşler kötü gitmesin diye çok çaba harcarım.
15. ___ Hata yapmamak için karar verirken kılı kırk yararım.
16. ___ Çevremdeki insanların yaptıklarını fazlasıyla kontrol ederim.
17. ___ Çevremdeki insanlar üzerinde denetim veya otorite sahibi olabildiğim ortamlardan hoşlanırım.
18. ___ Hayatımla ilgili bir şey söyleyen, bana karışan insanlardan hoşlanmam.
19. ___ Uzlaşmakta veya kabullenmekte çok zorlanırım.
20. ___ Kimseye bağımlı olmak istemem.
21. ___ Kendi kararlarımı almak ve kendime yeterli olmak benim için hayati önem taşır.
22. ___ Bir insana bağlı kalmakta veya yerleşik bir düzen kurmakta güçlük çekerim.
23. ___ İstediğimi yapma özgürlüğüm olması için "bağımsız biri" olmayı tercih ederim.
24. ___ Kendimi sadece bir iş veya kariyerle sınırlamakta zorlanırım, hep başka seçeneklerim olmalıdır.
25. ___ Genellikle kendi ihtiyaçlarımı başkalarınınkinden önde tutarım.
26. ___İnsanlara sık sık ne yapmaları gerektiğini söylerim. Her şeyin doğru bir şekilde yapılmasını isterim.
27. ___ Diğer insanlar gibi önce kendimi düşünürüm.
28. ___ Bulunduğum ortamın rahat olması benim için çok önemlidir (örn: ısı, ışık, mobilya).
29. ___ Kendimi asi biri olarak görürüm ve genellikle otoriteye karşı koyarım.
30. ___ Kurallardan hoşlanmam ve onları çiğnemekten mutlu olurum.
31. ___ Hoş karşılanmasa veya bana uymasa da alışılmışın dışında olmayı severim.

32. ___ Toplumun standartlarında başarılı olmak için uğraşmam.
33. ___ Çevremdekilerden hep farklı oldum.
34. ___ Kendimden bahsetmeyi sevmem ve insanların özel yaşamımı veya hislerimi bilmelerinden hoşlanmam.
35. ___ Kendimden emin olmasam da veya kendimi kırılmış hissetsem de başkalarına hep güçlü görünmeye çalışırım.
36. ___ Değer verdiğim insana yakın dururum ve sahiplenirim.
37. ___ Hedeflerime ulaşmak için sık sık çıkarlarım doğrultusunda yönlendirici davranışlarda bulunurum.
38. ___ İstediğimi elde etmek için açıkça söylemektense dolaylı yollara başvururum
39. ___ İnsanlarla aramda mesafe bırakırım; bu sayede benim izin verdiğim kadar beni tanırlar.
40. ___ Çok eleştiririm.
41. ___ Standartlarımı korumak ve sorumluluklarımı yerine getirmek için kendimi yoğun bir baskı altında hissederim.
42. ___ Kendimi ifade ederken sıklıkla patavatsız veya duyarsızımdır.
43. ___ Hep iyimser olmaya çalışırım; olumsuzluklara odaklanmama izin vermem.
44. ___ Ne hissettiğime aldırmadan çevremdekilere güler yüz göstermem gerektiğine inanırım.
45. ___ Başkaları benden daha başarılı veya daha fazla ilgi odağı olduğunda kıskanırım veya kötü hissederim.
46. ___ Hakkım olanı aldığımdan ve aldatılmadığımdan emin olmak için çok ileri gidebilirim.
47. ___ İnsanları gerektiğinde şaşırtıp alt edebilmek için yollar ararım, dolayısı ile benden faydalanamazlar veya bana kötülük yapamazlar.
48. ___ İnsanların benden hoşlanması için nasıl davranacağımı veya ne söyleyeceğimi bilirim.

E: YOUNG RYGH AVOIDANCE INVENTORY/YOUNG RYGH KAÇINMA ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Daha sonra 1 den 6 ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek dereceyi seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

DEĞERLENDİRME:

1. Benim için tamamıyla yanlış
2. Benim için büyük ölçüde yanlış
3. Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla
4. Benim için orta derecede doğru
5. Benim için çoğunlukla doğru
6. Beni mükemmel şekilde tanımlıyor

1. ___ Beni üzen konular hakkında düşünmemeye çalışırım.
2. ___ Sakinleşmek için alkol alırım.
3. ___ Çoğu zaman mutluyumdur.
4. ___ Çok nadiren üzgün veya hüzünlü hissederim.
5. ___ Aklı duygulara üstün tutarım.
6. ___ Hoşlanmadığım insanlara bile kızmamam gerektiğine inanırım.
7. ___ İyi hissetmek için uyuşturucu kullanırım.
8. ___ Çocukluğumu hatırladığımda pek bir şey hissetmem.
9. ___ Sıkıldığımda sigara içerim.
10. _ __ Sindirim sistemim ile ilgili şikayetlerim var (Örn: hazımsızlık, ülser, bağırsak bozulması).
11. ___ Kendimi uyuşmuş hissederim.
12. ___ Sık sık baş başım ağrır.

13. ___ Kızgınken insanlardan uzak dururum.
14. ___ Yaşıtlarım kadar enerjim yok.
15. ___ Kas ağrısı şikayetlerim var.
16. ___ Yalnızken oldukça fazla TV seyrederim.
17. ___ İnsanın duygularını kontrol altında tutmak için aklını kullanması gerektiğine inanırım.
18. ___ Hiç kimseden aşırı nefret edemem.
19. ___ Bir şeyler ters gittiğindeki felsefem, olanları bir an önce geride bırakıp yola devam etmektir.
20. ___ Kırıldığım zaman insanların yanından uzaklaşırım.
21. ___ Çocukluk yıllarımı pek hatırlamam.
22. ___ Gün içinde sık sık şekerleme yaparım veya uyurum.
23. ___ Dolaşırken veya yolculuk yaparken çok mutlu olurum.
24. ___ Kendimi önümdeki işe vererek sıkıntı hissetmekten kurtulurum.
25. ___ Zamanımın çoğunu hayal kurarak geçiririm.
26. ___ Sıkıntılı olduğumda iyi hissetmek için bir şeyler yerim.
27. ___ Geçmişimle ilgili sıkıntılı anıları düşünmemeye çalışırım.
28. ___ Kendimi sürekli bir şeylerle meşgul edip düşünmeye zaman ayırmazsam daha iyi hissederim.
29. ___ Çok mutlu bir çocukluğum oldu.
30. ___ Üzgünken insanlardan uzak dururum.
31. ___ İnsanlar kafamı sürekli kuma gömdüğümü söylerler;başka bir deyişle, hoş olmayan düşünceleri görmezden gelirim.
32. ___ Hayal kırıklıkları ve kayıplar üzerine fazla düşünmemeye eğilimliyim.
33. ___ Çoğu zaman, içinde bulunduğum durum güçlü duygular hissetmemi gerektirse de bir şey hissetmem.
34. ___ Böylesine iyi ana-babam olduğu için çok şanslıyım.
35. ___ Çoğu zaman duygusal olarak tarafsız/ nötr kalmaya çalışırım.
36. ___ İyi hissetmek için, kendimi ihtiyacım olmayan şeyler alırken bulurum.
37. ___ Beni zorlayacak veya rahatımı kaçıracak durumlara girmemeye çalışırım.
38. ___ İşler benim için iyi gitmiyorsa hastalanırım.

39. ___ İnsanlar beni terk ederse veya ölürse çok fazla üzülmem.
40. ___ Başkalarının benim hakkımda ne düşündükleri beni ilgilendirmez.

F: WORKING ALLIANCE INVENTORY – THERAPIST SHORT FORM/SÜPERVİZYON İTTİFAKI ÖLÇEĞİ – TERAPİST KISA FORM

Lütfen aşağıdaki ifadeleri son süpervizyon oturumunuzu düşünerek, size en uygun seçeneği işaretleyerek doldurunuz.

		1. Benim için hiç doğru değil	2. Benim için doğru değil	3. Benim için biraz doğru değil	4. Kararsızım	5. Benim için biraz doğru	6. Benim için doğru	7. Benim için kesinlikle doğru
1.	Süpervizörüm ve ben, ortak hedeflerimize doğru ilerliyoruz.							
2.	Süpervizyonda yaptıklarım, sorunlarımla ilgili yeni bir bakış açısı kazandırıyor.							
3.	Süpervizörümün kendisini bana yakın hissettiğine inanıyorum.							
4.	Benim için neyin üzerinde durmamızın daha önemli olacağı konusunda hemfikiriz							

5.	Süpervizyonda yaptıklarımın, istediğim değişiklikleri elde etmemde bana yardımcı olacağını hissediyorum.							
6.	Süpervizörüm ve ben birbirimize saygı duyuyoruz.							
7.	Süpervizörüm ve ben, hedef belirlerken işbirliği içerisindeyiz.							
8.	Süpervizyon ile neler yaparak değişeceğimi daha iyi anladım.							
9.	Süpervizörümün beni takdir ettiğini hissediyorum.							
10.	Ne tür değişikliklerin benim yararıma olacağı konusunda anlaşmaya vardık.							
11.	Süpervizyonda sorunları ele alma yollarımızın doğru olduğuna inanıyorum							
12.	Onun onaylamadığı şeyler yaptığımda da süpervizörümün beni önemsediğini hissediyorum.							

© A. O. Horvath, 1981 1984

G: POSITIVE AND NEGATIVE AFFECT SCHEDULE/OLUMLU VE OLUMSUZ DUYGU ÖLÇEĞİ

Bu ölçek farklı duyguları tanımlayan bir takım sözcükler içermektedir. **Son süpervizyon oturumunda** nasıl hissettiğinizi düşünüp her maddeyi okuyun. Uygun cevabı her maddenin yanında ayrılan yere (puanları daire içine alarak) işaretleyin. Cevaplarınızı verirken aşağıdaki puanları kullanın.

1. Çok az veya hiç
2. Biraz
3. Ortalama
4. Oldukça
5. Çok fazla

1. İlgili	1	2	3	4	5
2. Sıkıntılı	1	2	3	4	5
3. Heyecanlı	1	2	3	4	5
4. Mutsuz	1	2	3	4	5
5. Güçlü	1	2	3	4	5
6. Suçlu	1	2	3	4	5
7. Ürkmüş	1	2	3	4	5
8. Düşmanca	1	2	3	4	5
9. Hevesli	1	2	3	4	5
10. Gururlu	1	2	3	4	5
11. Asabi	1	2	3	4	5
12. Uyanık	1	2	3	4	5
13. Utanmış	1	2	3	4	5
14. İlhamlı (yaratıcı düşüncelerle dolu)	1	2	3	4	5
15. Sinirli	1	2	3	4	5
16. Kararlı	1	2	3	4	5
17. Dikkatli	1	2	3	4	5
18. Tedirgin	1	2	3	4	5

19. Aktif 1 2 3 4 5

20. Korkmuş 1 2 3 4 5

H: CLIENT DIFFICULTY SCALE/DANIŞAN ZORLUK ÖLÇEĞİ

Terapist:_____ Tarih:_____

Aşağıdaki cümleleri son süpervizyon oturumunda ele aldığınız danışanınızla yaptığınız en son seansı düşünerek cevaplayınız. Size uygun olan cevabı skalanın üzerinde işaretleyiniz.

1. Danışanınızla bu hafta yaptığınız seansta genel olarak ne kadar zorlandınız?

1 Hiç zor bulmadım	**2**	**3**	**4** Kararsızım	**5**	**6**	**7** Çok zorlandım

2. Danışanınızı bu seansta anlamakta ne kadar zorlandınız?

1 Hiç zorlanmadım	**2**	**3**	**4** Kararsızım	**5**	**6**	**7** Çok zorlandım

3. Danışanınıza bu seansta yardımcı olmakta ne kadar zorlandınız?

1 Hiç zorlanmadım	**2**	**3**	**4** Kararsızım	**5**	**6**	**7** Çok zorlandım

I: CURRICULUM VITAE

PERSONAL INFORMATION

Name, Surname: Ali Can Gök
Nationality: Turkish (TC)
Date and Place of Birth: 14th November 1987, Kadıköy
Marital Status: Married
Phone: +90 532 162 83 55
E-mail: alicangk@gmail.com

EDUCATION

Degree	Institution	Department	Year Of Graduation
PhD	Middle East Tech. Uni.	Clinical Psychology	2017
MS	Middle East Tech. Uni.	Clinical Psychology	2012
BS	Middle East Tech. Uni.	Psychology	2010
High School	Üsküdar Halide Edip Adıvar L.	-	2005

WORK EXPERIENCE

Year	Place	Enrollment
2011-2017	Middle East Technical University	Research Assistant
2010-2011	Simay Special Education Center	Psychologist

FOREIGN LANGUAGES

English (Advanced), French (Beginner).

PUBLICATIONS

1. Gök, A. C. (2015). Psikoterapi Süpervizyonunda Paralel Süreç: Bir Vaka Çalışması. AYNA Klinik Psikoloji Dergisi, 2(2), 39-50.

2. Gök, A. C., Selçuk, E., & Gençöz, T. (in press). Olumlu ve Olumsuz Duygulanımın Tekrarlanan Ölçümlerde Kişi-içi Güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*.

3. Karancı, A. N., Gök, A. C., Yıldırım, B., & Borhan, N. (2017). Social support perceptions of Turkish people with schizophrenia: What helps and what doesn't help. International Journal of Social Psychiatry. Advance online publication. doi: 10.1177/0020764017726931

CONFERENCE PRESENTATIONS

1. Gök, A.C. (2015, July). Parallel Process in Psychotherapy Supervision. Poster presentation presented at 14th European Congress of Psychology, Milan, Italy.

2. Gök, A.C., & Gençöz, T. (2014, July). Associated Factors of Psychopathological Symptoms: Role of Early Maladaptive Schemas, Schema Coping Processes and Parenting. Oral presentation presented at 28th International Congress of Applied Psychology, Paris, France.

3. Gök, A.C., & Gençöz, T. (2013, July). The Role of Schema Coping Processes between Early Maladaptive Schemas and Psychopathology. Poster session presented at 13th European Congress of Psychology, Stockholm, Sweden.

4. Gök, A.C., & Gençöz, T. (2013, July). Do romantic relationships have a protective value. Oral presentation presented at 13th European Congress of Psychology, Stockholm, Sweden.

RESEARCH INTERESTS

Early maladaptive schemas, Schema therapy, Interpersonal therapy, Psychotherapy Supervision, Therapeutic relationship, Parallel process, Within-person reliability, Change Processes, Schizophrenia.

J: TURKISH SUMMARY/TÜRKÇE ÖZET

SÜPERVİZÖR ÖZELLİKLERİNİN TERAPİSTLERİN SÜPERVİZYON DENEYİMİNE ETKİSİ

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Mayman (1976), klinik psikolojinin araştırma ve uygulama alanlarının birbirinden uzaklaşmasını ve iki farklı kulvar gibi algılanmasını eleştirmiştir. Klinik psikolojinin uygulaması üzerine yapılan çalışmaların azlığı bir sorun olarak görmüş ve psikoterapi ve psikoterapi süpervizyonu gibi klinik psikolojinin uygulamalı alanlarında yapılacak çalışmaların desteklenmesi gerektiini savunmuştur (Mayman, 1976). Bu eleştiriden sonra, araştırmacılar klinik psikolojinin uygulaması -özellikle psikoterapi etkililiği- üzerine yapılan gayretlerini arttırmışlardır (Amato, ve ark., 2005; Arean, ve ark., 1993; Bohus, ve ark., 2004; Dobson, 1989; Espie, Inglis, Tessier, ve Harvey, 2001; Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, ve Geller, 2007; Stewart ve Chambless, 2009). Fakat psikoterapi eğitimi ve süpervizyonu alanında, psikoterapinin kendisine nazaran daha az sayıda çalışma ortaya konmuştur (Hill ve Knox, 2013). Psikoterapi süpervizyonu konusunda daha çok araştırmaya ihtiyaç vardır (Hill ve Knox, 2013). Bu sebepten ötürü bu çalışma psikoterapi süpervizyonuna odaklanmıştır.

1.1. Psikoterapi Süpervizyonu

Klinik süpervizyon ya da psikoterapi süpervizyonu, psikoterapi eğitiminin ve uygulamasının ana bileşenlerinden biridir (Milne ve Watkins, 2014). Uygulama

yapan bir psikoterapist olmak için süpervizyon, ulusal meslek kurumları, psikoterapi enstitüleri ve lisansüstü programları tarafından zorunlu tutulmuştur (Milne ve Watkins, 2014). Süpervizyon, daha tecrübeli bir terapist tarafından yeni başlayan meslektaşına verdiği, yeni terapistin mesleki gelişimi sağlamayı ve yeni terapist tarafından sağlanan psikoterapi hizmetin kalitesini garanti altına almayı hedefleyen eğitimsel bir süreç olarak tanımlanılmaktadır (Bernard ve Goodyear, 2014).

1.1.1 Süpervizyon İlişkisi

Süpervizyon sürecinin işleyişini anlamak için birçok model ortaya atılmış ve tartışılmıştır (Milne ve Watkins, 2014) ve bunlardan çok azı süpervizyon ilişkisini ana odak noktası yapmıştır (Beinart, 2014). Alanyazındaki araştırmalar ve tartışmalar, bu modellerin süpervizyon sürecini açıklamakta birbirlerinden üstün olmadıklarını göstermektedir (Ladany, Ellis ve Friedlander, 1999; Morgan ve Sprenkle, 2007). Bu nedenle araştırmaların odağı ayrı modellerden ziyade tüm modellerin ortak noktalarına doğru kaymıştır (Ladany ve ark., 1999).

Bu ortak noktaların üzerine eğilme neticesinde süpervizyon ilişkisi öne çıkan bir ortak faktör olarak ortaya çıkmıştır (Morgan ve Sprenkle, 2007; Watkins, 2014). Daha önce bahsedildiği gibi süpervizyon ilişkisine direkt olarak odaklanan çalışma ve kuram sayısı azdır, fakat süpervizyon ilişkisi denilen olgudan çoğu kuramda ve modelde üstü kapalı olarak yer verilmiştir (Ellis, 2010; Ladany ve ark., 1999; Watkins, 2014). Günümüzde ise her ekolden uygulamacı ve kuramcı ilişkinin süpervizyon sürecinde anahtar konumda olduğunu kabul etmektedir (Beinart, 2014; Ladany ve ark., 1999; Ramos-Sanchez, ve ark., 2002; Watkins, 2014).

1.1.2. Süpervizyon İttifakı

Süpervizyon ilişkisi ve süpervizyon ittifakı zaman zaman eş anlamlı olarak kullanılan terimlerdir (Beinart, 2014). Ama süpervizyon ilişkisi daha geniş bir çatı terim olarak kullanılırken, süpervizyon ittifakı Bordin'in (1983) kuramı ile paralel olarak kullanılmaktadır (Beinart, 2014). Süpervizyon ittifakı, süpervizör ve terapist arasındaki duygusal bağı ve süpervizyon sürecindeki amaç ve görevleri

kapsamaktadır (Bordin, 1983). Süpervizyon ittifakı, terapötik ittifak kavramı üzerine yazılan alanyazın üzerine inşa edilmiştir (Beinart, 2014).

1.1.2.1. Terapötik İttifak

Terapötik ittifakın, terapi sonuçlarına olan etkisi uzun zamandır bilinmektedir (Horvath ve Bedi, 2002; Horvath, Del Re, Fluckinger ve Symonds, 2011; Tryon ve Kane, 1990). Örneğin, 24 çalışmayı kapsayan bir meta-analiz çalışması neticesinde terapötik ittifak ve terapi sonuçları arasında orta düzeyde bir ilişki rapor edilmiştir (Horvath ve Symonds, 1991). Araştırma sonuçları, güçlü terapötik ittifakların daha iyi terapi sonuçları ile ilişkili olduğunu ortaya koyarken zayıf terapötik ilişkilerin danışanların terapiyi erken bırakmaları ile arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Horvath ve Bedi, 2002; Samstag ve ark., 2008). Terapötik ilişki alanyazınında "bozulma ve tamir" olarak adlandırılan süreçlerin terapide değişimi sağlayan anahtar etkenlerden biri olduğu iddia edilmektedir (Safran ve Muran, 2000). "Bozulma", terapi sürecinde ittifaktaki azalmaları ifade ederken, "tamir" ise bu bozulmaların üstesinden gelerek terapötik ittifakı güçlendirme durumunu ifade etmektedir (n ve Muran, 2000). Yani güçlü bir terapötik ittifak için önce oluşan ittifakın zayıflaması ve bu zayıflamadan daha güçlenerek çıkması gerekmektedir (Safran ve Muran, 2000). Bu süreç kuralan terapi ilişkisinde ortaya çıkan ilişkisel örüntülerin ifade edilmesini ve bu örüntülere danışanın kendi hayatında kullandığı işlevsiz davranışlar yerine daha işlevsel davranış, düşünme ve duygu örüntülerinin öğretildiğini göstermektedir (Safran ve Muran, 2000). Bordin (1983), terapi ilişkisinde kurulan bu ittifak modelini süpervizyon ilişkisi alanına da taşımıştır. Bununla paralel olarak süpervizyon ilişkisindeki ilişkisel örüntülerin ifadesini sağlamanın (Bozulma) ve bu örüntüleri ele alarak daha işlevsel örüntüler ile yerini değiştirmenin (Tamir) daha güçlü bir süpervizyon ittifakına yol açacağı düşünülmektedir (Ladany, Friedlander ve Nelson, 2005).

1.1.2.2. Terapötik İttifak ve Süpervizyon İttifakı Arasındaki Farklar ve Benzerlikler

Süpervizyon ve terapi ilişkilerinin farklı süreçler olmasından dolayı bazı araştırmacılar terapi alanından transfer edilen süpervizyon kuramlarının olguyu ele

almakta sınırlı kalacağını düşünmektedirler (Beinart, 2014); mamafih, süpervizyon ve terapi süreçlerinin ortak noktalarının da üzerinden atlamamak gerekmektedir (Grey ve Fiscalini, 1987). Bordin (1983) değişimi amaçlayan her ilişki türünde bir tür ittifak kurulması gerektiğini savunmaktadır. Süpervizyon ittifakı üzerine olan görüşleri de bu değişim süreçlerinde kurulan ittifakların bir uzantısıdır. Değişim denilen olguyu gerçekleştirmek için değişmek isteyen kişi ile değişimi sağlayacak kişi arasında gerçekleşecek değişim üzerinde bir mutabakat ve yardımlaşma gerekmektedir (Bordin, 1983). Süpervizyon, bir eğitim süreci olduğu kadar terapötik de bir süreç olarak ele alınmaktadır (Bordin, 1983; Doehrman, 1976), dolayısı ile değişim amacı süpervizyonun halihazırda içinde yer almaktadır.

1.1.2.3. Güçlü İttifak Kurulumu

Daha önce bahsedildiği gibi kişinin önceden getirdiği alışkanlıklar, duygular ve tepkiler kendini ilişki içerisinde ifade eder. Bordin (1983) bu sürecin kaçınılmaz olduğunu ve değişimi amaçlayan her ilişkide kişinin o ilişkiye kendi kişiliği, düşünceleri, önyargıları ve alışkanlıkları ile geleceğini söyler. Bu önceden gelen örüntüler ilişkide kendisini ifade etmeye başlayınca ittifakta bozulma başlar. Diğer ilişkilerden farklı olarak bu örüntülerin gündeme getirilmesi ve ele alınıp üstesinden gelinmesi kişilere benzer örüntüleri başka ilişkilerde yaşadıklarında daha işlevsel tepkiler verebilmesi için model olur (Bordin, 1983). Süpervizyonda bu konuların ele alınması ise yeni terapiste danışanının terapi sürecinde ifade ettiği örüntülere daha işlevsel tepkiler verebilmesini sağlayarak terapistin danışana model olmasını amaçlar (Bordin, 1983). Bu noktada hem süpervizör hem de terapistin önceden getirdiği örüntülerin, bunları ifade ve çözülme biçimlerinin süpervizyon ilişkisinin gidişatını etkileyeceği düşünülmektedir (Watkins, 2014).

1.1.2.4. İttifakın Zamansallığı

İttifakın önce bozulması ve sonrasında tamir edilmesi ittifak olgusuna dinamik bir yapı vermektedir (Ladany ve ark., 1999). Yani ittifak bir kere kurulduğunda zaman içerisinde sabit bir şekilde hareket etmemektedir (Ladany ve ark., 1999). Yeni örüntülerin ilişki içerisinde ifade edilmesi ve bunların tamirleri, ilerleyen zaman içerisinde ittifakta dalgalanmalar yaratmaktadır (Ladany ve ark. 1999). İttifakın

zamansallığı üzerine bilinenler terapi üzerine yapılan çalışmalardan gelmektedir (Stiles ve Goldsmith, 2010).

İttifak araştırmalarında iki çeşit örüntüden bahsedilmektedir (Stiles ve Goldsmith, 2010). Bunlardan ilki ittifakın zaman içerisinde doğrusal bir şekilde artacağını söylemektedir (Fitzpatrick, Iwakabe ve Stalikas, 2005; Joyce ve Piper, 1990; Patton, Kivligan ve Multon, 1997). Bahsedilen çalışmalar ittifakı süreç boyunca üç yahut dört defa ölçmüşlerdir, bu durum ölçüm noktaları arasındaki süreçte neler olduğunu kaçırmaktadırlar. Buna ek olarak bazı çalışmalar da ittifaktaki doğrusal bir artışı bulmakta başarısız olmuşlardır (Hilsenroth, Peters ve Ackerman, 2004; Sexton, Hembre ve Kvarme, 1996). İkinci ittifak örüntüsü ise yüksek – düşük - yüksek ya da u şeklinde diye adlandırılan örüntüdür. Bu örüntü ittifakın önce kurulup sonra bozulup ve sonunda da tamir edilip güçleneceği görüşü ile uyumludur (Stiles ve Goldsmith, 2010).

1.1.2.5. Süpervizyon İttifakı Üzerine Çalışmalar

Yukarıda bahsedildiği gibi süpervizyon ittifakı üzerine yapılan az miktarda çalışma vardır (Watkins, 2014). Süpervizyon ittifakı üzerine yapılan çalışmalarda Horvath ve Greenberg'in (1989) "Terapötik İttifak Ölçeği"nin Bahrick (1990) tarafından süpervizyona uyarlanmış versiyonu kullanılmıştır. Bu uyarlanmış versiyon ile yapılan çalışmalarda süpervizyon ittifakının çeşitli süpervizyon değişkenleri ile ilişkileri bulunmuştur (Beinart, 2014); örneğin, terapistin süpervizyon sürecinde açık olma isteği (Mehr ve ark., 2010; Mehr, 2011), terapistin süpervizyon memnuniyeti (Inman, 2006; Ladany, Ellis ve Friedlander, 1999), terapistin süpervizyonda roller konusunda kafa karışıklığı (Ladany ve Friedlander, 1995), süpervizyon değerlendirme süreci (Lehrman-Waterman ve Ladany, 2001), süpervizörün kişilerarası hassasiyeti ve etik davranışı (Ladany, Walker ve Melincoff, 2001), ve kültürlerarası yeterliği (Inman, 2006) ile arasında ilişki bulunmuştur.

Süpervizyon ilişkisi üzerine yapılan başka çalışmalarda ise terapistin mesleki gelişimi üzerine değişkenlerle arasında ilişkiler bulunmuştur; örneğin, terapötik becerilerin gelişimi (Ellis ve Ladany, 1997) ve terapistlerin kendi etkililik algıları

(Palomo, Beinart ve Cooper, 2010) süpervizyon ittifakı ile ilişkili bulunmuştur. Bazı araştırmacılar süpervizyon ittifakının sadece terapistin gelişimi üzerinde etkisi olduğunu savunurken (Beinart, 2014), Bambling ve arkadaşları (2006) süpervizyon ilişkisinin terapi sonuçları üzerine etkisi olduğunu göstermişlerdir.

Süpervizyonun etkili olmasının iyi bir süpervizyon ittifakından geçtiği düşünülmektedir (Watkins, 2014). Süpervizyon ittifakının güçlenmesi ise yukarıda bahsedildiği gibi önceki yaşamdan gelen örüntüleri ifade edilmesi ve ele alınması ile alakalıdır (Watkins, 2014). Bağlanma kuramı, önceden getirilen örüntülerin sonraki yaşamda ilişkiler üzerindeki etkilerini araştırmada yararlı bir kuramdır. Hatta bağlanma stillerini süpervizyon ilişkisine etkileri de araştırılmıştır (Ramos-Sanchez, 2002). Bağlanma kuramındaki içsel çalışma modellerine kuramsal olarak yakın olan Erken Dönem Uyumsuz Şemaların (Young ve ark. 2003), önceden gelen örüntülerin ilişkiler -özellikle süpervizyon ilişkisi- üzerine nasıl bir etkisi olacağı konusunda yapılacak araştırmalarda faydalı olacağı düşünülmektedir.

1.2. Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

Şemalar psikoloji alanyazınında uzun zamandır var olan bir kavramdır (Edwards ve Arntz, 2012). Barlett (1932) ve Piaget (1952) zamanından beri kişinin dünyayı algılamasında ve anlamlandırmasına kullanılan bilişsel örgütlenmeler olarak kullanılmaktadır. Ek olarak, Beck (1967) şemaları kişiye gelen uyaranları tarama, kodlama ve değerlendirmede kullanılan depresyon ve kaygı gibi ruhsal bozukluklarda altta yatan bilişsel yapılar olarak değerlendirmiştir. Beck (1967) kişinin kendisini ve dünyayı çarpıtılmış şekilde algılamasının ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında ve devam etmesinde ana rolü olduğunu savunmaktaydı.

Şema teriminin kullanımı yaygın olduğundan kaynaklı, şemaları anlamak için değişik kuramlar ve açıklamalar getirilmiştir (van Genderen ve ark., 2012). Bu çalışmada ise Young'ın (1999) "Erken Dönem Uyumsuz Şemalar" kavramsallaştırması ile hareket edilecektir. İlerleyen bölümlerde şemalar ve "Erken Dönem Uyumsuz Şemalar" eş anlamlı olarak kullanılacaktır.

Şemalar; anılar, duygular, bilişler ve bedensel hislerden oluşan, kişinin kendini ve diğerleri ile ilişkilerini kapsayan, çocukluk ve ergenlik döneminde oluşan, işlevsiz olan kapsamlı tema ve örüntülere verilen addır (Young ve ark., 2003, s. 7). Yani şemalar, kişilerin karşılaştıkları durumlarda neler yapmasını söyleyen yol haritalarıdır.

Tablo 1
Erken Dönem Uyumsuz Şemalar

Şema alanı	Zedelenmiş Sınırlar/ Yüksek Standartlar	Ayrılma ve Dışlanma/ Reddedilme	Zedelenmiş Özerklik/ Başkalarına Yönelimlilik
Erken Dönem Uyumsuz Şemalar	Hak Görme/ Büyüklenmecilik	Duygusal Yoksunluk	Boyun Eğme
	Onay Arayıcılık	Sosyal İzolasyon	Bağımlılık/ Yetersizlik
	Yüksek Standartlar	Kusurluluk/ Utanç	Yapışıklık
	Karamsarlık	Duygusal Baskılama	Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık
	Yetersiz Öz Denetim	Güvensizlik/ Suistimal Edilme	Terk Edilme/ İstikrarsızlık
	Cezalandırıcılık	Başarısızlık	Kendini Feda

Sarıtaş & Gençöz'den (2011) uyarlanmıştır.

Şemalar çocukluktaki önemli figürlerle etkileşimlerden kaynaklanmaktadırlar (Young, 1999). Güncel alanyazın çocuğun mizacı gibi faktörlerin de şemaların gelişimine katkıda bulunduklarını göstermektedir (van Genderen ve ark., 2012). Şemalar erken dönem yaşantıda karşılanmayan temel ihtiyaçlar neticesinde ortaya çıkmaktadırlar (Young ve ark., 2003).

Young'ın kuramsal çalışmalarında 5 şema alanı altında 18 adet şemaya yer verilmiştir (bkz. Young ve ark. 2003). Şema alanı, şemaların gruplandıkları üst

faktörlere verilen addır. Bu çalışmada ise Sarıtaş ve Gençöz'ün (2011), 18 şemayı 3 şema alanı altında toplayan faktör yapısı kullanılacaktır (bkz. Tablo 1).

1.2.1. Şema Başa Çıkma Stilleri

Şemaların içeriğinden kaynaklı düşünce ve duygular stres verici olduğu için insanlar şemalarla baş edebilmek için şema baş etme stillerini geliştirirler (Young ve ark., 2003). Bu başa çıkma biçimleri şemaların geliştiği koşullarda işlevsel olabilirler fakat zamanın ilerlemesi ve koşulların değişmesi ile işlevsiz hale geldikleri düşünülmektedir (Young ve ark., 2003). Üç adet şema başa çıkma stiline yer verilmektedir; Şemaya Teslim Olma, Şemadan Kaçınma ve Şemayı Aşırı Telafi. Şemaya Teslim Olma kullanıldığında, kişi şema içeriğine teslim olup bunu bir gerçeklik gibi kabul ederler (Young ve ark., 2003). Misal olarak, eğer bir kişinin "Terk Edilme/İstikrarsızlık" şeması varsa ve teslim olma baş etme stilini kullanıyorsa, bu kişi her kurduğu ilişkide terk edileceğini ve bunun kaçınılamaz bir gerçeklik olduğunu düşünür. Şemadan Kaçınma kullanıldığında, kişi şemalarının örtük bir şekilde farkındadır fakat şeması ile karşılaşmamak üzere davranışlar geliştirir. Örneğin, terk edilme şeması olan kişi, terk edilme durumu ile karşılaşmamak için ilişkiler geliştirmekten çekinir. Son olarak Şemayı Aşırı Telafi Etme kullanıldığında ise kişiler şema içeriğinin aksini kanıtlamak üzere davranışlar geliştirirler. Terk edilme şeması ile aşırı telafi kullanıldığında kişi terk edilmemek için en ufak bir uyaranda bile tepkisel hale gelebilir (Young ve ark., 2003).

1.2.3. Şemalar ve İttifak

Yukarıda belirtildiği gibi terapide de olsa süpervizyonda da olsa kişisel özellikler, önceden gelen yaşam deneyimleri ve örüntüler kurulan ittifaka etki etmektedir (Karaca, 2014; Watkins, 2014). İlaveten, iki taraf da ilişkide karşıdan gelen mesajları şemalarının süzgecinden geçirerek algılayacakları için Young ve arkadaşları (2003) şema tarafından yönlendirilen örüntülerin psikoterapide kurulan ittifakı etkileyebileceğini ifade etmişlerdir. Bu sebeple şema terapi alanında eğitim alan terapistlerin kendi şemaları, şemaların nasıl tetiklendikleri ve işlem gördükleri konusunda içgörü kazanmalarını salık vermiş ve zorunlu tutmuşlardır (Young ve

ark., 2003; Nadort, van Genderen ve Behary, 2012). Şema ve şema baş etme biçimlerini ittifaka etki eden önceden gelen örüntüler olarak kavramsallaştırabiliriz.

Süpervizyonda, terapistin ast konumu birçok duyguyu tetikleyebilir (Mehr ve ark., 2010). Kaygı, utanç, mahcubiyet ve olumsuz değerlendirilme korkusu süpervizyon oturumları sırasında ortaya çıkabilir (Mehr ve ark., 2010). Bu duygular terapistin süpervizörden onay arama isteğinden (Dodge, 1982), kendi yeterlilikleri hakkındaki kaygılardan (Liddle, 1986) kaynaklanabilir. Bu iki durumda bir tehdit algısı oluşturabilir (Liddle, 1986) ve bu tehdit algısının neticesinde şemalar etkinleşebilir (Young ve ark., 2003). Bu süreç neticesinde şema baş etme stilleri kişilerin kendini bu tehdit algısından korumak için kullanılabilir.

Misal olarak, şemadan kaçınma kullanan bir kişi terapide ya da süpervizyonda yapılacak görevleri unutabilir, oturuma hazırlıksız gelebilir, önemli konularda bilgileri tam olarak vermeyebilir, duygularını bastırabilir ya da oturuma geç gelebilir (Karaca, 2014). Bu durumlar ittifakta bozulmalara neden olabilir.

Karaca (2014) süpervizör ve terapistlerin şemalarının ve şema baş etme stillerinin benzer ya da tamamlayıcı olmasının ittifakta bozulmalara neden olabileceğini söylemiştir. Eğer bir benzerlik varsa şemalar ya da baş etme biçimlerinde aşırı sempati ya da itilme ilişkide ortaya çıkabilir. Benzer şemalar çok vurgulanırsa değişimin sağlanması için gereken nesnellik kaybolabilir ve iki tarafda işlevsiz bir şekilde davranmaya başlayabilir. Eğer itilme ortaya çıkarsa da iki tarafda kendilerinde görmek istemedikleri özellikleri karşı tarafa atfedip karşı tarafta görmeye başlarlar. Eğer bu noktada ilişkide içgörü geliştirmek yerine bu davranış örüntüleri devam ederse bu değişimden ziyade şemaların devam ettirilmesine sebep olur.

İlişkide iki tarafın davranış örüntüleri birbirini tamamlar şekilde ilerlerse geçmiş hayattaki olumsuz örüntüler süpervizyon ilişkisinde tekrar sahnelenmeye başlar (Karaca, 2014). Bu noktada çelişkili bulgular da vardır. Örneğin bir çalışma benzer ilişki örüntüleri gösteren süpervizör ve terapistlerin daha yüksek süpervizyon ittifakı belirttiğini bulmuştur (Ramos-Sanchez ve ark., 2002). Bu durumda

süpervizyon ilişkisi süpervizör ve terapist tarafından yüzeyde iyi olarak algılandığı ve hala altta işlevsiz bir ilişki türü olduğu spekülasyonunu yapabiliriz. Fakat bu iddiayı destekleyebilmek için daha çok araştırmaya ihtiyaç vardır.

Bu çalışmada, yüzeyde ifade edilen örüntüleri tespit edebilecek bir yöntem kullanılacağı için sadece benzerlik örüntüleri araştırılacaktır. Ayrıca, tamamlayıcı örüntüleri araştırmak için çok daha fazla süpervizör ve terapist şema ve şema baş etme stili kombinasyonları gerektiği için daha büyük bir örnekleme ihtiyaç vardır. Bu çalışmadaki örneklem kısıtlı olduğu için araştırmamız sadece benzerlik örüntüleri incelenecektir.

Ayrılma ve Dışlanma/ Reddedilme şema alanının süpervizyon ilişkisi üzerinde bir etkisi olacağı düşünülmektedir. Çünkü bu şema alanı tanımı gereği, güvenli ve tatmin edici ilişkiler kuramamayı içermektedir. Hem süpervizör hem de terapistin bu şema alanında yüksek puanlar aldığında bunun süpervizyon ilişkisine de yansıması beklenmektedir. Şema baş etme stilleri de tanımları gereği işlevsiz oldukları için süpervizyon sürecinde ittifakın kuvvetlenmesini sağlayacak konuların ele alınmasında aşırı telafi ve kaçınmanın engelleyebileceği ve dolayısıyla düşük bir süpervizyon ittifakına yol açacağı düşünülmektedir.

1.3. Bir Değişim Süreci Olarak Süpervizyonu Araştırmak

Süpervizyon ittifakı bozulmalar ve tamirler dolayısıyla dinamik bir yapıda olduğu için bir zaman noktasındaki ittifak ile başka bir zaman noktasındaki ittifak aynı derecede olmayabilir (Bordin, 1983). Değişim süreçlerini anlayabilmek için araştırmacıların en temelde bir değişimden önce bir de değişimden sonra ölçüm almaları gerekmektedir (Laurenceau, Hayes ve Feldman, 2007). Fakat bu, bize sadece değişimin oluşup olmadığı bilgisini verir. Değişimin gidişatı için daha çok zaman noktasında ölçüm alınmalıdır (Laurenceau ve ark., 2007). Süpervizyon gibi dinamik bir yapısı olan bir süreci araştırmak için mümkün olduğu kadar fazla ölçüm alınması elzemdir.

1.4. Çalışmanın Amacı

Süpervizör ve terapistlerin kişisel özelliklerinin süpervizyon ittifakı üzerinde bir etkisi vardır (Watkins, 2014). Ek olarak, Rosenfeld (2010) süpervizörlerin kişisel özelliklerinin terapistlerin mesleki gelişimleri üzerinde bir etkisi olduğunu bulmuştur. Bunlarla paralel olarak, Ayrılma ve Dışlanma/ Reddedilme şema alanını, Şemadan Kaçınma ve Şemayı Aşırı Telafi kişisel özellikler olarak alarak, bu çalışma:

(1) Süpervizyon sürecinin (Süpervizyon İttifakı, Süpervizyon ile İlişkili Olumsuz Duygulanım) terapistlerin bakış açısından zamansal olarak nasıl ilerlediğini,

(2) Süpervizörlerin kişisel özellikleri ile (Ayrılma ve Dışlanma/ Reddedilme şema alanı, Şemadan Kaçınma ve Şemayı Aşırı Telafi) terapistlerin kişisel özelliklerinin (Ayrılma ve Dışlanma/ Reddedilme şema alanı, Şemadan Kaçınma ve Şemayı Aşırı Telafi) etkileşiminin terapist-danışan ilişkisini (Algılanan Danışan Zorluğu) kontrol ettikten sonra terapistlerin süpervizyon sürecine (Süpervizyon İttifakı) nasıl etki ettiğini

araştırmayı amaçlamaktadır. Bu sebeple hipotezlerimiz aşağıdaki gibidir:

(1) Terapistlerin Süpervizyon İttifakı puanları u-şeklinde bir örüntüye (yüksek - düşük – yüksek) ve Terapistlerin Süpervizyon ile İlişkisi Olumsuz Duygulanım puanlarının ise ters u-şeklinde (düşük – yüksek – düşük) bir örüntüye sahip olacaklardır,

(2) Terapistlerin ve süpervizörlerin Ayrılma ve Dışlanma/ Reddedilme şema alanı, Şemadan Kaçınma ve Şemayı Aşırı Telafi etkileşimlerinin terapist-danışan ilişkisini (Algılanan Danışan Zorluğu) kontrol ettikten sonra terapistlerin süpervizyon sürecine (Süpervizyon İttifakı) negatif yönde bir etkisi olacaktır.

BÖLÜM 2

YÖNTEM

2.1. İşlem

İlk olarak, Danışan Zorluğu Ölçeği'nin kişi-içi güvenirlik çalışmasını yapmak üzere Orta Doğu Teknik Üniversitesi Etik Komitesinden izin alınmıştır. Danışan Zorluk Ölçeği'nin çalışması tamamlandıktan sonra ana çalışma için Orta Doğu Teknik Üniversitesi Etik Komitesinden izin alınmıştır. Daha sonra araştırmacı, Ankara'da bulunan üniversitelerin klinik psikoloji lisansüstü programlarında bulunan terapist ve süpervizörlere ulaşmıştır. Çalışmaya katılmak istemeyen katılımcılara teşekkür edilmiş ve çalışmaya katılmaya onam veren terapist ve süpervizörlerden çalışma için e-posta adresleri alınmıştır.

Bilgilendirilmiş onamı alındıktan sonra terapist ve süpervizörlere www.qualtrics.com aracılığıyla, çalışmanın ilk hafta datasını toplamak için formlar e-posta yoluyla gönderilmiştir. Sonrasında sadece terapistlere sömestr boyunca birbirini takip eden 13 hafta boyunca süpervizyon sonrasında doldurulmak üzere haftalık formlar gönderilmiştir.

Katılımcıların anonimliği kullanılan rumuzlar ile sağlanmıştır. Terapistler ve süpervizörler her doldurdukları forma kullandıkları rumuzları yazmışlardır. Araştırmacı katılımcılara formları ulaştırabilmek için e-posta adresleri bilgisine sahip olduğu için, katılımcıların anonimliğini korumak için başka bir araştırma asistanı terapist ve süpervizörlerin rumuz eşleşmelerini yapmıştır. Analizlere

başlamadan önce de bu rumuzlar sayı olarak kodlanmıştır (Örneğin sayı kodu 13 olan süpervizör için terapistler 1301,1302… şeklinde kodlanmıştır).

2.2. Katılımcılar

Çalışmada 46 terapist ve 13 süpervizör yer almıştır.

2.2.1. Terapistler

Terapistlerin cinsiyet dağılımı %84.8 kadın (n = 39), %13 erkek (n = 6); ve %2.2 cinsiyet belirtmemiş (n = 1) şeklindedir. Terapistlerin yaşları 23 ve 29 arasında yer almaktadır (M = 25.62, SD = 1.47). Terapistlerin %56.5'ı (n = 26) Orta Doğu Teknik Üniversitesinde öğrenim görürken, %28.3'ü (n = 13) Hacettepe Üniversitesinde ve %15.2'si de (n = 7) Ankara Üniversitesinde öğrenim görmektedir. Terapistlerin %71.7'i (n = 33) yüksek lisans düzeyinde ve %28.3'i (n = 13) doktora düzeyindedir.

Terapistlere birbirini takip eden 13 hafta boyunca ölçekler gönderilmiştir. Terapistler tarafından doldurulan ölçek sayısı 0 ila 13 arasında yer almaktadır ve terapistler ortalama 8.20 haftalık anket doldurmuşlardır (SD = 4.06).

2.2.2. Süpervizörler

Süpervizörlerin cinsiyet dağılımı %84.6 kadın (n = 11), %15.4 erkek (n = 2) şeklindedir. Süpervizörlerin yaşları 28 ve 50 arasında yer almaktadır (M = 35.58, SD = 7.87). Süpervizörlerin %76.9'u (n = 10) Orta Doğu Teknik Üniversitesinde görev yaparken, %15.4'ü (n = 2) Hacettepe Üniversitesinde ve %7.7'si de (n = 1) Ankara Üniversitesinde görev yapmaktadır. Süpervizörlerin %46.2'si (n = 6) doktora derecesine sahipken %53.8'i (n = 7) yeterlilik sınavını geçmiş doktorantlardır.

2.3. Ölçme Araçları

İlk hafta datası için süpervizör ve terapistlerden cinsiyet, yaş, üniversite, eğitim düzeyi, psikoterapi/süpervizyon yönelimi, psikoterapi/süpervizyon deneyimi gibi konular hakkında bilgi toplayan bir demografik form verilmiştir. Demografik form

ile birlikte Young Şema Ölçeği, Young Aşırı Telafi Ölçeği ve Young-Rygh Kaçınma Ölçeği verilmiştir.

İlk hafta datasından sonra terapistlere haftalık olarak Süpervizyon İttifakı Ölçeği – Terapist Kısa Form, Pozitif ve Negatif Duygü Ölçeği ve Danışan Zorluk Ölçeği verilmiştir.

2.4. İstatistiksel Analizler

Bu çalışmada istatiksel analizler için SPSS ve HLM programları, güç analizi için PINT kullanılmıştır.

BÖLÜM 3

BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu çalışma, terapistlerin bakış açısından süpervizyon sürecinin (Süpervizyon İttifakı, Süpervizyon ile İlişkili Olumsuz Duygulanım) zamansal olarak incelenmesini; ayrıca, terapist ve süpervizör özelliklerinin (Ayrılma ve Dışlanma/ Reddedilme şema alanı, Şemadan Kaçınma ve Şemayı Aşırı Telafi) etkileşiminin terapist-danışan ilişkisini (Algılanan Danışan Zorluğu) kontrol ettikten sonra terapistlerin süpervizyon sürecine (Süpervizyon İttifakı) nasıl etki ettiğini araştırmayı amaçlamaktadır. Bu amaçla, terapistlerin Süpervizyon İttifakı puanlarının u-şeklinde (yüksek – düşük - yüksek) şeklinde bir örüntü gösterirken, Süpervizyon ile İlişkili Olumsuz Duygulanımlarının ters u-şeklinde (düşük – yüksek - düşük) bir örüntü göstermesi beklenmekteydi. Buna ek olarak, yapılan çok düzeyli yönetici değişken analizleri (Multilevel Moderation Analysis) neticesinde, terapist ve süpervizör Ayrılma ve Dışlanma/ Reddedilme şema alanı puanlarının etkileşimlerinin, terapist ve süpervizör Şemadan Kaçınma puanlarının etkileşimlerinin, terapist ve süpervizör Şemayı Aşırı Telafi puanlarının etkileşimlerinin, terapist-danışan ilişkisini (Algılanan Danışan Zorluğu) kontrol ettikten sonra terapistlerin zaman üzerinde Süpervizyon İttifakı puanına negatif yönlü bir etkisi olacağı bekleniyordu.

Bu bölümde çalışmadaki bulgular sunulacak ve güncel alanyazın bulguları çerçevesinde tartışılacaktır. Çalışmanın güçlü yönleri ve sınırlılıkları belirtilecek, ve son olarak çalışmanın alanyazına ve uygulama alanına muhtemel katkıları ile gelecekteki araştırmalar için öneriler sunulacaktır.

3.1. Bulgular ve Genel Tartışma

Öncelikle, uygulamış olduğumuz gelişim (growth) modellerinde beklediğimizin aksine Süpervizyon İttifakında ters u-şeklinde bir gelişim bulunmuştur. Terapötik İttifak alanyazını çerçevesinde beklenile u-şeklinde bir gelişim iken, bu çalışma ters u-şeklinde bir gelişim modeli ortaya çıkarmıştır. Herhangi bir kodlama hatası olması ihtimaline karşı data tekrardan kontrol edildiğinde bir hataya rastlanılmamıştır.

Önceki bölümlerde bahsedildiği üzere, ittifak hakkında bilenenler süpervizyon ittifakından ziyade daha çok terapötik ittifak alanyazınından gelmektedir (Stiles ve Goldsmith, 2010). Bordin (1983) ve Mann (1973) kuramcılar ittifakı önce inşa edilen sonrasında da oluşan bozulmalar neticesinde tamir edilip daha kuvvetli bir şekilde devam eden bir kavram olarak düşünmüşlerdir. İttifakı bu şekilde kavramsallaştırma, ittifakın zaman içinde nasıl ilerlediğini araştıran çalışmalara ön ayak olmuştur (Stiles ve Goldsmith, 2010). Bazı çalışmalar ittifakın zaman içerisinde doğrusal bir gelişime sahip olduğunu savunsalar da (Fitzpatrick ve ark., 2005; Joyce ve Piper, 1990; Patto ve ark., 1997), bazı çalışmalar da doğrusal bir ilişkiyi bulamamıştır (Hilsenroth ve ark., 2004; Sexton ve ark., 1996). U-şeklindeki örüntü için Patton ve arkadaşları (1997) kuadratik gelişim katsayısının anlamlı olduğunu raporlarken, Piper ve arkadaşları (2005) ise anlamlı olmayan bir kuadratik gelişim katsayısı rapor etmiştir. Fakat gerçek anlamda u-şeklinde bir gelişim örüntüsü için bakılması gereken kuadratik gelişim katsayısından ziyade kübik gelişim katsayısıdır. Kuadratik gelişim katsayısı, doğrusal bir gelişim ile başlayan daha sonra gelişimin yavaşça eğildiği bir örüntüyü ifade ederken, kübik gelişim katsayısı tam anlamıyla bizim aradığımız yüksek – düşük - yüksek ya da düşük – yüksek - düşük örüntülerini karşılamaktadır (bkz. Snijders ve Bosker, 1999).

Bu çalışmada Süpervizyon İttifakında ters u-şeklinde (düşük - yüksek - düşük) bir gelişim örüntüsü bulunmuştur. Bu çalışma Süpervizyon İttifakının tam bir sömestr boyunca her hafta ölçüm alarak zaman içerisinde nasıl geliştiğini inceleyen ilk çalışmadır. Beklenilenin aksine Süpervizyon İttifakında ters u-şeklinde bir

örüntünün çıkması, Süpervizyon İttifakının Terapötik İttifaka nazaran farklı özelliklere sahip olması olabilir. Dolayısıyla, ittifak gelişimi farklı bir gidişat izlemiş olabilir. Terapistler sömestrin başında süpervizörleri ile bir ittifak geliştirmeye başlamış ve ittifak yükselmeye başlamış, bir süre plato şeklinde düz ilerledikten sonra sömestrin sonuna doğru süpervizyondan ayrılma ile birlikte bir azalma olmuş olabilir. Psikoterapi süpervizyonunda, bir noktadan sonra danışanlarıyla tek başlarına psikoterapi hizmetini sağlayabilmeleri adına terapistlerin dönem sonunda kendi özerkliklerini kazanmaları amaçlanmaktadır (Watkins, 2014). Terapistlerin dönem içerisinde özerklik geliştirmeleri, dönem sonuna doğru daha az süpervizyona bağımlı kalmalarına neden olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmanın ek analizlerinde, doktora düzeyindeki terapistler yüksek lisans düzeyindeki terapistlere nazaran daha düşük Süpervizyon İttifakı puanları almışlardır. Doktora düzeyindeki terapistlerin daha fazla tecrübeye sahip olmalarından dolayı yüksek lisans terapistlerine göre daha özerk ve süpervizyona bağımlı oldukları düşünülmektedir. Bu iki bulgu bir arada düşünüldüğünde dönem sonuna doğru gözlemlenen Süpervizyon İttifakındaki düşüş süpervizyondan ayrılma ve terapistlerin daha özerk olması şeklinde düşünülebilir. Bu bulguya başka bir açıklama da dönem sonundaki düşüşten sonra bir başka yükselişin geleceğinin beklenmesi şeklinde olabilir fakat bu açıklama şu konumda anca bir spekülasyon olarak kalabilir. Bu açıklamayı destekleyebilmek için daha uzun sürede Süpervizyon İttifakını gözlemlemek gerekmektedir. Bulgularımız beklentilerimizin ters yönünde olsa da bulgularımızın inişler ve çıkışlar içermesi ittifakın zaman zaman yükselen ve alçalan dinamik bir yapıya sahip olduğunu savunan bozulma ve tamir modeli desteklenmiştir (Safran ve Muran, 2000).

Süpervizyon ile İlişkili Olumsuz Duygulanımın, Süpervizyon İttifakı ile ters olacak şekilde bir örüntü ortaya koyacağı beklenmekteydi. Zaman üzerinde u-şeklinde bir örüntü, Süpervizyon İttifakının ters u-şeklindeki örüntüsüne ters olacak şekilde, anlamlı bulunmuştur. Ayrıca, gecikmeli modellerimizde (lagged design) Süpervizyon ile İlişkili Olumsuz Duygulanımdaki haftalık değişimin bir önceki haftanın Süpervizyon İttifakı tarafından yordandığı bulunmuştur. Öte yandan, Süpervizyon İttifakındaki haftalık değişimler bir önceki haftanın

Süpervizyon ile İlişkili Olumsuz Duygulanımı tarafından anlamlı bir şekilde yordanmamıştır. Bu iki bulgu bir arada düşünüldüğünde Süpervizyon İttifakındaki değişimlerin olumsuz duygulanım ile neticelendiği kanısına varılabilir.

Ana analizler için, üç adet ayrı çok düzeyli yönetici değişken analizi yapılmıştır. Bu yapılan üç ayrı analizde Süpervizör ve terapistin Ayrılma ve Dışlanma/ Reddedilme şema alanı puanlarının etkileşimi, süpervizör ve terapistin Şemadan Kaçınma puanlarının etkileşimi, ve süpervizör ve terapistin Şemayı Aşırı Telafi puanlarının etkileşiminin terapist-danışan ilişkisini kontrol ettikten sonra terapistlerin Süpervizyon İttifakına negatif yönlü etkisi anlamlı çıkmıştır. Bunun dışında yapılan keşif analizlerinde süpervizör ve terapistlerin Zedelenmiş Sınırlar/Yüksek Standartlar şema alanlarının etkileşimi ile süpervizör ve terapistlerin Zedelenmiş Özerklik/Başkalarına Yönelimlilik şema alanlarının etkileşim katsayıları anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuçlar, hem süpervizör hem de terapistin süpervizyon sürecinde benzer örüntüler gösterdiğinde Süpervizyon İttifakının olumsuz yönde etkilendiğini düşündürmektedir. Fakat bu her benzerlik örüntüsünde değil, Ayrılma ve Dışlanma/ Reddedilme şema alanı, Şemadan Kaçınma ve Şemayı Aşırı Telafi şema baş etme stillerinin oluşturduğu benzerlik örüntülerinde ortaya çıkmaktadır. Bunun yanı sıra, etkileşim katsayılarının anlamlı çıkması, süpervizör ve terapistlerin kişisel özelliklerinin tek başına değil, birbirleriyle girdikleri etkileşim ve oluşturdukları kimya ile ortaya çıktığını desteklemektedir.

Psikoterapi süpervizyonu kaygı, utanç, mahcubiyet, üzüntü, öfke ve olumsuz geribildirim korkusu gibi duyguları ortaya çıkarabilmektedir (Mehr ve ark., 2010). Bu duygular, karşıdaki tarafından onaylanma ve değer bulma arzusundan (Dodge, 1982), veya süpervizyona dair ya da terapötik becerilerin yeterliliğine dair kaygılardan (Liddle, 1986) kaynaklanabilmektedir. Örneğin, bir süpervizör terapistine uyguladığı terapötik işte yardımcı olup olamadığı ile ilgili kaygılar hissedebilir; aynı zamanda terapistin de süpervizyonda verilen görevleri doğru yapıp yapamadığına dair kaygıları olabilir. İki tarafın hissettikleri de bir tehdit algısı oluşmasına katkıda bulunabilir (Liddle, 1986), şemaların ve şema baş etme biçimlerinin tetiklenmesine sebep olabilir (Young ve ark., 2003). Özellikle,

Ayrılma ve Dışlanma/ Reddedilme şema alanındaki şemalar, tanımları gereği, bu durumda tetiklenebilir. Reddedilmiş ya da şema ile ilişkili başka bir tehdit algısı ile, süpervizör ve terapistler kendilerini oluşan tehdit algısından koruyabilmek adına kaçınma ve aşırı telafi gibi şema baş etme biçimlerini kullanabilir.

Misal olarak, Ayrılma ve Dışlanma/ Reddedilme şema alanı yakın ilişkiler kurmada önemli rol oynayan tatmin olmamış kabul görme, güvenlik, emniyet, istikrar ve bakım verilme ihtiyaçlarını ihtiva eder (Young ve ark., 2003). Hem süpervizör hem de terapistin bu şema alanından şemalara sahip olması, süpervizyon esnasında gelen geribildirim ve yorumları ilişkiye tehdit ya da ilişkinin kaybı gibi algılamalarına neden olabilir. Tek bir tarafın bu alandan şemalara sahip olduğu durumda süpervizyon esnasında ortaya çıkan sorunlar büyük bozulmalara neden olmadan daha kolay bir şekilde çözülebilir. Fakat, iki tarafında benzer örüntüler gösterdiği durumda süpervizyon sırasında çıkan sorunlar büyüyebilir ve bozulmalara neden olabilir. Bir taraf, diğerinden ortaya çıkan durumu daha farklı görürse bu çözüme katkıda bulunabilir ama iki taraf da ortaya çıkan durumu Ayrılma ve Dışlanma/ Reddedilme şema alanında bulunan şemaların süzgecinden geçirerek algılarsa durumu diğeri tarafından reddedilme ya da ilişkiden kopmaya şeklinde ortaya konabilir. Bu da ittifakta düşmelere neden olabilir.

Şemadan Kaçınma şema baş etme stilini içeren senaryo da aşağıdaki gibidir. Kaçınma, tanımı gereği, şema içeriğinin örtük bir şekilde farkında olunmasını ve şemayı ortaya çıkaracak durumlarla karşılaşmamayı içerir. Şema tetiklendiğinde şema ile alakalı duygu, bilişlerin ortaya çıkmasını engellemek temel amaçtır. En yaygın yapılan ise şemayı tetikleyecek durumların olmamasını sağlamaktır (Young ve ark., 2003). Hem süpervizör hem de terapistin kaçınmayı kullandığı durumda Süpervizyon İttifakının gelişmesini sağlayacak mevzuların süpervizyon esnasında ortaya çıkmamasına neden olabilir. Dolayısıyla çözülerek daha güçlü bir ittifaka neden olacak bozulmalar oluşamayabilir (Safran ve Muran, 2000). İki taraf da kaçındığı durumda bozulma ve çözülmeler yaşanmayacağı için daha zayıf bir Süpervizyon İttifakı ortaya çıkabilir.

Şemayı Aşırı Telafi şema baş etme stilinde bireyler şema içeri ile savaşıp onun aksini kanıtlamaya yönelik şekilde hareket ederler (Young ve ark., 2003). İki taraf da aşırı telafi kullandığında süpervizyon esnasında ortaya çıkan konular konuşulamadığı için süpervizyon görevleri ve süpervizyon ilişkisi ile alakalı tartışmalara ket vurulabilir. Bu nedenle süpervizör ve terapist arasındaki ilişki yüzeysel bir noktada takılı kalabilir. Bu da Süpervizyon İttifakının daha kuvvetli olmasını sağlayacak bozulma ve tamir süreçlerinin gerçekleşmesini engelleyebilir.

3.2. Çalışmanın Güçlü Yanları

Öncelikle, psikoterapi süpervizyonunu uzamsal yöntem kullanarak ve her süpervizyon yapılan hafta ölçüm alarak bir çalışma yapmak bu araştırmanın en temel güçlü yanıdır. Kuramsal olarak bakıldığında, Bordin (1983) psikoterapi süpervizyonunun ittifak içeren bir değişim süreci olduğunu iddia etmiştir. Dahası, bu ittifak dahilinde terapistlerin terapi yapmayı öğrendiklerini ve uyguladıklarını savunmuştur. Devamlı ve dinamik süreçleri ele alabilmek için araştırmalarda en az iki farklı zaman noktasında ölçüm almak gerekmektedir (Laurenceau, Hayes ve Feldman, 2007). Fakat sadece önce ve sonra ölçümleri alınması süpervizyon gibi dinamik bir süreci aydınlatmak için yeterli kalmayabilir. Bu araştırmada, 13 hafta boyunca ölçüm alınması bir dönemde lisansüstü eğitim dahilinde yapılan süpervizyon süreci ile ilgili daha ayrıntılı bir resim sunmuştur.

Her hafta ölçüm almanın bir başka avantajı da süpervizyon sürecinin bir dönem boyunca gidişatını takip edebilmek olmuştur. Bu çalışma Süpervizyon İttifakını süpervizyon sürecinin her haftasında ölçüm alarak ele alan ilk çalışma olması nedeniyle de alanyazında önemli bir yere sahiptir. Daha önce ittifak hakkında yapılan çalışmalar hem terapötik ittifak hakkında yapılmışlar hem de ittifakı ölçerken üç ya da dört ölçüm alarak yapmışlardır (Fitzpatrick ve ark., 2005; Joyce ve Piper, 1990; Patton ve ark., 1997). Ölçüm noktaları arasında ittifakın nasıl bir gidişata sahip olduğu bu çalışmalarda muallâktadır. Fakat elimizdeki bu çalışmada süpervizyon sürecinin her haftasında ölçüm almış olmak bizlere sürecin tamamının bir resmini sunmaktadır.

Son olarak 13 hafta süren ve her haftasında ölçek doldurmanın gerektirdiği bu çalışma, tek ölçüm alan çalışmalara nazaran data toplama açısından daha zor bir süreç içermektedir. Katılımcılar çalışmaya iyi düzeyde bir bağlılık göstermesi ve ortalama yedi haftanın üzerinde bir sayıda ölçüm alınması da bu çalışmanın sahip olduğu bir başka avantajdır.

3.3. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu araştırmanın küçük bir örnekleme sahip olması en büyük kısıtlılığıdır. Bu çalışma için klinik psikoloji lisansüstü eğitimi alan ve süpervizyon altında psikoterapi uygulayan 46 terapiste ulaşılmıştır. Türkiye'deki koşullar göz önüne alındığında, klinik psikoloji alanında çalışanlar düşünülünce bu çalışmaya katılabilecek kişilerin evreni bile sayı olarak çok küçüktür.

Küçük örneklemimizden ötürü bu çalışma için yapılan post-hoc güç analizleri de Cohen'in (1980) önerisi olan en az %80 istatistiksel gücün altında olduğumuzu göstermektedir. Dolayısıyla bu araştırmanın sonuçları dikkatli olarak ele alınmalıdır.

3.4. Klinik Öneriler

Öncelikle bu araştırmanın bulguları ittifakın "bozulma ve tamir" modeli ile paralellikler göstermektedir (Safran ve Muran, 2000). Bozulma ve tamir evreleri süpervizyona inişleri ve çıkışları olan dinamik doğasını kazandırmaktadır. Süpervizyon İttifakında haftalık dalgalanmalar olağan bir süreç olup bu dalgalanmalar neticesinde süpervizyonda ele alınması gereken konular gündeme gelip tartışılabilmektedir. Süpervizörler için terapist ile ittifaklarındaki dalgalanmalar ilişkiye birer tehdit değil, aksine kişisel özelliklerden kaynaklanan ve süreç dahilinde ortaya çıkan konuları ele alabilmek için önemli fırsatlardır. Süpervizyon sürecinde bozulmaları tamir etme süpervizyon ilişkisini daha açık ve samimi bir hale getirmektedir.

Ayrılma ve Dışlanma/ Reddedilme şema alanına sahip olan bireyler için, reddedilmeye duyarlılık ilişkilerde bir sorun teşkil edebilir. Süpervizyon ilişkisi içinde ise eğer her iki tarafda reddedilmeye karşı bir duyarlılık hissediyorsa bu

süpervizyon ittifakı kapsamında sorunlara yol açabilir. Hem süpervizörler hem de terapistler, karşı taraftan reddedilmeye karşı bir sinyal aldıklarında dikkat edebilirler. Bu noktada, en iyi çözüm iki tarafında açık bir şekilde duyguları hakkında iletişim kurmalarıdır. Duyguların açık bir şekilde konuşulması iki tarafında kaçınma ve aşırı telafi gibi işlevsiz baş etme biçimleri kullanmalarını engelleyebilir.

K: TEZ FOTOKOPİSİ İZİN FORMU

ENSTİTÜ

Fen Bilimleri Enstitüsü ☐
Sosyal Bilimler Enstitüsü ■
Uygulamalı Matematik Enstitüsü ☐
Enformatik Enstitüsü ☐
Deniz Bilimleri Enstitüsü ☐

YAZARIN

Soyadı : Gök
Adı : Ali Can
Bölümü : Psikoloji

TEZİN ADI : The Effects of Supervisor Characteristics on Therapists' Supervision Experience

TEZİN TÜRÜ : Yüksek Lisans ☐ Doktora ■

1. Tezimin tamamından kaynak gösterilmek şartıyla fotokopi alınabilir. ■
2. Tezimin içindekiler sayfası, özet, indeks sayfalarından ve/veya bir bölümünden kaynak gösterilmek şartıyla fotokopi alınabilir. ☐
3. Tezimden bir (1) yıl süreyle fotokopi alınamaz. ☐

TEZİN KÜTÜPHANEYE TESLİM TARİHİ: