

COUNTERTRANSFERENCE MANIFESTATIONS TO
CHRONICALLY VS. ACUTELY ILL PATIENTS:
THE EFFECTS OF THERAPISTS' DEATH ANXIETY AND HEALTH BEHAVIORS

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

BY

YANKI SÜSEN

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

SEPTEMBER 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. H. Canan Sümer
Head of Department

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

Prof. Dr. Özlem Bozo
Supervisor

Examining Committee Members

Prof. Dr. Tülin Gençöz	(METU, PSY)	_____
Prof. Dr. Özlem Bozo	(METU, PSY)	_____
Assoc. Prof. Dr. Sait Uluç	(HU, PSY)	_____
Assoc. Prof. Dr. Başak Şahin-Acar	(METU, PSY)	_____
Asst. Prof. Dr. Gülten Ünal	(AYBU, PSY)	_____

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: Yankı Süsen

Signature :

ABSTRACT

COUNTERTRANSFERENCE MANIFESTATIONS TO CHRONICALLY VS. ACUTELY ILL PATIENTS: THE EFFECTS OF THERAPISTS' DEATH ANXIETY AND HEALTH BEHAVIORS

Süsen, Yankı

Ph.D., Department of Psychology

Supervisor: Prof. Dr. Özlem Bozo

September 2017, 145 pages

The aim of the present dissertation is to determine the effects of both patients' medical conditions and therapists' death anxiety and health behaviors on affective, cognitive, and behavioral countertransference manifestations. A total of 100 participants having previously offered psychotherapy service and having conducted at least 10 therapy sessions up till the present study were included. After death anxiety and health behaviors levels of the participants were assessed via an online questionnaire set, participants watched and responded to three types of miniature videos displaying a warm-up patient, a patient with an acute illness, and a patient with a chronic illness. In this way, the affective arousal, cognitive distortion, and behavioral avoidance of the therapists as countertransference reactions to the patients in miniature videos were assessed. A 2(death anxiety) x 2(health behaviors) x 2(medical condition of the videotaped patients) mixed factorial analysis of variance (ANOVA) was used to examine the effects of death anxiety (high vs. low), health

behaviors (high vs. low), and the medical conditions of the videotaped patients (chronic vs. acute illness conditions) on each dependent variable (i.e., affective arousal, cognitive distortion, and behavioral avoidance dimensions of countertransference).

Findings suggested that the main effects of both patients' medical conditions and therapists' death anxiety and health behaviors on countertransference manifestations were not significant. As expected, the interaction effect of therapists' death anxiety and patients' medical condition on affective arousal was significant. More specifically, therapists with high death anxiety reported greater affective arousal at chronic illness video condition as compared to therapists with low death anxiety. Except this finding, other interaction terms (i.e., patients' medical condition and therapists' death anxiety; patients' medical condition and therapists' health behaviors; patients' medical conditions, therapists' death anxiety and health behaviors) were not significant in predicting the dependent variables. The importance, contributions, and limitations of the present study, as well as recommendations for future research were discussed.

Keywords: Countertransference, medical conditions, death anxiety, health behaviors

ÖZ

KRONİK VE AKUT HASTALARA YÖNELİK KARŞI AKTARIM TEPKİLERİ: TERAPİSTLERİN ÖLÜM KAYGISI VE SAĞLIK DAVRANIŞLARININ ETKİLERİ

Süsen, Yankı

Doktora, Psikoloji Bölümü

Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Özlem Bozo

Eylül 2017, 145 sayfa

Mevcut tezin amacı, danışanların sağlık durumlarının ve terapistlerin ölüm kaygısı ve sağlık davranışlarının, terapistlerin duygusal, bilişsel ve davranışsal karşı aktarım tepkilerine etkilerini belirlemektir. Daha önce psikoterapi hizmeti vermiş ve mevcut çalışmaya kadar en az 10 terapi seansı gerçekleştirmiş toplam 100 katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların ölüm kaygıları ve sağlık davranışları çevrimiçi anket yoluyla belirlendikten sonra, katılımcılara biri onları çalışmaya ısındırmak için hazırlanmış, diğerleri ise; akut ve kronik hastalığa sahip iki farklı danışanı sergileyen üç tip minyatür videolar izletilmiş ve kendilerinden bu videolardaki danışanlara tepki vermeleri beklenmiştir. Böylece, terapistlerin minyatür videolardaki danışanlara karşı duygusal, bilişsel ve davranışsal karşı aktarım tepkileri ölçülmüştür. Terapistlerin ölüm kaygısı (yüksek/düşük) ve sağlık davranışlarının (yüksek/düşük) ve videoya çekilen danışanların sağlık durumunun (kronik/akut hastalık durumu), her bir bağımlı değişken (duygusal uyarılma, bilişsel çarpıtma ve

davranışsal kaçınma) üzerindeki etkilerini belirleyebilmek amacıyla 2(ölüm kaygısı) x 2(sağlıklı davranış) x 2(videoya çekilen danışanların sağlık durumu) karışık desenli varyans analizi kullanılmıştır.

Çalışma bulguları danışanların sağlık durumlarının ve terapistlerin ölüm kaygıları ve sağlık davranışlarının, farklı karşı aktarım tepkileri üzerindeki ana etkilerinin anlamlı olmadığını göstermiştir. Beklenildiği gibi, terapistlerin ölüm kaygısı ve danışanın sağlık durumunun duygusal karşı aktarım tepkileri üzerindeki ortak etkisi anlamlı olmuştur. Bir başka deyişle, ölüm kaygısı yüksek terapistler, ölüm kaygısı düşük terapistlerle karşılaştırıldığında, kronik hastalık video durumunda daha fazla duygusal karşı aktarım tepkisi bildirmişlerdir. Bu bulgu dışında çalışmada beklenen diğer ortak etkilerin (danışanların sağlık durumu ve terapistlerin ölüm kaygısı; danışanların sağlık durumu ve terapistlerin sağlık davranışları; danışanların sağlık durumu, terapistlerin ölüm kaygısı ve sağlık davranışları) bağımlı değişkenleri anlamlı bir şekilde yordamadığı görülmüştür. Mevcut çalışmanın önemi, alana katkısı, sınırlılıkları ile gelecek araştırmalar için öneriler tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Karşı aktarım, sağlık durumu, ölüm kaygısı, sağlık davranışları

To the memory of my beloved grandma who inspired it...

ACKNOWLEDGEMENTS

As a doctoral trainee in the Clinical Psychology Graduate Program at Middle East Technical University (METU), in addition to the theoretical knowledge that I received, I had the chance to see clients under clinical supervision at AYNA, Clinical Psychology Unit of METU and also to supervise other trainees. This process has a fundamental role in my professional and personal development, as well as the development of my doctoral research. In this regard, I am thankful to the every member of the department for their contributions to my academical, clinical, and personal gains.

A special thanks goes to my dissertation advisor, Prof. Dr. Özlem Bozo. The finalization process of the present dissertation has been one of the most complicated and life-changing experience for me up to now. During this process, her encouragement, support, patience, self-abnegation, and constructiveness helped me to overcome the difficulties that I got into. I am very grateful to her for her guidance and belief in me. My dissertation has taken this final version under favour of her comments, proofreadings, and scientific contributions that sometimes went on until midnight. Being her advisee has been an honor for me and I wish I would become a good advisor like her to my students.

Another sincere thanks go to Prof. Dr. Tülin Gençöz for her contributions she made in my doctoral research and my development as a clinical psychologist. Her lectures and supervision helped me to better understand both myself and others. Moreover, she has been a role model for me as an academician and a clinician as well. I would also like to express my acknowledgement to my doctoral dissertation committee

member, Assoc. Prof. Dr. Sait Uluç, for his contributions to my doctoral research with his theoretical and clinical knowledge. Also, I want to thank him for his friendly and supportive attitude that always made me feel comfortable. I thank to the other members of my doctoral dissertation committee, Assoc. Prof. Dr. Başak Şahin-Acar and Asst. Prof. Dr. Gülten Ünal for their critical feedback and support on the research.

My appreciation also extends to all my colleagues from Ankara Yıldırım Beyazıt University (AYBU) and my classmates from METU. As being my office mates and intimate friends, Nur Elibol and Gülden Sayılan have been my sources of encouragement and social support. And, my classmates, İpek Demirok, Tuğba Yılmaz, Beyza Ünal, Ezgi Tuna, Alican Gök, Kerim Selvi, Zulal Törenli, Yeliz Şimşek Alphan, and İlknur Dilekler, made good times better and hard times easier for me during our doctoral training.

The support of people helping me in designing, writing, and defending process of my doctoral dissertation will always be valuable for me. I would like to thank Hasan İrfan Buzcu, research assistant at Hacettepe University Ankara State Conservatory, for his role in finding volunteer actresses to act in the videos of my doctoral research; Sibel Günday, Bengü Atar, and Melis Yıldırım for their volunteer acting in the video recordings; Tankut Genç and Ferhat Toprak for their friendship, support, and also their help in video recording and editing process; my students from AYBU who helped me in the transcription process; Muhsin Doğan for his generous support at the times I had difficulty with computer viruses and dissertation format.

My sincere thanks also go to İlknur Dilekler for both her sincere friendship and assisting coder role in my doctoral research; to Merve Aydın and Halil Pak for their warm friendship and invaluable support in the process of proofreading and reporting format; to Merve Denizci, Tuğba Yılmaz, Gamze Sarıyar, Gaye Solmazer, Kübra Ulusoy, Ceyhun Karasayar, Cansu Durukan, and Pınar Çağ for their endearous

friendships and beliefs in me that kept me sane during the last couple of months and motivated me to work. I consider myself very fortunate for having those friends. Furthermore, I want to thank all participants of the present study for their patience and self-abnegation to make contribution to my doctoral research.

I am also grateful to TUBITAK that financed me during my doctoral training; and supported me to pass this challenging stage more comfortably.

Lastly, my parents, Güllü Gümüş and Muzaffer Süsen, and my brother Ferhat Süsen, it would not be possible to complete this dissertation without your never-ending support, kindness, and belief in me. I am grateful for your presence and I love you very, very much.

TABLE OF CONTENTS

ABSTRACT	iv
ÖZ.....	vi
DEDICATION	viii
ACKNOWLEDGEMENTS	ix
TABLE OF CONTENTS	xii
LIST OF TABLES	xv
LIST OF FIGURES	xvi
CHAPTER	
1. GENERAL INTRODUCTION	1
2. REVIEW OF THE LITERATURE	4
2.1. Countertransference: A Complex History and Different Conceptions	5
2.1.1. Conceptions of Countertransference.	6
2.2. Theoretical Framework: Structural Theory of Countertransference.....	9
2.2.1. Origins of Countertransference.	9
2.2.2. Triggers of Countertransference.....	11
2.2.3. Countertransference Manifestations.....	13
2.2.4. Effects of Countertransference.....	16
2.2.5. Management Factors.	17
2.3. Psychotherapy with Chronically Ill Clients	19

2.4. Therapist Issues while Working with Chronically Ill Patients	21
2.4.1. The Role of Therapists’ Death Anxiety and Health Behaviors on Their Practices.....	22
2.5. The Present Study	24
3. METHOD OF THE STUDY	30
3.1. Research Design	30
3.2. Participants	31
3.3. Video Recordings	33
3.4. Instruments	35
3.4.1. Demographic Information Form.	36
3.4.2. Health Behaviors.....	36
3.4.4. Social Desirability.....	37
3.4.5. Countertransference Assessment.	37
3.5. Procedure	43
3.6. Data Analysis.....	45
4. RESULTS OF THE STUDY	46
4.1. Preliminary Data Analyses	46
4.1.1. Descriptive Statistics for Study Variables.	46
4.1.2. Actress–Order Effects.	47
4.1.3. Correlational Analyses.....	48
4.2. Main Analyses	49
5. DISCUSSION	55
5.1. Findings of the Present Study	55
5.1.1. The Main Effect of Patient Factor.....	56
5.1.2. The Main Effects of Therapist Factors.	57
5.1.3. The Interaction of Patients’ Medical Condition with Therapists’ Death Anxiety and Health Behaviors.....	59
5.1.4. The Importance and Contributions of the Current Study.....	61

5.1.5. Limitations and Directions for Future Research.	63
REFERENCES	66
APPENDICES	
APPENDIX A: INFORMED CONSENT FORM	78
APPENDIX B: WARM-UP CLIENT CASE SUMMARY	80
APPENDIX C: WARM-UP CLIENT SCRIPT	82
APPENDIX D: ACUTELY ILL PATIENT CASE SUMMARY	83
APPENDIX E: ACUTELY ILL PATIENT SCRIPT	86
APPENDIX F: CHRONICALLY ILL PATIENT CASE SUMMARY	88
APPENDIX G: CHRONICALLY ILL PATIENT SCRIPT	90
APPENDIX H: WARM-UP STATE ANXIETY INVENTORY	92
APPENDIX I: ACUTELY ILL CLIENT STATE ANXIETY INVENTORY ..	94
APPENDIX J: CHRONICALLY ILL CLIENT STATE ANXIETY INVENTORY	96
APPENDIX K: COGNITIVE MEASURES	98
APPENDIX L: RESPONSE MODE CATEGORIES FOR UNITS AND WHOLE TURNS	99
APPENDIX M: SCRIPT FOR BEHAVIORAL RESPONSE CODING TRAINING SESSION	101
APPENDIX N: STUDY INSTRUCTIONS	103
APPENDIX O: DEMOGRAPHIC INFORMATION FORM	106
APPENDIX P: THORSON-POWELL'S DEATH ANXIETY SCALE	108
APPENDIX R: HEALTH-PROMOTING LIFESTYLE PROFILE II	110
APPENDIX S: TWO-DIMENSIONAL SOCIAL DESIRABILITY SCALE ..	114
APPENDIX T: CURRICULUM VITAE	116
APPENDIX U: TURKISH SUMMARY / TÜRKÇE ÖZET	119
APPENDIX V: TEZ FOTOKOPİSİ İZİN FORMU	145

LIST OF TABLES

TABLES

Table 1 Descriptive Characteristics of the Study Sample	32
Table 2 Descriptive Statistics of the Actress Ratings.....	35
Table 3 Descriptive Statistics for Study Main Variables	47
Table 4 Descriptive Statistics (Means and Standard Deviations in Parentheses) and One-Way ANOVA Results for Each Dependent Variable	48
Table 5 Bivariate Correlation Coefficients of Study Variables	49
Table 6 Analysis of Variance Results for Main Effects and Interaction Effects of Death Anxiety, Health Behaviors, and Medical Condition of the Clients on Cognitive, Affective, and Behavioral Countertransference Reactions .	53

LIST OF FIGURES

FIGURES

Figure 1 State anxiety level as a function of medical condition of clients and death anxiety level in a sample of 100 therapists	54
--	----

CHAPTER 1

GENERAL INTRODUCTION

“Death continues to be a rather difficult issue for me, since it reviews this painful experience, (death of two older teenaged brothers) which no doubt included some castration anxiety since my brothers' deaths occurred at an age when I was dealing with such conflicts. It is probably that when Bob (patient) died, I aligned myself with the members of the group; they had lost a sibling just as I had, and I reinforced their denial mechanism by my own unconscious wish to escape the pain associated with the death (Cohen, 1976, p.211).”

In his above-mentioned statements, quoted from the article titled as “The impact of the death of a group member on a therapy group”, Cohen (1976) revealed personal information presenting a psychotherapist’s disclosure about his own countertransference (CT) reaction as denial of death within a group therapy process. It is surely beyond doubt that the loss of a group member, as Cohen (1976) and others (Ferlic, Goldman, & Kennedy, 1979; Fugeri, 1978, 1981; Gabriel, 1991; Spiegel, Bloom, & Yalom, 1981) remarked, arouses common reactions that might include the curiosity, detailed inquiries about the death of the member or the lack of interest, detachment and avoidance, refusal of a new member, acting out as physically becoming distant from members and preoccupations. Taken specifically, individual therapy with a patient facing death and death related issues has many of the similar countertransference considerations including denial of death, merged identifications, misidentifications, devastating feelings of helplessness that lead therapists to behaviors such as forgetting appointments, tardiness, being isolated, and anger displacement (Gabriel, 1991; Schaverien, 1999).

Psychotherapy is formed from the interpretations of both the therapist and the client. Not surprisingly, those interpretations of therapy experience in both individuals depend on the activation of personal constructs in the therapy process. For instance, apart from the reflection of his countertransference reaction, Cohen drew attention to the underlying causes of his countertransference reaction as reflecting an interaction of two constructs, his experiences surrounding the death of his brothers (origin of his countertransference) and the death of the patient (trigger of his countertransference). It is obvious that if not understood, controlled, and managed by the therapist, countertransference harms the treatment (Gelso & Hayes, 2007). Thus, having comprehensive knowledge of where countertransference comes from, what causes it, and how it manifests itself seems to be important. In this dissertation, the focus was to address these issues in depth.

Although death and health issues have been attracting a great deal of attention from social sciences, the empirical research literature of psychotherapy studies in general, individual therapy in specific, have paid limited interest to the subject. Surprisingly, no known research has determined the role of death and health related issues in therapists on their responses toward chronically ill patients who bring similar concerns to the therapy. People with chronic illness may seek psychotherapy as a result of illness related challenges. Therapists may also suffer from health and death related concerns as human beings. Therefore, it is reason-able to expect that therapists' death anxiety and their attitude toward health related issues may interact with client issues and this interaction may have an influence on the therapists' behavioral responses to the clients, their affective arousal, and their cognitive processes in the therapy.

Accordingly, the present doctoral dissertation aimed to study therapists' cognitive, affective, and behavioral responses with regards to patients' presenting health issues as a function of therapists' own death anxiety and health behaviors. The particular interest of this dissertation was to examine the effects of both patients' medical conditions and therapists' death anxiety and health behaviors, and also the effect of

these variables' interactions on cognitive, affective, and behavioral countertransferential responses that therapists manifest. Depending on this particular interest, the current doctoral dissertation consists of five chapters. The first chapter provides an overview of significance and essence of the intended doctoral thesis. The second chapter presents the literature review on the main variables of the study. The third chapter explains the method of study which can provide other researchers opportunity to repeat the study with other considerations. The fourth chapter presents the findings of the current doctoral dissertation. The final chapter is devoted to the discussion of the findings.

CHAPTER 2

REVIEW OF THE LITERATURE

“Until you have felt your own pain, you cannot feel the pain of others”
(Zukav & Francis, 2002)

The aim of the present dissertation is to determine the effects of therapists’ death anxiety and health behaviors on their countertransference manifestations to mainly chronically/terminally ill patients. Specifically, countertransference reactions toward patients whose medical conditions are both chronic/terminal and acute will be determined. Theory and empirical studies have suggested that individuals with chronic/terminal illness face with existential concerns, which is a demanding and challenging emotional and cognitive task (Henoch & Danielson, 2009; Lehto & Therrien, 2010; LeMay & Wilson, 2008). What is more, therapists may also suffer from these concerns. In his book “The denial of death”, anthropologist Ernest Becker (1973) argued that “the idea of death, the fear of it, haunts the human animal like nothing else; it is the mainspring of human activity—activity designed largely to avoid the fatality of death, to overcome it by denying in some way that it is the final destiny for man.” (p. ix, as cited in Moore & Williamson, 2003, p.3). His statements lay stress on the universality of the fear of death. Thus, it seems probable that many therapists as human beings do also suffer from death and health issues in their lives. Therapists with these concerns may experience countertransference while doing psychotherapy with patients suffering from medical conditions. Specifically, this countertransference experience may increase when treating a patient, whose illness is chronic/terminal. Although the literature was separately

plentiful with the research on countertransference, death anxiety, health behaviors, and chronic/terminal illnesses, to the best of my knowledge, there is no conducted research examining the effects of therapists' death anxiety and health behaviors and patients' medical conditions on countertransference manifestations. In accordance with the purpose of exploring the effects of the stated constructs on countertransference, I will review the literature in the following sections of this chapter, in which I will focus on countertransference including historical development of the concept, different conceptions of countertransference, structural theory of countertransference and five-components of this theory, psychotherapy and therapist issues with chronically ill patients, and the role of therapists' death anxiety and health behaviors on their practices, respectively.

2.1. Countertransference: A Complex History and Different Conceptions

Countertransference is a concept that has had a longstanding, complicated, and unstable history in the psychotherapy field. As being one of the keystone components in the field of psychotherapy, the term emerged from psychoanalytic theory (Stefana, 2017). During those early days, both clinically and empirically, little attention was given to the construct; even Sigmund Freud (1910/1959), who was the first to introduce the concept, did not pen comprehensively about it (as cited in Gelso & Hayes, 2007). In his statements, he stressed its detrimental effect on treatment and patient and conceptualized the countertransference for analysts/therapists as a construct to be avoided in their practices. For many theorists, this negative commenced conceptualization of countertransference brought with the field's negligence of the topic; and so, the concept remained as a taboo both in the literature and psychotherapy room.

With the passing years, the countertransference concept has caught the interest of not only psychoanalytic therapists but also others' (Gelso & Hayes, 2007). Apart from the change in the meaning of the term, over the years, there has been and still is a controversy on how to define the term and its actual role in perspectives of both psychodynamic and nondynamic therapies.

2.1.1. Conceptions of Countertransference. Realizing the bidirectional nature of therapy reactions among its interactants, many theorists have discussed the countertransference concept for a long time (Gabbard, 2004). This is because the countertransference concept determines the characteristics of human relationships, and its awareness might be useful for differential diagnoses and management of ethical dilemmas regardless of one's theoretical orientation (Gordon et al., 2015).

Gelso and Hayes (2007) described four different conceptualizations of countertransference, namely *classical*, *totalistic*, *complementary*, and *relational*. The classical conceptualization of countertransference was seen first in Freud's writings in 1910 (as cited in Gabbard, 2001). In the classical view, countertransference was conceptualized as unconscious, neurotic, and conflict-based reaction of the therapist to patient's transference (Kernberg, 1965). Unresolved issues originated in childhood experiences of the therapist are stimulated by patient's transference and are expressed through the therapist's reactions. According to this classical definition, countertransference was originally believed as a detrimental construct, in which it was not possible for the therapist to use it in a beneficial way and so, it must be eliminated if possible, because the ideal attitude of the therapist was neutrality. This view dominated the field for many decades but as the scope of psychoanalysis expanded, and as forms of pathologies being treated by therapists varied, another view, *totalistic*, emanated.

The *totalistic* conceptualization of countertransference emanated in 1950's and continued to be developed in the following years (Hayes, Gelso, & Hummel, 2011). Advocates of this view (e.g., Heimann, 1950; Kernberg, 1965; Little, 1951; Racker, 1968; Thompson, 1952; Winnicott, 1949) considered that countertransference comprises the therapist's all emotional reactions to the patient that may be placed under the very broad heading of countertransference. *Totalists* indicated all of the therapist's attitudes and feelings toward the patient as important reactions that should be analyzed, understood and used in therapy for further understanding of the patient's needs and dynamics (Gelso & Hayes, 2007). With this conceptualization,

countertransference became a legitimate lens through which therapists analyze their own reactions and explore their patients' dynamics.

The third conceptualization of countertransference, *complementary*, views countertransference as a complement to the patient's way of relating or transference (Racker, 1957). The belief that the therapists' responses –especially the internal ones– given to the patient's style of relating or transference are generally unavoidable; and this is the shared understanding of the totalistic and complementary views (Gelso & Hayes, 2011). The complementary conception's distinctiveness pertains to its articulation of psychological dance that is frequently performed between the patient and the therapist. On an ongoing circle during the treatment process, the therapist and the patient continuously affect and influence each other's internal and external reactions. That is to say, consciously or unconsciously, patient “pulls” obvious responses from the therapist that is the ordinary and probable responses, evoked in others by the patient (Norcross, 2011). The well-functioning therapist tries to find and perceive the meaning of what the patient is doing to agitate instead of acting out *lex talionis* (“eye for an eye, a tooth for a tooth”). In this manner, the therapist understands the patient's interpersonal style of relating and opens the window for the effective therapeutic interventions.

Finally, in *relational* conceptualization, countertransference is viewed as a mutual construction of the therapist and the patient (Mitchell, 1993). Relational perspective, known as two-person psychology, was originated from the *object relations theory* (Gelso & Hayes, 2007). In contrast, classical theories were generally seen as standing for one-person psychology and representing much of the therapy process as rooted in the patient's conflicts, defenses, and so on. Moreover, the effectiveness of the therapy depends on the therapist's empathy and neutrality. Therapist stays above the patient's conflicts and offers appropriately timed and accurate interpretations to the patient. On the other hand, as believed by the relational theorists, whatever occurs in the therapy session is built conjointly by the patient and the

therapist, and so, they give shape to both the nature of transference and countertransference together.

Apart from these four conceptions, Gelso and Hayes (2007) have also introduced and favored a fifth conception originated from their clinical practice and long-term research, namely the *integrative* conception of countertransference. With their lessons taken from each of the four viewpoints, Gelso and Hayes (2002) limited the conceptualization of countertransference, which will be used in the present study, to “Internal and external reactions in which unresolved conflicts of the therapist, usually but not always unconscious, are implicated” and these manifestations can have beneficial use “if the therapist successfully understands his or her reactions and uses them to help understand the patient” (p. 269). There have been both shared and differentiating elements of this conception with each of the four viewpoints, *classical*, *totalistic*, *complementary*, and *relational* (Hayes, Gelso, & Hummel, 2011). In analogy to *totalistic* view, they believed the inevitability of countertransference since personal vulnerabilities, unresolved conflicts, and unconscious “soft spots” exist within the structure of all therapists as human beings. Another shared point was that each view trusted the clinical and empirical importance and worthiness of all therapist reactions. However, to make it scientifically useful and clinically meaningful, advocates of integrative conception decided that the definition of countertransference must be clearer and narrower as compared to totalistic conception. Also, integrative view bears resemblance to the *classical* view in their focal points on therapist’s unresolved conflicts as the origin of countertransference. Differently from the classical view, supporters of the integrative conception of countertransference viewed the countertransference –when managed effectively– as a potentially beneficial tool. Lastly, Gelso and Hayes’s integrative conception of countertransference (2007) did not absolutely concentrate on the therapist’s reaction to patient’s transference, as it is in *complementary* and *relational* views. Contrarily, the integrative definition attaches countertransference to all clinically suitable material that involves the personality style of the patient, the real content presented by the patient, and the patient’s appearance.

2.2. Theoretical Framework: Structural Theory of Countertransference

Being one of the proponents of the *integrative* conception mentioned in the previous section, Hayes (1995) realized the absence of a theoretical framework according to which countertransference studies are designed to support or refute. He stated that there had been a number of conducted researches on CT up to that time, however, the difficulty was to make a tie with the findings of them in a clinically or theoretically meaningful way. Thus, he cultivated a theoretical model of countertransference –*structural theory*– based on his own and others’ (e.g., Gelso, Fassinger, Gomez, & Latts, 1995; Latts & Gelso, 1995; Lecours, Bouchard, & Normandin, 1995; McClure & Hodge, 1987; Robbins & Jolkovski, 1987) research findings on countertransference. The structural theory of countertransference separated the construct into its five main structures, which are (1) the *origins*, (2) *triggers*, (3) *manifestations*, (4) *effects*, and (5) *management factors* of countertransference (Hayes, 2004; Rosenberg & Hayes, 2002). The current study will take into account the first three structures, namely, origins (i.e., death anxiety and health behaviors of therapists), triggers (i.e., client having chronic/terminal illness), and manifestations (i.e., affective, cognitive, and behavioral reactions of the therapist). In other words, effects and management factors of CT are not within the scope of the current study. Yet, a brief information about all of the five structures of CT will be presented below.

2.2.1. Origins of Countertransference. Origins refer to the therapists’ unresolved conflicts and vulnerabilities from which countertransference emerges (Gelso & Hayes, 2007; Hayes et al., 1998; Maunders, 2010; Rosenberg & Hayes, 2002). Origins have also been the answer to the question “Where does countertransference come from?” (Gelso & Hayes, 2007, p. 42). As human beings, all therapists have problems in their lives that are dissolved to some degree. According to Gelso and Hayes (2007), the sources of countertransference are commonly rooted in the issues from the therapist’s early life, from the therapist’s childhood, but this is not always the case. The therapist may have many emotional conflicts that exist in the present, such as experiencing a traumatic loss in the recent past.

Countertransference origins can arise from various issues. In a study using consensual qualitative research strategy, Hayes et al. (1998) suggested four categories of countertransference origins, (1) family issues, (2) needs and values, (3) therapy specific issues, and (4) cultural issues. The first category, family issues, acted as stimuli for countertransference reactions in eight out of the eight participant therapists. Therapists classified their specific unresolved issues relevant to countertransference into three sub-categories of family issues that were the family of origin, parenting, and partnering. The second category of CT origins, therapists' needs and values, involved their grandiose and narcissistic needs to be substantial, strong, right, and gratified. As the third category, the researchers determined the origins in relation to the role of the therapist itself. As an example of this category, a number of therapists had issues associated with the termination of therapy or their therapy performance. Finally, cultural issues category of countertransference origins involved two sub-categories; gender and race. They found that gender and race issues were stimulated by cross-gender or cross-race dyads. For example, one of the three therapists who saw a client of another race specified racialized countertransference reactions at the time of detecting that the client was Asian. Another example was that one of the male therapists, who was in need of being a "strong male" with his female clients, felt like being under threat when he had a perception of the powerful female client.

Unconsciously or consciously, therapists use these unresolved conflicts rooted in either their past or present, to facilitate or hinder the therapy process. For instance, several researchers (Bandura, 1956; Hayes & Gelso, 1991; Yulis & Kiesler, 1968) reported that the greater the trait anxiety of the therapists, the more likely they avoid the client, the less likely they personally involve with their clients, and the less likely they feel competent overall. Trait anxiety seems to be an indicator of the existence of some underlying issues. Therefore, it may be thought as an origin of countertransference.

Death anxiety and health behaviors may also be viewed as particular examples of existential issues that may be constituents of the countertransference origins. As discussed in the first chapter, therapist constructs that show the existence of unresolved issues in relation to death and/or health issues, such as death anxiety and health promoting behaviors of the therapists, need to be explored to be able to understand how countertransference origins may affect the therapy process. Beyond that origins, it is relevant to take into account the effects of working with chronically ill clients, who bring death and health issues to the therapy room, on therapists' reactions, since both the client and his/her problems seem to be as potential triggers of therapists' vulnerabilities.

2.2.2. Triggers of Countertransference. Therapeutic events or client characteristics that touch on or reveal the therapist's unresolved conflicts or vulnerabilities are called the triggers of countertransference (Gelso & Hayes, 2007; Hayes, Gelso, & Hummel, 2011; Rosenberg & Hayes, 2002). To explain the causes of countertransference, Gelso and Hayes (2007) suggested *countertransference interaction hypothesis*, according to which countertransference occurs due to the interaction between therapists' unresolved conflicts and vulnerabilities (origins) and therapy events or client characteristics (triggers). Thus, it is critical to study client-related factors, as well as the therapist-related ones, as the triggers of countertransference reactions.

In their previously discussed study conducted with eight therapists as the study participants, in addition to the findings of countertransference origins (i.e., family issues, needs and values, therapy specific issues, and cultural issues as origins of CT in relation to the therapists), Hayes et al. (1998) reported some categories of triggers. The content of the client's material containing family of origin, parenting, and romantic partner issues did also evoke therapists' countertransference reactions. Moreover, the clients' emotional expressions like anger towards the therapist elicited therapists' countertransference reactions. Factors, such as the therapists' perceptions of therapy progress, change in the therapy structure (e.g., reorganizing

appointments), were also among other categories of triggers for therapists. All in all, this qualitative research brings to mind that various elements of therapy content and client-related issues may also evoke countertransference reactions in therapists.

Specifically, using the theoretical model of Hayes (1995), several researchers have written about the triggers of countertransference phenomenon (e.g., Doschek, 2006; Harbin, 2004; Hayes & Gelso, 1993). Clients' presenting problems and the way they present them were the two main categories of CT triggers that have been most frequently studied (Hayes & Gelso, 2007). Studies that focused on clients' presenting problems consisted of sexual assault (Latts & Gelso, 1995), HIV infection (Hayes & Gelso, 1993), same-sex relationship problems (Gelso et al., 1995), body image concerns (Doscheck, 2006), and race-related concerns (Harbin, 2004). Hostility, dependency, and seductiveness were some examples for studies examining clients' presenting style as the trigger of CT (Brown & Lent, 2008).

The conclusion drawn from these studies was that the strongest trigger of the countertransference is the interaction between the unresolved issues of the therapists and client-related factors such as the way they present their issues or their problems (Doscheck, 2006). For instance, Mohr, Gelso, and Hill (2005) reported the predictive role of the interaction of therapist and client attachment styles on hostile and distancing countertransference reactions. In fact, fearfully attached therapists displayed more distancing countertransference behaviors with the client who had preoccupied attachment style in comparison with the client who had a dismissing attachment style.

Similarly, the *countertransference interaction hypothesis*, which basically emphasized the impact of the interaction between the client-related and therapist-related factors on CT, constituted the basis of the present dissertation. In respect to client factors, having a chronic/terminal versus an acute illness was presented as the trigger of countertransference reactions. According to Rosenberger and Hayes, "One of

the ways in which client and therapist factors plausibly interact to evoke countertransference reactions is when the client discusses material related to the therapist's unresolved issues" (2002, p. 221). Thus, therapists with high death anxiety and low health promoting behaviors as the potentially and existentially unresolved therapist factors might be more likely to experience countertransference with a chronically/terminally ill client who presents health- and death-related issues. How countertransference of these therapists manifests itself is the topic of the following section.

2.2.3. Countertransference Manifestations. Manifestations of the countertransference may be in any or all of the following three ways: cognitive, affective, and behavioral (Gelso & Hayes, 2007). Although affective (e.g., therapist anxiety; Bandura, 1956; Cohen, 1952; Hayes & Gelso, 1991, 1993; Yulis & Keisler, 1968) and cognitive manifestations (e.g., inaccurate recall of the client material; Cutler, 1958; Doscheck, 2006; Gelso et al., 1995; Hayes & Gelso, 1993) are considered as internal reactions, verbal and nonverbal behaviors (e.g., avoidance; Bandura, Lipsher, & Miller, 1960; Doscheck, 2006; Harbin, 2004; Hayes & Gelso, 1991, 1993; Latts & Gelso, 1995) are thought to be external ones. The present dissertation will be investigating therapists' cognitive, affective, and behavioral countertransference reactions as countertransference manifestations. Therefore, studies particularly focusing on these manifestations as dependent variables were overviewed in this section.

2.2.3.1. Cognitive Manifestations of Countertransference. The operational definition of the cognitive countertransference manifestations was "cognitive distortion" for many authors (Hayes & Gelso, 2001). For example, in one of the earliest research on countertransference manifestation, Cutler (1958) identified that when clients stated material relevant to therapists' conflicts, therapists tended to distort clients' actually occurred behaviors in the therapy session by over or under reporting them. Another study, which supports the idea that the client material is inaccurately recalled as a consequence of client's material overlapping with the

therapists' unresolved issues, investigated countertransference reactions toward lesbian and heterosexual clients (Gelso et al., 1995). The researchers found that although female and male therapists were similarly and accurately recalled the sexual words that heterosexual clients used in the videotape, female therapists were more likely to inaccurately recall the sexual words that lesbian clients used in the videotape as compared to male therapists. It seems that there was an interaction of the client's (i.e., lesbian clients talking about sexual difficulties) and the therapist's characteristics (e.g., therapist homophobia) that predicted countertransferential recall problems, an example for cognitive CT.

2.2.3.2. *Affective Manifestations of Countertransference.* In case of the affective component of countertransference manifestations, the most crucial emotion for countertransference was accepted as the therapist anxiety (Gelso & Hayes, 2007). Therapist anxiety has long been seen as a good indicator and encourager of the need for looking at the relationship and toward the inside for something that may not be going well. Research has also supported that anxiety is one of the most common affective countertransference reaction (Fauth & Hayes, 2006; Gelso et al., 1995; Hayes & Gelso, 1991, 1993; Hayes et al., 1998; Latts & Gelso, 1995; Yulis & Kiesler, 1968). Specifically, affectively manifested countertransference has been studied in the form of state anxiety (Doscheck, 2006; Gelso & Hayes, 1993; Harbin, 2004; Sharkin & Gelso, 1993). For example, as an expected result, Sharkin and Gelso (1993) reported that the therapists, who are more anger prone and feeling not comfortable with their anger issue, experienced increased anxiety with the clients who were angry with them. In addition, Hayes and Gelso (1993) tried to assess male counselors' affective reactions toward the videotapes of gay and HIV-infected clients via their self-reported state anxiety. They found that counselors were more likely to experience state anxiety with the HIV-positive clients as compared to HIV-negative clients. These studies supported countertransference theory, which considers anxiety, either in a state or trait form, as a natural consequence of therapists' perception of being personally threatened in the context of the clinical practice.

2.2.3.3. Behavioral Manifestations of Countertransference. Behavioral countertransference manifestations have typically been operationalized as the therapists' avoidance or withdrawal from the client material (Bandura, Lipsher, & Miller, 1960; Hayes & Gelso, 1993) or their over-involvement with clients (Hayes & Gelso, 2001). As a measurement of behavioral countertransference, researchers have recently used the coding system developed by Bandura et al. (1960), by which therapist responses are categorized as approach or avoidance. While approval, exploration, instigation, reflection, and labeling are the categories of the approach reactions; disapproval, topical transition, silence, ignoring, and mislabeling are classified as the avoidance reactions.

Hayes and Gelso (1993) examined 34 male therapists' approach and avoidance reactions toward gay and HIV-infected clients as a function of therapists' homophobia and death anxiety levels. Therapists saw and responded to one of the videotaped male clients among the four experimental conditions: (1) gay and HIV positive, (2) gay and HIV negative, (3) heterosexual and HIV positive, or (4) heterosexual and HIV negative. Then, three doctoral students rated therapists' responses and calculated a ratio of avoidance responses to approach and avoidance responses. They found that therapists' avoidance behaviors did not differ across the sexual orientation conditions. On the other hand, male therapists' homophobia predicted therapists' avoidance responses with gay clients. In other words, "counselors' stereotypes about, fears of, and negative attitudes toward gay men seemingly contribute to counselors' circumventing gay clients' clinical content and affect" (p. 91). Thus, therapists' awareness of the homophobic feelings toward gay and/or HIV positive clients, and their self-consciousness about how such countertransferential feelings and behaviors may have an influence on the course of therapy seem to be important.

Similarly, in a previously mentioned study conducted by Gelso et al. (1995), the authors examined therapists' approach and avoidance reactions to lesbian or

heterosexual female clients due to therapists' homophobia and their countertransference management ability. As hypothesized, the findings showed that the level of therapists' homophobia and avoidance responses yielded a strong and positive association in the lesbian client condition. On the other hand, there was no significant association between therapists' homophobia and avoidance responses in the heterosexual client condition.

When the overall results of therapists' reactions towards clients presented in different conditions are evaluated (Gelso et al., 1995; Hayes & Gelso, 1993), the importance of therapists' awareness of their feelings and attitudes as the predictors of behavioral countertransference responses can be seen. Although cognitive and affective countertransference reactions are inevitable internal reactions toward clients that may be clinically beneficial if realized, behavioral countertransference reactions are manifested externally, and they are considered as detrimental to the clients and may have a negative influence on the therapeutic relationship (Gelso & Hayes, 2001; Gelso & Hayes, 2007).

2.2.4. Effects of Countertransference. Effects have been defined as the action of the countertransference on therapy process and outcome to which it may have promoting or hindering effects (Hayes et al., 1998). Theoretical and empirical literature have proposed that unrecognized and/or unmanaged countertransference is detrimental to the therapy, such as the therapist acting out to the client (Burwell-Pender & Halinski, 2008; Casement, 1985; Coren, 2015; Gabbard, 2001; Gelso & Hayes, 2001, 2007; Harris, 1999; Hayes & Gelso, 1993; Hayes et al., 1998; Lambert et al., 1977; Ligiero & Gelso, 2002; Maroda, 2004; Pope, Sonne, & Greene, 2006; Rosenberger & Hayes, 2002; Rowan & Jacobs 2002; Stark 2000; Van Wagoner et al., 1991; Zachrisson, 2009). As previously stated, if therapists have no awareness, no management ability, and no control on these reactions, countertransference seems to be the way of the therapists' avoidance of clients' feelings, their inaccurate recall of therapy content, and their over involvement with clients' problems (Gelso & Hayes, 2007). The common threat of all these unmanaged countertransference

reactions may be their interference with therapists' effectiveness in the session and their probable negative effects on therapy outcomes.

Hayes and Gelso (2007) stated that there is only one study investigating the direct relationship between countertransference behaviors and therapy outcome. According to a study including 20 cases of brief therapy (Hayes et al., 1997), countertransference behaviors were unrelated to therapy outcome depending on the reports of clients, their therapists, and therapists' supervisors. On the other hand, for the cases with moderate to poor outcome, countertransference behaviors were strongly and negatively associated with therapy outcome. The authors of the study suggested that the strength of the therapeutic alliance between the patient and the therapist may prevent the negative influence of the displays of countertransference behavior on therapy outcome. Conversely, in weak therapeutic alliance conditions, countertransference behavior may have a direct negative influence on the outcome. In their notes, Hayes and Gelso (2007) pointed out that as opposed to hindering effects of countertransference, it is a potentially beneficial tool for therapy if it is reflected on and managed. Recently, the notion that countertransference material is a crucial component of the therapy with the requirements of therapists' awareness and motivation to explore and work on these feelings as they emerge has been supported by many clinicians and theoreticians (e.g., BurwellPender & Halinski, 2008; Hayes & Gelso, 2007). Thus, the effect of countertransference depends on the management factors of the therapists, which will be reviewed in the next section.

2.2.5. Management Factors. Management factors refer to the therapists' qualities that guide and help them in their exploration to handle countertransference in a reasonable way (Gelso & Hayes, 2007). Taking supervision, listening to the session tapes, getting one's need met are among the examples of behavioral management factors presented by Hayes (1995). Van Wagoner, Gelso, Hayes, and Diemer (1991) did also suggest empirically supported five therapist factors that aid countertransference management, namely *self-insight*, *self-integration*, *empathy*, *anxiety management*, and *conceptualizing skills*. *Self-insight* refers to the level of

awareness and acceptance of therapists' own feelings, behaviors, characteristics, motives, and their individual past (Hayes et al., 2011). *Self-integration*, on the other hand, is an indicator of therapist's intact and fundamentally healthy characteristic features. The therapist's insight of and capacity to manage anxiety in order not to have any negative effects on his/her responses to patients points out *anxiety management* ability of the therapist. *Empathy*, being the skill of understanding other people's feelings and problems (Hayes et al., 2011), lets the therapist be concerned with the needs of the patient notwithstanding the adversities that one may be going through at that specific moment. Lastly, the performance in using theoretical information and the awareness of the patient's role in the process of therapeutic communication shows the therapist's *conceptualizing skills*.

Van Wagoner, Gelso, Hayes, and Diemer (1991) did also develop a measurement tool, the Countertransference Factors Inventory (CFI), to assess countertransference management by using these five components. Using this assessment tool, research on these five therapist factors pointed out their regulatory role on countertransference reactions (Friedman & Gelso, 2000; Hayes, Gelso, VanWagoner, & Diemer, 1991; VanWagoner et al., 1991) and their positive association with working alliance and therapy outcome (Rosenberger & Hayes, 2002; Gelso, Latts, Gomez, & Fassinger, 2002).

In sum, the present dissertation will test the structural theory of countertransference through the components of origins (i.e., death anxiety and health behaviors of therapists), triggers (i.e., responding to a client with chronic/terminal illness), and manifestations (i.e., affective, cognitive, and behavioral reactions of the therapist). Chronic illnesses have long been considered as a trigger of countertransference for the therapists (Goodheart & Lansing, 1997). On the other hand, what was new in the present study is that it examined how countertransference towards chronically ill patients arises from specific therapist-related factors such as their death anxiety and health behaviors. Accordingly, following sections will focus on psychotherapy

and therapist issues with chronically ill patients, and the role of therapists' death anxiety and health behaviors on their practices, respectively.

2.3. Psychotherapy with Chronically Ill Clients

Chronic illnesses, which are medical conditions encompassing many symptoms on a stable basis or becoming more intense suddenly in an episodic manner, are the leading causes of death in the world, and estimated to increase to such a critical level that they become the primary cause of disability by 2020 (Campbell & McGauley, 2005). Thereby, psychotherapy practitioners frequently meet patients suffering from permanent physical illnesses, such as cancer, cardiovascular disease, AIDS, diabetes, and kidney disease (Goodheart & Lansing, 1997).

Medically, chronic illnesses are classified as “life threatening”, “understood, but progressively disabling”, “poorly understood and unpredictable”, and lastly, “understood and manageable” (Goodheart & Lansing, 1997). Regardless of their classification, a common psychological threat posed by all of the chronic illnesses is that the ill person will never turn back to the prior sense of self, option, the state of invulnerability, and finally obliviousness to the body's functioning (Goodheart & Lansing, 1997). There have been numerous studies examining illness related factors that make a profound effect on chronically ill people's lives (e.g., Birmele, Gall, Sautenet, Aguerre, & Camus, 2012; Karner-Hutuleac, 2012; McKercher, Sanderson, & Jose, 2013). Intensity of physiological limitations (Vogiatzis, Zakyntinos, & Andrianopoulos, 2012), interference with the competence to engage in daily activities and life roles (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2006), indefinite prognosis, long duration of medical treatment and rehabilitation interventions (Chang & Johnson, 2013), psychosocial stress in relation with the incurred trauma or disease process itself (Turner & Kelly, 2000), effect on family and friends, and maintained financial losses (Houtum, Rijken, & Groenewegen, 2015) are among the most frequently known factors.

Psychotherapy is an important source of support for chronically ill individuals when they are tackling with these challenges. Although strategies designed to facilitate the management of chronic illnesses have laid emphasis on psychological interventions (Roditi & Robinson, 2011; White, 2011; Williams, Eccleston, & Morley, 2012), little attention in the empirical literature has been paid to the effect of treating chronically ill individuals on the psychotherapist and how this effect shows itself in the therapeutic contact. Yet, there are some case studies, books, and reviews about the issue.

According to Goodheart and Lansing, chronically ill patients attending psychotherapy are hesitant and afraid of not being understood, and they make an effort to get the control over their bodies, lives, and their reality perception back (1997). These efforts are combined with the premorbid characteristics structure of the patients and the extent of the defensive and adaptive resources they have.

The most powerful desire of the individual is to go back to “normal” (Goodheart & Lansing, 1997). And usually, the most powerful desire of the psychotherapist is to cure. However, the scope of the possibilities on the psychobiological spectrum is extremely confusing. Ongoing physical disability puts the pressure on the patient to change his/her basic life functions and routines. The symptoms may adversely affect the patient’s ability to work, to fulfill the responsibilities relevant to family roles, and so on. Continuing disability and uncertainty lead to a critical internal psychological disorganization, which is a threat to the organized sense of self. The ambiguity, progression, and instability of illness cause anxiety in both the therapist and the patient (Goodheart & Lansing, 1997).

Fundamentally, to establish and permit an open communication with patients concerned of their health, to encourage and/or facilitate their emotional expression, to help them in regulating and managing these emotions, and to offer a relationship in which patients can feel supported when confronted with death issues are among the major goals of psychotherapy with chronically/terminally ill clients (Culkin, 2002).

Although psychotherapy with chronically ill patients has many features shared with all other psychotherapies, the unique position of the patient with life threatening illness offers special concerns for the psychotherapy practitioners. One of these concerns is countertransference reactions of the therapist while working with these patients.

Culkin (2002) addressed three possible negative effects of countertransference while working with patients facing death as follows: (1) the therapist can be an unconscious supporter of the patient's denial of the death anxiety by avoiding the issue, (2) the therapist remains in a helpless state in the session, and (3) the therapist anxiously avoids the patient and his/her material. Accordingly, an understanding, control, and management of countertransference are needed for therapists to minimize its adverse effects on psychotherapy while working with chronically ill clients.

2.4. Therapist Issues while Working with Chronically Ill Patients

There have been identified two categories of stimulated therapist responses relevant to chronically ill patients: (1) "responses to the disease impact and its usual course" and (2) "responses to the individual patient's characterological reactions to the disease" (Goodheart & Lansing, 1997, p. 91). As regard to the first category, individuals with non-life threatening, poorly understood, and unpredictable illnesses are likely to stimulate a sense of doubt about the nature of the illness. It is a natural response for both the therapist and the patient to question uncertain set of psychophysiological circumstances parallelly such as questioning whether the illness, the symptoms, and the source of the dysfunction is real or not. On the other hand, patients who have progressive terminal illnesses are highly probable to stimulate reactions to the extent of the losses and fears. The capacity to work with a dying patient varies from one therapist to another, just as the ability to confront death varies from patient to patient. In this parallel process, the therapist and the patient encounter the feelings of hope and despair, helplessness and control, anxiety and comfort, depression and transcendence (Goodheart & Lansing, 1997).

Depending on the patients' characterological reactions to their illnesses, it is sometimes possible for therapists to "like" the "good" patients, and try to ignore the "bad" patients on the other side (Goodheart & Lansing, 1997). There is no doubt that it is much more easier for a therapist to "like" the patients who are brave, attempt to make use of the help they get, do not get angry at the times of being sick but are properly insistent and angry with "other" caregivers. Contrarily, the therapist can be reluctant to work with the patients who cannot accommodate their own affective responses and who give out all their anger, sadism, hatred and manipulation to the therapists. Although therapists' responses vary depending on illness type and process, patients' characterological reactions to illness, and therapists' own issues relevant to illness and health, there are some common responses reported frequently by the therapists of chronically ill individuals. Specifically, Goodheart and Lansing (1997) have stated that anxiety is the most common therapist reaction while treating patients with chronic illness. Treatment process may arouse anxieties revolving around death, failure, vulnerability, and loss in the therapist. Moreover, positive affect of the therapist such as hope and even euphoria that comes from the therapist's wish for a cure may be considered as the clues of countertransference issues. If the hope of the therapist about the recovery of the patient infuses the therapy, it may prevent the therapist to share the hopelessness of the patient. Helplessness, which is felt in matters of health when the feeling of hope is diminished, is an emotion which may affect the patient and the therapist similarly. Both the therapist and the patient may struggle to hold on a sense of control in an effort to avoid helplessness but this effort makes the resolution of this emotion more difficult (Goodheart & Lansing, 1997).

2.4.1. The Role of Therapists' Death Anxiety and Health Behaviors on Their Practices. Providing psychotherapy to a patient with chronic illness does also evoke body awareness and health-related issues into interaction (Wood, 2011). Throughout their life history and experience, therapists develop an attitude toward their own health and others' health (Goodheart & Lansing, 1997). They develop an attitude toward sickness, body functions, and disfigurement; toward sexual function

and physical intimacy; toward taking care of others and being taken care of; and toward suffering. Therapists' fear about debilitation and decline is similar to other people's fears and most of them have had at least a temporary terror about dying (Goodhearth & Lansing, 1997). How the therapists manage their terror and which attitudes and behaviors they develop toward their health seem to be important indicators of the countertransference while working with people presenting health concerns.

Even though there is no conducted research exploring the effect of therapists' death anxiety on their reactions toward chronically ill patients, the literature provided information about the impact of therapists' death anxiety on their clinical practices. For example, in a study, Brown and Walden (2006) looked at the association between psychotherapists' own death anxiety and their attitudes toward older adults. They found that there is a significant relation between psychotherapist's death anxiety and their negative attitudes toward older adults. This research may provide practitioners with valuable information about their own death anxiety and their attitude formation toward specific groups. Another study (Belviso, 2011) reported that there is a significant association between beginner therapists' high death anxiety and their preference towards a more objective theoretical orientation rather than a subjective one. This study also informs us about the effect of therapists' death anxiety on their practice. Thus, it is also probable that therapists' death anxiety may have an influence on their CT reactions while working with chronically ill patients.

Another therapist factor used in the present study was therapists' health behaviors. While working with chronically ill patients, it is highly probable that these patients bring their health-related issues to the psychotherapy room. Patients' both past and present health behaviors may be the subject of the therapy. Bergner (2011) stated that patients' beliefs about the etiology of their illness are a central facet of their illness experience. A study conducted with lung cancer patients found that 29.5 % of patients felt that their past behaviors (e.g., smoking) contributed to their cancer and this identification correlated with higher levels of guilt and shame (LoConte,

Else-Quest, Eickhoff, Hyde, & Schiller, 2008). Like patients, therapists might exhibit risky health behaviors while they are trying to manage their terror about death and dying. A considerable risk of becoming isolated from or over identifying with the patient emerges if the therapist cannot bring these universal, primitive, affective main elements to consciousness and integrate them (Goodheart & Lansing, 1997). It is therefore important to investigate the effects of therapists' death anxiety and health behaviors on their reactions while working clients with chronic illness.

2.5. The Present Study

As Gelso and Hayes (2007) stated, countertransference research is still in its early stages. There is the need for research that aids the therapists to better comprehend their responses and the origins and triggers of these responses to manage them. Specifically, psychotherapy with chronically ill patients seeds a fertile field of countertransference "growth" in therapists (Goodheart & Lansing, 1997). Despite the theoretical and clinical interest in the effect of the medical condition of the client on countertransference, little empirical research has been published on this topic. Hence, further investigation of countertransference reactions to clients with medical conditions seems especially important.

Another significant concern is that the degree of reactions may vary from therapist to therapist in doing therapy with chronically ill patients; and so, where does countertransference derive from? To date, there is no research in Turkey and other cultures focusing particularly on the role of the medical conditions of the patients and the role of the therapists' death anxiety and health behaviors on countertransference manifestations. Thus, studying this subject is important to realize, control, and manage these countertransference reactions and to prevent their detrimental effects on psychotherapy.

Accordingly, the present study was conducted to examine the effects of the medical condition of the patients (patient factor), death anxiety and health behaviors of the

therapists (therapist factors) on different elements of countertransference manifestations (i.e., cognitive, affective, and behavioral countertransference manifestations).

Specifically, the present study had 4 sets of hypotheses.

(1) The first set of hypotheses expected the main effect of therapists' death anxiety (high vs. low) on countertransference elements to be significant. The sub-hypotheses indicating three elements of countertransference were as follows:

(1a) The therapists with higher levels of death anxiety would make significantly more cognitive distortions shortly after analogue sessions of both patients with chronic and acute illnesses than the therapists with lower levels of death anxiety.

(1b) The therapists with higher levels of death anxiety would experience significantly higher levels of state anxiety shortly after analogue sessions of both patients with chronic and acute illnesses than the therapists with lower levels of death anxiety.

(1c) The therapists with higher levels death anxiety would experience significantly more behavioral avoidance during analogue sessions of both patients with chronic and acute illnesses than the therapists with lower levels of death anxiety.

(2) The second set of hypotheses expected the main effect of therapists' health behaviors (high vs. low) on countertransference elements to be significant. The sub-hypotheses indicating three elements of countertransference were as follows:

(2a) The therapists with lower levels of health behaviors would make significantly more cognitive distortions shortly after analogue sessions of both

patients with chronic and acute illnesses than the therapists with higher levels of health behaviors.

(2b) The therapists with lower levels of health behaviors would experience significantly higher levels of state anxiety shortly after analogue sessions of both patients with chronic and acute illnesses than the therapists with higher levels of health behaviors.

(2c) The therapists with lower levels of health behaviors would experience significantly more behavioral avoidance during analogue sessions of both patients with chronic and acute illnesses than the therapists with higher levels of health behaviors.

(3) The third set of hypotheses expected the main effect of the medical condition of clients (acute vs. chronic illness) on countertransference elements to be significant. The sub-hypotheses indicating three elements of countertransference were as follows:

(3a) The therapists would make significantly more cognitive distortions shortly after the analogue session of the chronically ill patient than they would make shortly after the analogue session of the acutely ill patient.

(3b) The therapists would experience significantly higher state anxiety shortly after the analogue session of the chronically ill patient than they would experience shortly after the analogue session of the acutely ill patient.

(3c) The therapists would experience significantly more behavioral avoidance during the analogue session of the chronically ill patient than they would experience during the analogue session of the acutely ill patient.

(4) *The fourth set of hypotheses expected significant interaction effects of the death anxiety level, health behaviors level, and the medical condition of clients on countertransference elements. The sub-hypotheses are as follows:*

(4a) Therapists with both high and low death anxiety levels would have significantly increased countertransference reactions in response to chronically ill patient condition. However, this increase would be expected to be significantly higher for therapists with high death anxiety levels. Thus, we predicted a significant Group X Condition interaction. There were also three sub-hypotheses relevant to this interaction effect as follows:

(4a1) Therapists with both high and low death anxiety levels would make significantly more cognitive distortion in response to chronically ill patient condition. However, this increase would be significantly higher for therapists with high death anxiety levels.

(4a2) Therapists with both high and low death anxiety levels would experience significantly more state anxiety in response to chronically ill patient condition. However, this increase would be significantly higher for therapists with high death anxiety levels.

(4a3) Therapists with both high and low death anxiety levels would exhibit significantly more behavioral avoidance in response to chronically ill patient condition. However, this increase would be significantly higher for therapists with high death anxiety levels.

(4b) Therapists with both high and low health behaviors levels would have significantly increased countertransference reactions in response to chronically ill patient condition. However, this increase would be significantly higher for therapists with low health behaviors levels. Thus, we predicted a significant Group X Condition interaction. There were also three sub-hypotheses relevant to this interaction effect:

(4b1) Therapists with both high and low health behaviors levels would make significantly more cognitive distortions in response to chronically ill patient condition. However, this increase would be significantly higher for therapists with low health behaviors levels.

(4b2) Therapists with both high and low health behaviors levels would experience significantly more state anxiety in response to chronically ill patient condition. However, this increase would be significantly higher for therapists with low health behaviors levels.

(4b3) Therapists with both high and low health behaviors levels would exhibit significantly more behavioral avoidance in response to chronically ill patient condition. However, this increase would be significantly higher for therapists with low health behaviors levels.

(4c) Therapists with both different levels of death anxiety and different levels of health behaviors would have significantly increased countertransference reactions in response to chronically ill patient condition. However, this increase would be significantly higher for therapists with both high death anxiety and low health behaviors levels. Thus, we predicted a significant Group₁ X Group₂ X Condition interaction. There were also three sub-hypotheses relevant to this interaction effect:

(4c1) Therapists with both different levels of death anxiety and different levels of health behaviors would make significantly more cognitive distortions in response to chronically ill patient condition. However, this increase would be significantly higher for therapists with both high death anxiety and low health behaviors levels.

(4c2) Therapists with both different levels of death anxiety and different levels of health behaviors would experience significantly more state anxiety in response to chronically ill patient condition. However, this increase would

be significantly higher for therapists with both high death anxiety and low health behaviors levels.

(4c3) Therapists with both different levels of death anxiety and different levels of health behaviors would exhibit significantly more behavioral avoidance in response to chronically ill patient condition. However, this increase would be significantly higher for therapists with high death anxiety and low health behaviors levels.

CHAPTER 3

METHOD OF THE STUDY

3.1. Research Design

The present study utilized an audio-visual analogue methodology. Fundamentally, the analogue methodology in psychotherapy research comprises of experimental simulation of some elements of the psychotherapy process including manipulation of certain characteristics of the therapist, the client, and/or the psychotherapy process (Heppner, Kivlighan, & Wampold, 2008). In the past, such analogue studies have been called as *miniature therapy* (Goldstein, Heller, & Sechrest, 1966) or *simplification strategy* (Bordin, 1965).

In this study, there were two parts of data collection for each participant. First, the data measuring health behaviors and death anxiety of therapists as participants were collected through online questionnaire shortly before the second part started. Next, the participants were subjected to three types of miniature videos displaying a warm-up client, a client with acute illness, and a client with chronic illness. In this way, the affective, cognitive, and behavioral countertransference reactions to the clients in miniature videos were measured.

A mixed-factorial design was used with two between-groups factors (health behaviors and death anxiety), and one within-groups factor (the medical condition of the videotaped clients). Considering the theoretical framework, how these factors as

independent variables have an impact on affective, cognitive, and behavioral countertransference reactions as dependent variables was the main question of the study.

Accordingly, the affective and cognitive countertransference assessments were undertaken shortly after the each analogue session. For the behavioral countertransference, it was assessed during the stopping points in each analogue session.

3.2. Participants

One hundred and four participants volunteered for the present study between 10th of April and 28th of July, 2016. Having previously offered psychotherapy service and/or currently offering psychotherapy service and having conducted at least 10 therapy sessions up till the present study have been determined as the inclusion criteria of this study. Participants who did not comply with the instructions of the study such as rewinding the record during analogue session were excluded from the study. Checking the inclusion and exclusion criteria, a total of 100 participants (89% females and 11% males) were included in the analyses. Depending on the similar studies conducted before (e.g., Doschek, 2006; Harbin, 2004) and a power calculation taking into account the estimation of large effect size ($1-\beta = .95$), the sample size of 100 participants was decided to be adequate for the research presented.

The mean age of the participants was 28.06 ($SD = 3.17$) and their ages ranged between 23 and 41. A great majority of the participants were from Ankara, except for five who were included to the study when they came to Ankara. The sample was consisted of 93 (93%) employed and 7 (7%) unemployed participants. They were the graduates of psychology department (85%), guidance and psychological counseling department (14%), and psychiatry department (1%). In terms of last completed degree, 29% of them had bachelor's degree, 62% of them had master's degree, and 9% of them had doctoral degree. Table 1 presents the detailed information on study sample.

Table 1
Descriptive Characteristics of the Study Sample

Variables	<i>n</i>	%	Mean	<i>SD</i>	Range
Age	100		28.06	3.17	23-41
Gender					
Female	89	89			
Male	11	11			
Last Completed Degree					
Bachelor	29	29			
M.S.	62	62			
Ph.D.	9	9			
Working Status					
Employed	93	93			
Unemployed	7	7			
The organization where s/he works					
Governmental institution	64	69			
Private sector	22	24			
Both of them	7	7			
Type of current graduate program					
Clinical Psychology M.S. Program	19	23.5			
Clinical Psychology Ph.D. Program	49	60.5			
Guidance & Psychological Counseling M.S.	2	2.5			
Guidance & Psychological Counseling Ph.D.	8	10			
Forensic Psychology M.S.	1	1.2			
Social Psychology M.S.	1	1.2			
Specialty in Medicine	1	1.2			
Total number of sessions having conducted	100		527	1061.83	10-6000
Total number of clients having seen	100		66	190.98	1-1500
Total number of sessions having been supervised	99		123.39	141.95	4-1000
Total number of clients having been supervised	99		7.35	6.85	1-60
Theoretical orientation					
Psychoanalytic/Psychodynamic Therapy	7	7			
Experiential/Humanistic/Existential Therapy	4	4			
Cognitive Behavioral Therapy	23	23			
Schema Therapy	6	6			
Eclectic/Integrative Therapy	60	60			

3.3. Video Recordings

After the study was approved by the Applied Ethics Research Center in METU, the video recordings were started to be prepared. Firstly, the scripts for each condition was written. For the editing part of the scripts, it was collaborated with a professor of psychology. Next, three volunteer actresses from Theatre Department at the Ankara State Conservatory of Hacettepe University worked on these scripts about two weeks. Since the majority of the participants was expected to consist of women, and the countertransference was expected to be stronger when the patient and therapist would share many factors in common (Goodheart & Lansing, 1997), the actresses for the miniature videos of the study were chosen as women.

Specifically, the first client's video recording (warm-up client) was prepared to familiarize the participants with the analogue format, to obtain the baseline state anxiety level data, and to camouflage the real purpose of the research from the participants. The role of the warm-up client was performed by only one of the actresses who did not play the role of any other client. The first client was a 27-year-old, financial specialist, who had applied to the therapy to solve the problems she experienced in time management. Appendix C allows accessing a copy of the first client's script. Ultimately, video recording time of the first client was about three minutes and there were four stopping points in this record that participants were expected to respond to the client.

The stimulus clients (client with chronic illness and client with acute illness) were played by the remaining two actresses. To control potential, undesirable actress effects, both of the actresses played the role of client with chronic illness condition and also the client with acute illness condition. Also, while preparing the stimulus clients' scripts, the scenarios were equalized in terms of characteristics such as theme on each stopping point and number of words in an attempt to control possible effects related to these factors. In order to reveal the strongest countertransference manifestations from the participants, the chronic illness of the client was determined as cancer. Moreover, its association with mortality was expected to be relatively

stronger. While its script was being created, some items of Health-Promoting Lifestyle Profile II measure (Walker, Sechrist, & Pender, 1987) were used. On the other hand, acute illness was specified as tissue damage because its association with mortality expected to be relatively weaker. The client in chronic illness condition was a 28-year-old woman who had applied to the therapy with the feelings of anxiety and fear caused by being a cancer patient taking chemotherapy. Appendix G provides access to a copy of the script of this client. The video recording time of this client was about five minutes and there were six stopping points in the record that participants were expected to respond to the client. For the other condition, the client with acute illness was a 27-year-old woman who had applied to the therapy because of the increasing anxiety after she sprained her ankle. The script of this client can be seen in Appendix E. Congruently with chronic illness condition, the video recording time of this client lasted approximately five minutes. Also, there were six stopping points in this record that participants were expected to respond to the client.

Before starting the study, a pilot study was conducted with four graduate students in psychology to organize study format, and also, to determine whether or not these actresses were credible or likeable by the ratings of these participants. In this pilot study, participants rated the credibility and likeability of actresses on a 5-point Likert type scales ranging from not at all (1) to extremely (5). Video recordings were going to be usable if the average of the ratings was 3.0 or above. Also, it was looked that the difference between the ratings of stimulus actresses should not be more than 2.0. The ratings indicated that each actress met these requirements. Table 2 presents the statistics for credibility and likeability dimensions of each actress.

In order to make the analogue situation as close to reality as possible, the videos were filmed by holding the camera on the shoulder of someone sitting in front of the player. Moreover, for the actresses who played the cancer client, a pale makeup was applied and the hair was covered with a scarf to give it a spilled image. At the beginning of each analogue session, participants read the summary of the client's

background information before they saw the clients (see Appendix B, D, and F). The aim of this procedure was to make participants familiar with the clients.

Table 2

Descriptive Statistics of the Actress Ratings

	Mean	Median	SD	Range
Credibility				
Warm-up	3.50	3.75	.58	3-4
Acute Illness 1	4.50	4.50	.71	4-5
Acute Illness 2	3.75	3.75	.35	3.5-4
Chronic Illness 1	4.50	4.50	.71	4-5
Chronic Illness 2	4.50	4.50	.71	4-5
Likeability				
Warm-up	3.75	4.00	.50	3-4
Acute Illness 1	4.00	4.00	.00	4-4
Acute Illness 2	3.75	3.75	.35	3-5
Chronic Illness 1	4.00	4.00	.00	4-4
Chronic Illness 2	4.00	4.00	.00	4

Note. 1 and 2 refers to Actress 1 and Actress 2, respectively.

3.4. Instruments

The questionnaire set administered before the analogue sessions consisted of the demographic information form, *Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II; Walker, Sechrist, & Pender, 1987)*, *Thorson-Powell's Death Anxiety Scale (Thorson & Powell, 1994)*, and *Two-Dimensional Social Desirability Scale (Akin, 2010)*. During and shortly after the analogue sessions, countertransference assessments detailed in 3.4.5. were obtained.

3.4.1. Demographic Information Form. This form composed of the questions regarding to the participants' demographic characteristics (i.e., age, gender, education level, and graduation program type, working status, type of current graduate program, and year in current graduate program). The demographic information form also included questions about psychotherapy experience (i.e., approximate total number of therapy sessions having conducted and approximate total number of clients having seen) and supervision experience (i.e., approximate total number of sessions having been supervised and approximate total number of clients having been supervised) of the participants. As a last question, participants were asked about their theoretical orientation. A copy of the demographic information form is demonstrated in Appendix O.

3.4.2. Health Behaviors. The level of participants' health behaviors was assessed via Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II). HPLP-II was a self-report scale developed by Walker, Sechrist, and Pender (1987) to examine health-promoting lifestyle habits. The scale involves 52 items with 6 dimensions, namely, health responsibility (e.g., Report any unusual signs or symptoms to a physician or other health professional), physical activity (e.g., Follow a planned exercise program), nutrition (e.g., Choose a diet low in fat, saturate fat, and cholesterol), mental development (e.g., Feel I am growing and changing in positive ways), interpersonal relationships (e.g., Discuss my problems and concerns with people close to me), and stress management (e.g., Take some time for relaxation each day). Each item is rated on a 4-point Likert-type scale ranging from never (1) to routinely (4). Total score of HPLP-II serves as a score of healthy lifestyle behaviors. Turkish translation and adaptation study of HPLP-II was conducted by Bahar, Beşer, Gördes, Ersin, and KISSAL (2008). In Turkish form of HPLP-II, Cronbach alpha coefficient values were as follows: .94 for total scale, .77 for health responsibility, .79 for physical activity, .68 for nutrition, .79 for mental development, .80 for interpersonal relationships, and .64 for stress management. In consequence of Kendal W Analyses used to determine content validity, Turkish form of HPLP-II was reported as a valid instrument. For the current study, a total score of HPLP-II was calculated and used in the analyses;

and the Cronbach's alpha coefficient value of the total scale was .92 for the present sample. Appendix R presents a copy of the HPLP-II.

3.4.4. Social Desirability. Two-Dimensional Social Desirability Scale developed by Akın (2010) was used to assess social desirability levels of participants. It consists of 29 items with two subscales, namely, self-deception (e.g., Verdiğim kararlardan dolayı asla pişmanlık duymam) and impression management (e.g., Yakalanma veya suçlu duruma düşme ihtimalim olmasa bile her zaman yasalara uyarım) rated on 5-point Likert-type scale ranging from not true to me (1) to very true to me (5). Higher scores denote higher levels of social desirability. The Cronbach's alpha coefficients of subscales were .96 for impression management and .95 for self-deception. Test-retest reliability coefficients were found to be .79 for self-deception and .83 for impression management. As a result of exploratory and confirmatory factor analyses performed to test construct validity of scale, Two-Dimensional Social Desirability Scale was reported as a valid measurement tool. This scale was used in the present study to control socially desirable responses of participants. For the present sample, internal consistency coefficients of subscales were .87 for impression management and .77 for self-deception. Appendix S provides access to a copy of Two-Dimensional Social Desirability Scale.

3.4.5. Countertransference Assessment. Countertransference reactions of therapists were determined with respect to cognitive, affective, and behavioral elements during and shortly after analogue sessions. Firstly, the cognitive element of countertransference was determined by looking at how therapists distorted the client material such as incorrect recall of the words that clients used in the sessions. Secondly, the affective element of countertransference was measured by determining the therapists' state-anxiety after each analogue sessions. Lastly, the behavioral element of countertransference was evaluated by specifying "avoidance or withdrawal responses" of the therapists from client material at stopping points of videotapes.

3.4.5.1. Cognitive Assessment. The cognitive assessment was taken from participants shortly after they have finished each analogue sessions, including chronic disease condition and acute disease condition. After they saw warm-up client, no cognitive measurement was taken, since it would not be used in any of the analyses. Specifically, for chronic illness condition, therapists were asked to remember the number of words “death” and “illness” that clients used in videotape. For acute illness condition, they were asked to remember the number of words “fall” and “get injured” that clients used in videotape. After extracting the actual total number of words from over and under-recalls, the absolute value was used as a base for analyses. Furthermore, since the actual number of words in chronic illness condition and acute illness condition was not equal, standard scores (z score) for each condition were calculated for analyses. The more the participants experienced countertransference manifestations, the more they were expected to deviate from the actual number in recall.

To measure how therapists distorted the client material, previously conducted analogue studies have also inquired participants to recall the number of words relating to a specific topic the client used (Doschek, 2006; Gelso et al., 1995; Harbin, 2004; Hayes & Gelso, 1993). The assumption of these studies was that participants who were more likely to distort the client material would have experienced more cognitive countertransference in the session. This assumption came from Cutler’s (1958) work revealing that when client material touched on therapists’ unresolved issues, they over-recalled or under-recalled it (as cited in Doschek, 2006). For instance, Gelso et al. (1995) asked their participants to recall the number of sexual words that either lesbian or heterosexual client actresses used in videotapes to determine the role of homophobia on male and female counselors’ countertransference reactions. They reported a significant gender-sexual orientation interaction effect. More specifically, they found that while women therapists accurately recalled the number of words that a heterosexual female client used, they falsely recalled the number of sexual words that a lesbian client used. On the other hand, men therapists did not falsely report the material of both clients. These findings pointed out that

when lesbian clients bring their sexual difficulties to women therapists; this topic touches on unresolved issues related to sexuality of those therapists. Moreover, reporting the hypothesized gender-sexual orientation interaction effect for cognitive element of countertransference, this study supported the construct validity of the cognitive measure of countertransference. Appendix K provides access to the copies of these measurement tools, respectively, for acute illness and chronic illness conditions.

3.4.5.2. Affective Assessment. Affective element of countertransference manifestations was assessed by measuring participants' state anxiety level shortly after they have finished each analogue sessions, including analogue sessions of warm-up client, client with chronic illness, and client with acute illness. Participants were asked to fill out the measurement tool as if they were still in therapy session with that client. Moreover, anxiety of the therapists experiencing countertransference manifestations was expected to be greater shortly after the analogue session in comparison with others experiencing no countertransference manifestations.

State Anxiety Scale (S-Anxiety), a subscale of State-Trait Anxiety Inventory (STAI), was used to determine affective countertransference manifestations of participants. S-Anxiety was developed by Spielberger, Gorsuch, and Lushene (1970) to assess anxiety level about an event. This inventory consists of 20 items, including 10 direct-worded (i.e., 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18) and 10 reverse-worded (i.e., 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20) items. Each item is rated on a 4-point Likert-type scale and responses for State Anxiety Scale range from not at all (1) to very much so (4). The total score is calculated by reversing the scores of the negative items and total score obtained from the scale ranges from 20 to 80. Higher scores reflect higher levels of anxiety, while lower scores indicate lower levels of anxiety. Turkish version of the scale was translated and adapted by Le Compte and Öner (1985). The internal consistency coefficient of the State Anxiety Subscale ranged between .83 and .87. For the present study, the internal consistency coefficient of the State

Anxiety Scale was .89 for measurements taken shortly after warm-up and acute illness conditions and .93 for measurement taken shortly after chronic illness condition. Appendix H, I, and J provide access to the copies of State Anxiety Scale of STAI for different clients.

For analyses, state anxiety level of participants with warm-up client was taken as baseline measurement. The differences between participant's state anxiety level with warm-up client and client with acute and chronic illnesses were taken into consideration for analyses.

3.4.5.3. Behavioral Assessment. Participants interacted with the videotaped clients during stopping points of each analogue session, including analogue sessions of warm-up client (four stopping points), client with chronic illness (six stopping points), and client with acute illness (six stopping points). They were expected to respond to the videotaped clients at stopping points to help them as if they were in real therapy session with that client. These responses were evaluated as the behavioral element of countertransference manifestations. Since the aim of the warm-up client analogue session was only to get ready participants to the study process, reactions to warm-up client were not included into the analyses.

During each analogue session, participants were videotaped and then, the transcripts of their verbal responses were created. Before coding the speeches, researcher divided transcribed speech into units by using the adapted form of the Hill Counselor Verbal Response Category System (Hill, 1986; Hill, 1992; Hill et al., 1981). Once participants' speeches were unitized, approach-avoidance method developed by Bandura, Lispher, and Miller (1960) and utilized in countertransference studies by many researchers (e.g., Doschek, 2006; Harbin, 2004; Hayes & Gelso, 1993) was used to assess the behavioral element of countertransference. Depending on this method, all unitized responses were coded as either approach or avoidance. Approach responses include *approval*, *exploration*, *reflection*, and *labeling* categories that are helpful for further client exploration. On the other hand,

avoidance responses comprise of *disapproval*, *silence*, *ignoring*, *mislabeling*, and *topic transition* categories that suppress, deter, or deviate further client exploration. There was also an additional category named as “other” and it was not included in analyses, since they were evaluated as neutral responses and did not fit to any of the other categories. Based on this measure, participants experiencing countertransference manifestations were expected to display more avoidance responses in comparison with participants experiencing no countertransference manifestations. Appendix L provides access to a copy of all response mode categories.

In coding process, a team of trained coders, the researcher and the assisting coder who was a Ph.D. candidate in clinical psychology program, took an active role and their coding were examined if there is an acceptable degree of agreement between the coders. Before the coding process began, the researcher gave an approximately four-hour training session to make the other coder familiar and competent with approach-avoidance measure’s response mode categories. Appendix M provides access to a copy of the script that the researcher used in training session. Initially, team members practiced on the transcripts of the pilot group and this coding practice was maintained till a satisfactory degree of agreement (.80) was achieved between coders. Next, the assisting coder coded 20 % of the transcripts since that number was decided to be adequate based on previous studies that employed a second coder (e.g., Sahin & Mebert, 2013; Sahin-Acar & Leichtman, 2015), and the researcher coded all of the remaining transcripts. Coders evaluated participants’ responses at each stopping points both at the unit level and the total speech turn level. For instance, if a participant’s speech turn included four units, the coder was expected to code these four units one by one, as well as to code the total speech turn as one of the approach versus avoidance categories.

On the basis of coders’ categorizations, the researcher computed intraclass correlation coefficient (ICC) estimates and their 95% intervals depending on a mean rating ($k = 2$), absolute-agreement, two-way random-effects model. For unit level, ICC estimate was .90 with 95% confident interval, suggesting that 90% of the variance

in the mean of these coders was real. For total speech turn level, ICC estimate was .88 with 95% confident interval, indicating that 88% of the variance in the mean of these coders was real.

To analyze behavioral countertransference manifestations, a ratio of the avoidant responses to total responses including both avoidant and approach responses was calculated to specify the frequency of participants' avoidant responses. This calculation was made both for unit level categorizations and total speech turn level categorizations. The reason behind the calculation of these two scores was that although a therapist's speech turn may include several units evaluated as approach, the total speech turn may sound as if it is avoidant. Asking explorative questions at each units but neglecting the affect of the client can be an example for this condition. Differently from this, while responses are evaluated as avoidant at unit levels, the total speech turn may be approach. Therefore, avoidance score of the total speech turn level may be more proper marker of the behavioral countertransference manifestations than avoidance scores of unit level. Thus, preliminary and main analyses conducted with total speech turn level avoidance scores were evaluated and reported, although both of the scores were taken into account.

Previous analogue studies have put to use this methodology to determine therapist countertransference manifestations (Gelso et al., 1995; Harbin, 2004; Hayes & Gelso, 1993; Latts & Gelso, 1995). These studies revealed significant findings that support the construct validity of this measurement tool. To illustrate, utilizing this methodology, Gelso et al. (1995) and Hayes and Gelso (1993) reported expected findings that behavioral avoidance with a gay client was more likely to be displayed by homophobic therapists. Furthermore, to examine therapists' behavioral countertransference manifestations toward sexual assault survivors with the effect of awareness of countertransference feelings (ACF) and commitment to a theoretical framework, Latts and Gelso (1995) used this methodology. Their findings indicated an expected interaction effect that participants with high ACF and stronger

commitment to a theoretical framework were less likely to exhibit avoidance behavior.

3.5. Procedure

After the video recording process was completed, the study was announced via social media, direct recalling or face-to face contact. Participants were told that they would be attending in an analogue study on therapy process and they were not informed about the study's real hypotheses. Appointments for each participant were set according to the availability of the participant and the researcher. Data were collected in the laboratories of psychology departments at Middle East Technical University and Hacettepe University. When the participants came to the laboratory, the researcher welcomed them and asked them to sit in front of the computer in the room. Before the administration of instruments and analogue sessions, an informed consent form (Appendix A), explaining the aim of the study and ensuring the confidentiality of information, was presented to the participants. Next, participants completed an online battery of the questionnaires that had been constituted on the Qualtrics survey tool. The questionnaires were presented to the participants in a counterbalanced order.

After the participants finished filling the questionnaire set, the researcher began to give the instruction about analogue sessions' part of the study. Appendix N includes the total instruction of the researcher that she gave to the participants at the laboratory. Participants were instructed to envision that they were seeing a real client who they had seen four times before and had a good relationship with. Also, the researcher instructed the participants to watch the video in one shot, without rewind. After the researcher gave them the instruction about the stopping points of each video record that they were expected to respond during the analogue session, she opened the video screen and leaved the room. Moreover, the participants were informed that they would be video recorded during the analogue session and these records would be kept confidential. Participants, firstly, faced with the background information of the first, warm-up client who was the same person for all participants.

Then, they saw the video of the warm-up client and responded her at four stopping points during the analogue session. Once the first session finished, they were asked to call out to the researcher. The researcher came to the room with the S-Anxiety measure to get the baseline state anxiety reactions. In the first video, the researcher also asked to the participants if there was a part that was not understood in the study.

Next, they watched the videotapes of stimulus clients one by one within the same procedure. Differently from the first video, after the participants finished to respond the stimulus clients, they were asked to fill both S-Anxiety measure and cognitive recall measures. Moreover, participants saw the stimulus clients in a counterbalanced order. For example, while the first participant started to analogue session with the acute illness condition, followed by the chronic illness condition, the second one saw these conditions in an opposite order. For the third and fourth participants, the order of the conditions was the same as in the first and second conditions, respectively, but the actresses changed the roles at these conditions. That is to say, there were four possible, ensuing conditions that participants participated in.

After the participants completed the study, the researcher thanked them for participating in the study. Before giving debriefing, the researcher asked them the following questions: “Have you had any relatives dying from cancer?”, “Does your family have a history of cancer?”, “Have you ever had an experience of tissue damage and anxiety related to this?”, “Have you ever had an experience of time management problem?” that were asked to see and control any possible effect of previous experience with these problems. These interviews lasted approximately 20 minutes and also, the total timing for participation lasted about one hour. Finally, to disclose the participants to the purpose of the study, the debriefing was given and all participants were requested not to talk about the research with other possible participants.

3.6. Data Analysis

Preparatory to main analyses, data screening process was completed. Participants who have not previously offered psychotherapy service and/or who are not currently offering psychotherapy service, who have not conducted at least 10 therapy sessions, who did not comply with the instructions of the study, such as rewinding the record during analogue session, excluded from the data set. After the result of several data screening criteria, further analyses were performed with 100 participants. Before the analyses were conducted, the researcher and assisting coder were coded the behavioral approach and avoidance responses of the participants and intraclass correlation coefficient (ICC) estimates were computed with two raters to assess the reliability of ratings.

All analyses (i.e., preliminary and main analyses) were run using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 22.0 (2013). Running descriptive statistics constituted the first step of data analysis. As a second step, several one-way Analysis of Variances (ANOVAs) were performed to determine differences between actress–order conditions in terms of dependent variables. Next, correlation analyses were performed to observe the associations among the study variables. Finally, three mixed-design ANOVAs were performed to test three sets of hypotheses for each of the dependent variables. Continuous variables (i.e., death anxiety and health behaviors) as between-groups factors were divided into high and low conditions by using median split technique before running the main analyses.

CHAPTER 4

RESULTS OF THE STUDY

4.1. Preliminary Data Analyses

The aim of the initial process at the start of the data analyses was to observe the descriptive statistics (i.e., central tendency and variability) of study main variables (i.e., death anxiety, health behaviors, cognitive recall, state anxiety, and behavioral avoidance), to see the differences among the actress–order conditions in terms of dependent variables (i.e., cognitive recall, state anxiety, and behavioral avoidance), and to determine associations among the study variables. Thus, this part includes the findings of descriptive analyses, a number of one-way Analysis of Variances (ANOVAs), and bivariate correlation analyses.

4.1.1. Descriptive Statistics for Study Variables. Table 3 presents detailed information about the statistics of central tendency (e.g., mean) and variability (e.g., standard deviation and range) for both independent variables (i.e., death anxiety and health behaviors) and dependent variables (i.e., cognitive recall, state anxiety, and behavioral avoidance). The statistics for dependent variables were presented separately for chronic and acute illness conditions.

Table 3

Descriptive Statistics for Study Main Variables

Variables	Central Tendency		Variability		
	Mean	Median	<i>SD</i>	Min.	Max.
Death Anxiety	47.28	46	17.38	12	92
Health Behaviors	128.03	126.50	17.88	87	171
Cognitive Recall					
Chronic Illness Condition	6.35	4	6.43	0	35
Acute Illness Condition	4.52	3	4.33	0	23
State Anxiety					
Chronic Illness Condition	6.25	6	9.63	-18	30
Acute Illness Condition	-2.84	-2	7.34	-24	16
Behavioral Avoidance (%)					
Chronic Illness Condition	41.32	33	27.89	0	100
Acute Illness Condition	20.28	17	20.18	0	83

4.1.2. Actress–Order Effects. In this part, a series of one-way Analysis of Variances (ANOVAs) were performed to test potential differences among actress–order levels based on each dependent variable (i.e., cognitive recall, state anxiety, and behavioral avoidance). Univariate analyses instead of *t* test analyses were conducted, because there were four possible conditions that had been counterbalanced in terms of actress and order issue. A total of six one-way ANOVAs was run, since there were two different scores for each of the three dependent variables obtained from acute and chronic illness conditions.

As shown in Table 4, no significant differences were found between four possible conditions in terms of the dimensions of the dependent variables. Table 4 provides access to the means and standard deviations of each dependent variable, and one-way ANOVA results for each dependent variable.

Table 4

Descriptive Statistics (Means and Standard Deviations in Parentheses) and One-Way ANOVA Results for Each Dependent Variable

	1 (A1→C2)	2 (C2→A1)	3 (A2→C1)	4 (C1→A2)	<i>F</i> (3, 96)	<i>p</i>
Cognitive Recall						
Chronic Illness Condition	6.12 (6.48)	6.08 (4.96)	6.84 (6.34)	6.38 (8.07)	.07	.97
Acute Illness Condition	3.56 (3.40)	4.19 (5.00)	5.00 (4.63)	5.38 (4.12)	.87	.46
State Anxiety						
Chronic Illness Condition	5.32 (9.61)	4.46 (11.71)	6.48 (9.03)	8.92 (7.55)	.99	.40
Acute Illness Condition	-.44 (8.01)	-5.58 (8.35)	-3.00 (6.18)	-2.21 (5.85)	2.24	.09
Behavioral Avoidance (%)						
Chronic Illness Condition	34.88 (25.18)	38.77 (29.59)	49.96 (26.78)	41.79 (29.21)	1.33	.27
Acute Illness Condition	17.00 (18.51)	22.69 (21.90)	18.40 (19.93)	23.04 (20.74)	.56	.64

Note. A1 refers to the acute illness condition acted by first actress, while A2 refers to the acute illness condition acted by second actress. C1 refers to the chronic illness condition acted by first actress, while C2 refers to the chronic illness condition acted by second actress. “→” symbolizes the direction of order for acute and chronic illness conditions.

4.1.3. Correlational Analyses. To examine the strengths of associations among the study variables, correlational analyses were performed (see Table 6). The findings demonstrated that cognitive recall score on chronic illness condition was positively associated with cognitive recall score on acute illness condition ($r = .49$, $p < .01$). In consideration of state anxiety variable, again, there was a positive association between both measurement scores on chronic and acute illness conditions ($r = .33$, $p < .01$). Moreover, when the association between behavioral avoid-

ance measurements was taken into consideration, the score on chronic illness condition was found to be positively correlated with the score on acute illness condition ($r = .35, p < .01$).

Table 5

Bivariate Correlation Coefficients of Study Variables

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Death Anxiety (1)	(.93)							
Health Behaviors (2)	.07	(.92)						
Cognitive Recall								
Chronic Illness Condition (3)	-.05	-.02	-					
Acute Illness Condition (4)	.06	.06	.49**	-				
State Anxiety								
Chronic Illness Condition (5)	.09	.05	-.08	-.11	(.93)			
Acute Illness Condition (6)	-.13	.07	.03	-.02	.33**	(.89)		
Behavioral Avoidance								
Chronic Illness Condition (7)	.13	.18	.02	.05	.09	.01	-	
Acute Illness Condition (8)	.10	.06	-.04	.06	.08	-.01	.35**	-

Note 1. * Correlation is significant at the .05 level (2-tailed), ** Correlation is significant at the .01 level (2-tailed)

Note 2. Values presented in the parentheses on the diagonal show the Cronbach's alpha coefficients of the study variables

4.2. Main Analyses

A 2(death anxiety) x 2(health behaviors) x 2(medical condition of the videotaped clients) mixed factorial analysis of variance (ANOVA) was used to examine the effects of death anxiety (high vs. low), health behaviors (high vs. low), and medical

condition of the videotaped clients (chronic illness vs. acute illness condition) on each dependent variable. According to Biskin's classification for analysis of multivariate model (1980), the present study may be a Class II study, in which a number of dependent measures (cognitive recall, state anxiety, and behavioral avoidance in the present study) conceptually makes the operationalization of one dependent variable (countertransference in the current study). In a Class II study, the associations among all dependent measures are expected to be existent and so, a multivariate analysis (MANOVA) is considered to be appropriate. As previously presented in Table 5, the dependent measures of the present study were not significantly correlated with each other. Non-existence of the relationships among dependent measures has a theoretical meaning that behavioral countertransference reactions (i.e., behavioral avoidance) have been seen as exterior reactions, while cognitive and affective countertransference reactions (i.e., cognitive recall and state anxiety) have been thought as interior reactions (Doschek, 2006). That is to say, a therapist might show no behavioral countertransference in spite of cognitive and affective countertransference experience in the session. Further to that, although a therapist might feel anxious in the session, concentrating more on that times to client's speech might lead to an accurate recall of the material. Eventually, despite the fact that cognitive, affective, and behavioral countertransference reactions are considered as different elements of a single variable (i.e., countertransference manifestations), they are theoretically separate manifestations of countertransference. Therefore, univariate analyses were chosen as the statistical method of the study instead of multivariate analyses.

The present study tested 4 sets of hypotheses, including three sets of main effect hypotheses and one set of interaction effect hypotheses (see Table 6). According to first set of hypotheses, main effect of death anxiety on different elements of countertransference (i.e., cognitive, affective, and behavioral countertransference) was not significant, $F(1, 94) = .97, p > .05$; $F(1, 94) = 2.59, p > .05$; $F(1, 94) = .72, p >$

.05, respectively, suggesting that (when the medical condition of the clients is ignored) therapists with different levels of death anxiety did not differ on cognitive distortion, state anxiety, and behavioral avoidance scores.

The second set of main effect hypotheses, proposing the main effect of health behaviors (high vs. low) on countertransference measures (i.e., cognitive, affective, and behavioral countertransference) was also not significant, $F(1, 94) = .91, p > .05$; $F(1, 94) = .06, p > .05$; $F(1, 94) = 2.42, p > .05$, respectively, suggesting that (when the medical condition of the clients is ignored) cognitive distortion, state anxiety, and behavioral avoidance scores were not significantly different between the therapists with high levels of health behaviors and the therapists with low levels of health behaviors.

For the third set of main effect hypotheses, the findings of mixed factorial ANOVA revealed that there was no significant main effect of medical condition of clients (acute vs. chronic) on countertransference measures (i.e., cognitive, affective, and behavioral countertransference), $F(1, 94) = .05, p > .05$; $F(1, 94) = .69, p > .05$; $F(1, 94) = .51, p > .05$, respectively, indicating that cognitive distortion, state anxiety, and behavioral avoidance scores of therapists were not significantly different between acute and chronic illness conditions.

The fourth set of hypotheses proposed interaction effects of death anxiety level, health behaviors level, and medical condition of clients on countertransference elements (i.e., cognitive, affective, and behavioral countertransference). The first interaction effect sub-hypothesis, proposing the interaction effect of death anxiety and medical condition of clients on countertransference elements was not significant for cognitive and behavioral countertransference measures, $F(1, 94) = .68, p > .05$; $F(1, 94) = .78, p > .05$, respectively. On the other hand, the interaction effect of death anxiety and medical condition of clients on affective countertransference was significant, $F(1, 94) = 6.44, p < .05$, suggesting that the effect of death anxiety on therapists' state anxiety levels depended on the medical condition of clients (see

Figure 1). More specifically, at acute illness condition, state anxiety levels were very similar between the therapists in high ($m = -2.82, sd = 1.05$) and low death anxiety levels ($m = -2.63, sd = 1.12$). At chronic illness condition, however, therapists with high death anxiety levels ($m = 8.50, sd = 1.34$) reported significantly greater state anxiety than the therapists with low death anxiety levels ($m = 3.53, sd = 1.43$).

The second interaction effect sub-hypothesis proposing the interaction effect of health behaviors and medical condition of clients on countertransference elements was not significant for cognitive, affective, and behavioral countertransference measures, $F(1, 94) = .51, p > .05$; $F(1, 94) = 1.12, p > .05$; $F(1, 94) = 1.42, p > .05$, respectively.

As a last interaction effect hypothesis, the interaction effect of death anxiety, health behaviors, and medical condition of clients on countertransference elements was examined and no significant interaction effect was found for cognitive, affective, and behavioral countertransference measures, $F(1, 94) = 1.45, p > .05$; $F(1, 94) = 1.97, p > .05$; $F(1, 94) = .01, p > .05$, respectively.

Table 6

Analysis of Variance Results for Main Effects and Interaction Effects of Death Anxiety, Health Behaviors, and Medical Condition of the Clients on Cognitive, Affective, and Behavioral Countertransference Reactions

Variable	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	η^2
Cognitive Recall				
Main Effect of Death Anxiety (DA)	1	1.42	.98	.01
Main Effect of Health Behaviors (HB)	1	1.33	.91	.01
Main Effect of Medical Condition of Clients (MC)	1	.03	.05	.00
DA X MC	1	.36	.68	.01
HB X MC	1	.27	.51	.01
DA X HB X MC	1	.76	1.45	.02
Within-cells Error	94	.52		
State Anxiety				
Main Effect of Death Anxiety (DA)	1	254.79	2.59	.03
Main Effect of Health Behaviors (HB)	1	5.93	.06	.00
Main Effect of Medical Condition of Clients (MC)	1	31.80	.69	.01
DA X MC	1	297.08	6.44*	.06
HB X MC	1	51.44	1.12	.01
DA X HB X MC	1	90.75	1.97	.02
Within-cells Error	94	46.11		
Behavioral Avoidance				
Main Effect of Death Anxiety (DA)	1	568.43	.72	.01
Main Effect of Health Behaviors (HB)	1	1912.86	2.42	.03
Main Effect of Medical Condition of Clients (MC)	1	207.78	.51	.01
DA X MC	1	314.13	.78	.01
HB X MC	1	574.51	1.42	.02
DA X HB X MC	1	3.69	.01	.00
Within-cells Error	94	404.36		

Note. * $p < .05$.

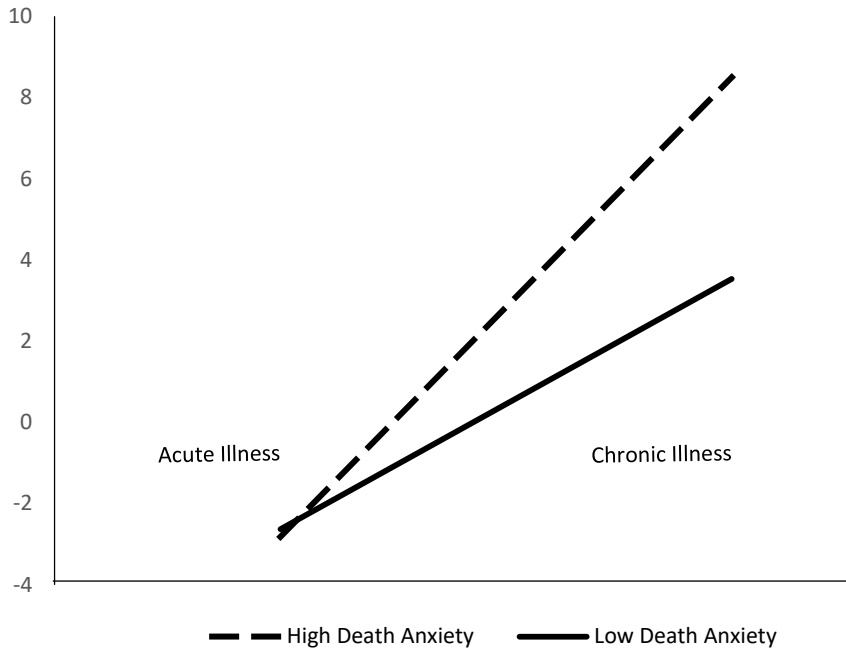


Figure 1. *State anxiety level as a function of medical condition of clients and death anxiety level in a sample of 100 therapists*

CHAPTER 5

DISCUSSION

Clinical reports offer that therapists have powerful and sometimes hard-to-manage reactions to patients with chronic/terminal illnesses (Goodheart & Lansing, 1997), however, empirical research on these reactions of therapists is considerably lacking. The purpose of the present study was to explore cognitive, emotional, and behavioral responses, in other words, countertransference (CT) reactions of the therapists while working with chronically/terminally ill patients, and to determine the effects of both therapist- and patient-related variables on these reactions. Particularly, the present study proposed to find out the influence of both patients' medical conditions and therapists' death anxiety and health behaviors on therapists' countertransference manifestations.

5.1. Findings of the Present Study

In this section, the findings of the present study will be discussed in the light of the literature. Specifically, the review of the hypotheses, the findings for the main effects of the both patients' medical conditions and therapists' death anxiety and health behaviors, the findings for the interaction effect of the patients' medical conditions and therapists' death anxiety and health behaviors, and discussions on these findings are the subjects of this section. Next, the importance, strengths, and limitations of the present study, and the possible implications of the findings, as well as recommendations for future research will be discussed.

5.1.1. The Main Effect of Patient Factor. Patients' medical conditions, operationalized as having chronic/terminal vs. acute illnesses, did not have a significant effect on therapists' countertransference manifestations. It was hypothesized that therapists would experience significantly more countertransference with chronically/terminally ill patient than with acutely ill patient. In the present study, despite the fact that therapists exhibited more cognitive distortions, affective arousal, and behavioral avoidance with the chronically ill patient than acutely ill patient, the differences between therapists' incorrect recall, state anxiety, and avoidance scores toward chronically vs. acutely ill patients were not significant. There are many possible explanations for the rejection of this hypothesis.

A possible reason for the rejection of this hypothesis might be that the hypothesized effect does not actually exist. Medical conditions of the clients (i.e., chronic/terminal vs. acute illness) might not have any influence on therapists' cognitive, affective, and behavioral countertransference experience and manifestations. The correlational analyses in the present study showed that there were significant and positive associations between the therapists' cognitive recall, state anxiety, and behavioral avoidance scores in chronic illness and acute illness conditions ($r = .49, p < .01$; $r = .33, p < .01$; $r = .35, p < .01$), respectively. Even though the strength of the agreement between the scores of the same measures at different conditions was relatively weak or moderate, these coefficients suggested a consistency between the therapists' cognitive, affective, and behavioral responses given in different settings/conditions. Thus, independently from patients' medical conditions, there could be some potential therapist factors (e.g., empathy, conceptualizing skills) explaining their consistent CT responses.

Another possible explanation for the similarity of therapists' CT reactions given to chronic and acute illness conditions might be another therapist factor. All of the participant therapists reported that it was their first experience with an audio-visual analogue study. This novel experience might have given rise to performance anxiety in the therapists. For example, one of the therapists in the present study stated, "I

thought that the aim of the study was to evaluate therapist performance. At times I was so busy with trying to be a good therapist that I hardly focused on the client's concern". In parallel with the statement of our participant therapist, Skovholt and Ronnestad (2003) argued that the therapists' self-conscious anxieties lead them to focus on themselves rather than the client, which adversely influences their work quality. With pervasive performance anxiety, therapists direct their attention toward decreasing the externally visible effects (e.g., shaking and wet hands, unsteady voice pitch) of their anxiety and reducing the internal form of it. At times like this, their anxiety prevents the therapists from directing their attention to optimally relating to the clients. Accordingly, this unexpected finding might be the result of therapists' performance anxiety. The difficulty they had in focusing on the clients' concerns or on the study task as a result of performance anxiety might have led them to give similar cognitive, affective, and behavioral responses to both chronically and acutely ill patients.

5.1.2. The Main Effects of Therapist Factors. In the present study, therapists factors were specified as their death anxiety and health behaviors. Specifically, therapists' death anxiety as measured by the Thorson-Powell's Death Anxiety Scale (DAS) did not have a significant effect on therapists' countertransference manifestations. It was hypothesized that therapists' death anxiety would be positively and significantly associated with their affective arousal, cognitive distortions, and behavioral avoidance. Additionally, therapists' health behaviors as measured by Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II) did not have a significant impact on therapists' countertransference manifestations. The expected result was that therapists' health behaviors would be negatively and significantly associated with their affective arousal, cognitive distortion, and behavioral avoidance. The theory behind these expectations was that countertransference arises when the client material (i.e., health related concerns) touches on the unresolved therapist issues (i.e., death anxiety and health behaviors). Therefore, it was expected that therapists with higher death anxiety would give more countertransference reactions during the analogue sessions. Moreover, it was expected that therapists with lower levels of

health behaviors would experience more countertransference in the analogue sessions. There are some possible explanations in regard to these null findings.

When the start and the completion dates of the present study were taken into consideration (10th of April and 28th of July, 2016), it was a period during which many losses and numerous security threats were experienced in Turkey. According to an independent internet news report published on 29th of June, 2016 by Çetin, within the last one year, suicide bomb and car bomb attacks were organized for 17 times in Turkey, in which a total of 298 people, including policemen, soldiers, and civilians, were killed and nearly 1000 injured. Among these attacks, three of them, the closest one in March 2016, were carried out in Ankara, the capital city of Turkey where most of the participants of the study were living. Apart from these major attacks, while the data collection process was in progress, on 15th of July, Turkey witnessed a coup attempt in Ankara, in which the human cost was immense. Oberg (2013) argued that events beyond our control, causing many people to die at the same time and being committed by other human beings, cause psychological devastation. Moreover, the negative impact of the traumatic events on physical health has been the subject of many studies (e.g., Flett, Kazantzis, Long, MacDonald, & Millar, 2002; Ullman & Siegel, 1996). These life threatening events in the country might have led to an increase in all therapists' awareness about the psychological and physical problems relevant to death and health concerns.

Due to their sensitivity to mental health concerns, the therapists in the current study might have been particularly affected by these life threatening events. Working with individuals who were exposed to these traumatic events -incidents that cause physical, emotional, or psychological harm- might have kept the therapists of the present study in countenance to think and work through their own death and health related concerns. Even if they did not offer psychotherapy service to these individuals, the need to talk about and discuss how they felt through these traumatic events was the agenda of many therapists as human beings.

Moreover, many graduate programs encourage their trainees to undertake their own personal therapy. With or without the clinical practice and/or the impacts of life threatening events, the therapists of the present study might have already chewed over their own issues relevant to death and/or health in their own personal therapy, or they might be partly and sufficiently aware of these issues so that they could successfully control their CT manifestations.

5.1.3. The Interaction of Patients' Medical Condition with Therapists' Death Anxiety and Health Behaviors. Firstly, the interaction effect of patients' medical condition and therapists' death anxiety on countertransference manifestations was not significant for cognitive and behavioral countertransference reactions. These findings were inconsistent with the study's hypotheses. It was expected that therapists with both high and low death anxiety levels would have more cognitive distortions and behavioral avoidance in response to the chronically ill patient condition. However, this increase would be expected to be higher for therapists with high death anxiety levels. On the other hand, the interaction effect of therapists' death anxiety and medical condition of clients on affective countertransference manifestation (i.e., state anxiety) was significant, indicating that the effect of therapists' death anxiety on their state anxiety levels depended on the medical condition of clients. More specifically, therapists with high death anxiety had significantly higher state anxiety with chronically ill patient ($m = 8.50, sd = 1.34$) than with acutely ill patient ($m = -2.82, sd = 1.05$), while therapists with low death anxiety levels had slightly less state anxiety with acutely ill patient ($m = -2.63, sd = 1.12$) than chronically ill patient ($m = 3.53, sd = 1.43$). Thus, this finding confirmed one of the present study's hypotheses. It is also in line with the literature (e.g., Mohr, Gelso, & Hill, 2005) and supports the Gelso and Hayes's *countertransference interaction hypothesis* (2007). As previously mentioned, according to Gelso and Hayes (2007), the interaction between therapists' factor (origin; death anxiety in the present study) and therapy or client factor (trigger; medical condition of the clients in the present study) is likely to cause countertransference.

Secondly, the interaction effect of patients' medical conditions and therapists' health behaviors on countertransference manifestations were not significant. These findings were also contradicting with the study's hypotheses. It was expected that therapists with both high and low health behaviors levels would have higher cognitive distortions, state anxiety and behavioral avoidance scores in response to the chronically ill patient condition. However, this increase would be higher for therapists with low health behaviors levels.

Lastly, contrary to our expectations, the interaction effect of patients' medical conditions and therapists' both death anxiety and health behaviors on their countertransference manifestations were not significant. It was expected that therapists with both different levels of death anxiety and different levels of health behaviors would have higher cognitive distortions, state anxiety and behavioral avoidance scores in response to chronically ill patient condition. However, this increase would be higher for therapists with high death anxiety and low health behaviors levels.

When these unexpected results were taken into consideration together, they can be interpreted as follows. First, Thorson-Powell's (DAS) and HPLP-II scores of the therapists as their death anxiety and health behaviors scores were entered into analyses by arbitrarily dividing the sample into high and low groups. This procedure might have caused information loss and may not represent the underlying nature of the variables. Statistically, it was reported that dividing a continuous variable into groups causes power loss (Newton & Rudestam, 2013). Although we looked for a "natural" dividing point (i.e., median split), high and low groups on these continuous variables may not have represented those distinctions in the real world.

Another explanation for these unexpected findings can be as follows: Some of the therapists in the present study reported after the chronic illness condition that they reconsidered on their risky health behaviors and thought about their own and relatives' death. However, their existing health compromising behaviors and death

anxiety may not be strong enough to prevent their management of countertransference when they saw and interacted with a client presenting emotions about her risky health behaviors and death anxiety. When the nature of this particular sample was taken into consideration, all therapists in the present study have taken supervision relevant to their clinical practices up till the present study that might have enabled them to manage their countertransference in a reasonable way. In addition to their supervision experience, some management factors as discussed in Chapter 2 might have had a protective role in this particular sample of the subjects.

5.1.4. The Importance and Contributions of the Current Study. This dissertation aimed to explore the effects of both patients' medical conditions and therapists' death anxiety and health behaviors on affective, cognitive, and behavioral countertransference reactions of therapists. To the best of our knowledge, there has been no study that proposed a countertransference interaction hypothesis including patients' medical conditions and therapists' death anxiety and health behaviors together to determine their effects on countertransference reactions. Therefore, this study was a pioneer with its focus on countertransference reactions to mainly chronically/terminally ill patients as a function of therapists' death anxiety and health behaviors. Even though countertransference reactions of the therapists toward different groups have been studied before, how countertransference manifests itself while working with chronically/terminally ill patients as a specific group was one of the main concerns of the present study. Regarding the effects of therapists' death anxiety and health behaviors on countertransference reactions toward this specific group was one of the novelties of this dissertation.

As the research on countertransference has accelerated and evolved to the position of having an identity in psychotherapy research for the past two decades, Gelso and Hayes (2007) used the term "adolescence" to describe the stage of research progress on countertransference. However, they thought that this identity is frequently not clear enough and sometimes disoriented. Therefore, there is still need for more research to clarify and mature the concept of countertransference. When we looked

at the Turkish literature, no empirical research on countertransference reactions of Turkish therapists could be found. Thus, it can be suggested that this field of research in our country is still in its infancy. Undoubtedly, there is an interaction of culture and countertransference to the point that it permits or restricts us to express our emotions accurately to the client. Therefore, examination of countertransference in different cultural context seems to be critical. Being a first study examining countertransference reactions of Turkish therapists, this dissertation contributed to the Turkish psychology literature. Also, conducting a clinical psychology research with such a specific and hard-to-reach sample, rather than with undergraduate students was among the strengths of the present study.

Without having learned all the complexities of countertransference, it is not possible for therapists to achieve both an enhanced experience of the self to nurture and to use it in the therapeutic relationship (Goodheart & Lansing, 1997). Becoming aware of countertransference and its components helps practitioners to gather information about the texts and subtexts of the psychotherapy that is not possible in any other context. Therefore, regardless of the theoretical orientation of the therapist, it is a plentiful way of considering for all therapists to contemplate on countertransference. Once it is understood, it is possible to plan a treatment in which an efficient, on target course of action is possible.

Demonstrating countertransference reactions may lead to many negative outcomes (Harbin, 2004). For example, therapists exhibiting countertransference behaviors are more likely to have poorer therapy outcomes and weaker working alliances with their clients (Hayes, Riker, & Ingram, 1997; Ligiero & Gelso, 2002). Even small units of countertransference behavior may lead to poorer outcomes (Friedman & Gelso, 2000). Thus, the present study seems to be especially important in its focus on potential problems that might arise while treating chronically ill patients and prevent the effectiveness of the treatment.

5.1.5. Limitations and Directions for Future Research. The current study is not without its limitations. One of these limitations is that the present research was a laboratory analogue study. Therefore, the question of generalizability of the findings to actual therapy dyads arises. On the other hand, there were some steps taken to increase study's external validity. As an example, differently from previous analogue studies examining countertransference with a similar methodology (e.g., Gelso et al., 1995; Hayes & Gelso, 1993; Latts & Gelso, 1995), the participant therapists in the present study watched and interacted with videotaped patients when there was no other person (including the researcher) in the laboratory room. Thus, they might have felt more comfortable in the laboratory setting; they might have even felt as if they were in an actual therapy session. They also read case summaries of the clients before they watched the videotapes and they were instructed to suppose as if they had previously conducted four psychotherapy sessions with those clients. Additionally, to make the analogues as realistic as possible, a video analogue was preferred instead of an audio one.

Another possible limitation of the current research is the reliability of the cognitive recall measure. Being free from the socially desirable responses (that therapists might have displayed on affective [i.e., self-reported anxiety] and behavioral measures [i.e., verbal responses]) renders the way we measured cognitive CT reactions appealing. As mentioned before, Gelso, Fassinger, Gomez, and Latts (1995) used the same methodology in their studies to assess cognitive component of CT and confirmed their hypotheses. They found that as compared to men therapists women therapists were more likely to inaccurately recall the number of sexual words that a lesbian client used in the videotape, whereas errors in recalling were not different for women and men therapists who saw a heterosexual women client. Nevertheless, to the best of our knowledge, there has been no other study confirming their hypotheses by using cognitive recall measure (e.g., Doschek, 2006; Gelso & Latts, 1995; Harbin, 2004; Hayes & Gelso, 1993). Accordingly, apart from cognitive countertransference experience, participant therapists might have under or over recalled the number of words that clients used in videotapes for several other

reasons. For example, tiredness might have caused them to hardly recall the number of words used in the videotapes. Due to their tiredness, they might not be able to pay attention to the material presented in the videos; so they might have experienced some difficulty in encoding the client material. However, finding all of the underlying causes of under- or over-recall seems to be almost impossible. Moreover, to prevent individual differences between therapists like their tiredness, the present study utilized a within subject design in which every single therapist is subjected to every single condition. In order to overcome the potential limitation of carry over effect due to the nature of the experimental design, both the questionnaires and the conditions were presented to the participants in a counterbalanced order; which was one of the strengths of the present study.

Other limitations of the present study are insufficient number of male therapists ($n = 11$, % 11) and unequal number of therapists with different theoretical orientations. Accordingly, the present study could not explore the possible differences between male and female therapists and among the therapists with different theoretical orientations in terms of study variables. Thus, to determine whether there are any gender differences or theoretical orientation differences in terms of countertransference reactions toward chronically/terminally ill patients, future studies are suggested to address these limitations by recruiting more male therapists and therapists with different theoretical orientations.

Other limitations of the present study were about the possible effects of a confounding variable (i.e., clients' background information) and the researcher. First, although it was our preference that the background information of chronically and acutely ill patients were not identical, it might have affected the CT reactions apart from effects of independent variables. Second, the researcher of the present study has already met nearly all participant therapists; thus, she might have unintentionally influenced them through her behaviors. Future studies are suggested to consider these limitations by controlling possible confounding variables and maybe employing a laboratory assistant who is not familiar with the participants.

For the future studies, methodological diversity, specifically qualitative research, is recommended to deeply understand the therapists' own views about their countertransference experiences. According to our observations, after giving debriefing information to participant therapists, they were more open and willing to give detailed information about their experiences. What is more, in these dialogues the researcher obtained more detailed information on therapists' feelings, and also, she saw how they managed their reactions as professional helpers. Further qualitative studies might uncover therapists' characteristics that make their countertransference reactions less likely to occur and/or help them to manage their CT reactions more effectively.

As discussed earlier in this chapter, experience (e.g., supervision and psychotherapy) might have helped participant therapists in successfully managing their countertransference reactions. Thereby, future research can also investigate the potential impact of experience by recruiting both experienced and inexperienced therapists and comparing their CT reactions. We have also discussed the protective role of some therapist factors (i.e., self-insight, self-integration, empathy, anxiety management, and conceptualizing skills) in countertransference management. Thus, another area of investigation in countertransference research can be understanding the role of these variables in preventing countertransference reactions. Finally, there has been a lack of instrument assessing countertransference management factors in Turkish culture. Thus, the translation and validation of Countertransference Factors Inventory (CFI; Van Wagoner, Gelso, Hayes, & Diemer, 1991) with Turkish practitioners is highly recommended for future studies.

REFERENCES

- Akın, A. (2010). Two-dimensional social desirability scale: The study of validity and reliability. *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 30(3), 771–784.
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., & Kıssal, A. (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 1–13.
- Bandura, A. (1956). Psychotherapists' anxiety level, self-insight, and psychotherapeutic competence. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 52(3), 333–337. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0043075>
- Bandura, A., Lipsher, D. H., & Miller, P. E. (1960). Psychotherapists' approach-avoidance reactions to patients' expressions of hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 24(1), 1–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0043403>
- Belviso, F. (2010). *Experiential avoidance and death anxiety of beginning therapists: The impact on theoretical orientation* (Unpublished doctoral dissertation). The Chicago School of Professional Psychology, Chicago, United States.
- Bergner, S. (2011). Seductive symbolism: Psychoanalysis in the context of oncology. *Psychoanalytic Psychology*, 28(2), 267–292. doi: [10.1037/a0021076](http://dx.doi.org/10.1037/a0021076)
- Birmelé, B., Le Gall, A., Sautenet, B., Aguerre, C., & Camus, V. (2012). Clinical, sociodemographic, and psychological correlates of health-related quality of life in chronic hemodialysis patients. *Psychosomatics*, 53(1), 30–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psych.2011.07.002>
- Biskin, B. H. (1980). Multivariate analysis in experimental counseling research. *The Counseling Psychologist*, 8(4), 69–72. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/001100008000800422>

- Bordin, E. S. (1965). Simplification as a strategy for research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 29*(6), 493–503. doi:10.1037/h0022760
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain, 10*(4), 287–333. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009
- Brown, C. (2006). Death anxiety and attitudes toward the older adult among psychotherapists. *Dissertation Abstracts International, 66*, 4474.
- Brown, S. D., & Lent, R. W. (2008). *Handbook of Counseling Psychology* (4rd ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Burwell-Pender, L., & Halinski, K. H. (2008). Enhanced awareness of countertransference. *Journal of Professional Counseling: Practice, Theory, and Research, 36*(2), 38–59.
- Campbell, C., & McGauley, G. (2005). Doctor-patient relationships in chronic illness: Insights from forensic psychiatry. *British Medical Journal, 330*(7492), 667–670. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7492.667>
- Casement, P. (1985). *Learning from the patient*. London: Routledge.
- Chang, E., & Johnson, A. (2013). *Chronic illness and disability* (2nd ed.). Australia: Churchill Livingstone.
- Cohen, A. (1976). The impact of the death of a group member on a therapy group. *International Journal of Group Psychotherapy, 26*(2), 203–212.
- Cohen, M. B. (1952). Countertransference and anxiety. *Psychiatry, 15*(3), 231–245. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/00332747.1952.11022877>
- Coren, S. (2015). Understanding and using enactments to further clinical work: A case study of a man unable to experience intimacy. *Journal of Clinical Psychology, 71*(5), 478–490. doi: 10.1002/jclp.22184

Culkin, J. (2002). Psychotherapy with the dying patient. In Pecorino, P. (Ed.) *Perspectives on death and dying: An online Textbook* (5th ed.). Available from:
http://www2.sunysuffolk.edu/pecorip/SCCCWEB/ETEXTS/DeathandDying_TEXT/Culkin.htm [Accessed August 02, 2017].

Cutler, R. L. (1958). Countertransference effects in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 22(5), 349–356.

Çetin, R. (2016, June 29). Bir yılda 17 bombalı saldırı; 298 kişi öldü, bine yakın insan yaralandı! *T24 Bağımsız İnternet Gazetesi*. Retrieved from
<http://t24.com.tr/haber/1-yilda-17-bombali-saldiri-294-kisi-oldu-bine-yakin-insan-yaralandi,347661>

Doschek, E. E. (2006). *Women counselors' countertransference reactions to women clients with body image disturbance* (Unpublished master's thesis). University of Maryland, Maryland, USA.

Fauth, J., & Hayes, J. A. (2006). Counselors' stress appraisals as predictors of countertransference behavior with male clients. *Journal of Counseling and Development*, 84(4), 430–439. doi: 10.1002/j.1556-6678.2006.tb00427.x

Ferlic, M., Goldman, A., & Kennedy, B. J. (1979). Group counseling in adult patients with advanced cancer. *Cancer*, 43(2), 760–766. doi: 10.1002/1097-0142(197902)43:2<760::AID-CNCR2820430253>3.0.CO;2-K

Flett, R. A., Kazantzis, N., Long, N. R., MacDonald, C., & Millar, M. (2002). Traumatic events and physical health in a New Zealand community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 15(4), 303–312. doi: 10.1023/A:1016251828407

Friedman, S. M., & Gelso, C. J. (2000). The development of the inventory of countertransference behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 56(9), 1221–1235. doi: 10.1002/1097-4679(200009)56:9<1221::AID-JCLP8>3.0.CO;2-W

Fugeri, L. (1978). The celebration of death in group process. *Clinical Social Work Journal*, 6(2), 90–99. doi: <https://doi.org/10.1007/BF00756497>

- Fugeri, L. (1981). Cancer as a treatment destructive resistance in group psychotherapy. In J. Goldberg (Ed.), *Cancer a treatment destructive resistance in group therapy* (pp. 228–245). New York: Free Press.
- Gabbard, G. O. (2001). A contemporary psychoanalytic model of countertransference. *Journal of Clinical Psychology, 57*(8), 983–991. doi: 10.1002/jclp.1065
- Gabbard, G. O. (2004). *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Gabriel, M. A. (1991). Group therapists' countertransference reactions to multiple deaths from aids. *Clinical Social Work Journal, 19*(3), 279–292. doi: <https://doi.org/10.1007/BF00754724>
- Gelso, C. J., Fassinger, R. E., Gomez, M. J., & Latts, M. G. (1995). Countertransference reactions to lesbian clients: The role of homophobia, counselor gender, and countertransference management. *Journal of Counseling Psychology, 42*(3), 356–364. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.42.3.356>
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2002). The management of countertransference. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 267–285). New York: Oxford University Press.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. Manwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Gelso, C. J., Latts, M. G., Gomez, M. J., & Fassinger, R. E. (2002). Countertransference management and therapy outcome: An initial evaluation. *Journal of Clinical Psychology, 58*(7), 861–867. doi: 10.1002/jclp.2010
- Goldstein, A. P., Heller, K., & Sechrest, L. B. (1966). *Psychotherapy and the psychology of behavior change*. New York: Wiley.

- Goodheart, C. D., & Lansing, M. H. (1997). *Treating people with chronic disease: A psychological guide*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gordon, R. M., Gazzillo, F., Blake, A., Bornstein, R. F., Etzi, J., Lingardi, V., ... Tasso, A. F. (2016). The relationship between theoretical orientation and countertransference expectations: Implications for ethical dilemmas and risk management. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *23*(3), 236–245. doi: 10.1002/cpp.1951
- Harbin, J. M. (2004). *Countertransference reactions in a cross racial dyad: The role of therapist universal diverse orientation and presentation of client strengths* (Unpublished master's thesis). University of Maryland, Maryland, USA.
- Harris, A. H. S. (1999). Incidence and impacts of psychotherapists' feelings toward their clients: A review of the empirical literature. *Counseling Psychology Quarterly*, *12*(4), 363–375. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09515079908254106>
- Hayes, J. A. (1995). Countertransference in group psychotherapy: Waking a sleeping dog. *International Journal of Group Psychotherapy*, *45*(4), 521–535. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/00207284.1995.11491301>
- Hayes, J. A. (2004). The inner world of the psychotherapist: a program of research on countertransference. *Psychotherapy Research*, *14*(1), 21–36. doi: 10.1093/ptr/kph002
- Hayes, J. A., & Gelso, C. J. (1991). Effects of therapist-trainees' anxiety and empathy on countertransference behavior. *Journal of Clinical Psychology*, *47*(2), 284–290. doi: 10.1002/1097-4679(199103)47:2<284::AID-JCLP2270470216>3.0.CO;2-N
- Hayes, J. A., & Gelso, C. J. (1993). Counselors' discomfort with gay and HIV-infected clients. *Journal of Counseling Psychology*, *40*(1), 86–93. doi: 10.1037/0022-0167.40.1.86
- Hayes, J. A., & Gelso, C. J. (2001). Clinical implications of research on countertransference: Science informing practice. *Journal of Clinical Psychology/In Session*, *57*(8), 1041–1051. doi: 10.1002/jclp.1072

- Hayes, J. A., Gelso, C. J., & Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy, 48*(1), 88–97. doi: 10.1037/a0022182
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., Van Wagoner, S. L., & Diemer, R. A. (1991). Managing countertransference: What the experts think. *Psychological Reports, 69*(1), 139–148. doi: 10.2466/pr0.1991.69.1.139
- Hayes, J. A., McCracken, J. E., McClanahan, M. K., Hill, C. E., Harp, J. S., & Carozzoni, P. (1998). Therapist perspectives on countertransference: Qualitative data in search of a theory. *Journal of Counseling Psychology, 45*(4), 468–482. doi: 10.1037/0022-0167.45.4.468
- Hayes, J. A., Riker, J. B., & Ingram, K. M. (1997). Countertransference behavior and management in brief counseling: A field study. *Psychotherapy Research, 7*(2), 145–154. doi: 10.1080/10503309712331331933
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psycho-Analysis, 31*, 81–84.
- Henoch, I., & Danielson, E. (2009). Existential concerns among patients with cancer and interventions to meet them: An integrative literature review. *Psychooncology, 18*(3), 225–236. doi: 10.1002/pon.1424
- Heppner, P. P., Wampold, B. E., & Kivlighan, D. M., Jr. (2008). *Research design in counseling* (3rd ed.). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
- Hill, C. E. (1986). An overview of the Hill counselor and client verbal response mode category systems. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research hand- book* (pp. 131–161). New York: The Guilford Press.
- Hill, C. E. (1992). An overview of four measures developed to test the Hill process model: Therapist intentions, therapist response modes, client reactions, and client behaviors. *Journal of Counseling and Development, 70*(6), 729–737. doi: 10.1002/j.1556-6676.1992.tb02156.x
- Hill, C. E., Siegelman, L., Gronsky, B., Sturniolo, R., & Fretz, B. R. (1981). Nonverbal communication and counseling outcome. *Journal of Counseling Psychology, 28*(3), 203–212. doi: 10.1037//0022-0167.28.3.203

- Houtum, L., Rijken, M., & Groenewegen, P. (2015). Do everyday problems of people with chronic illness interfere with their disease management? *BMC Public Health*, *15*(1), 1–9. doi: 10.1186/s12889-015-2303-3
- IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Karaca, F., & Yıldız, M. (2001). Thorson-Powell ölüm kaygısı ölçeğinin Türkçe çevirisinin normal popülasyonda geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Tabula-Rasa*, *1*(1), 43–55.
- Karner-Hutuleac, A. (2012). Health related quality of life of diabetic and chronic renal failure patients. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, *33*, 85–89. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.01.088
- Kernberg, O. (1965). Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *13*(1), 38–56.
- Lambert, M. J., Bergin, A. E., & Collins, J. L. (1977). Psychotherapist-induced deterioration in psychotherapy. In A. S. Gurman & A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 452–481). New York: Pergamon Press.
- Latts, M. G., & Gelso, C. J. (1995). Countertransference behavior and management with survivors of sexual assault. *Psychotherapy*, *32*(3), 405–415. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.32.3.405>
- LeCompte, A., & Öner, N. (1983). *Durumluk-sürekli kaygı envanteri el kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Lecours, S., Bouchard, M. A., & Normandin, L. (1995). Countertransference as the therapist's mental activity: Experience and gender differences among psychoanalytically oriented psychologists. *Psychoanalytic Psychology*, *12*(2), 259–279. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0079634>
- Lehto, R., & Therrien, B. (2010). Death concerns among individuals newly diagnosed with lung cancer. *Death Studies*, *34*(10), 931–946. doi: 10.1080/07481181003765477

- LeMay, K., & Wilson, K. G. (2008). Treatment of existential distress in life threatening illness: A review of manualized interventions. *Clinical Psychology Review, 28*(3), 472–493. doi: 10.1016/j.cpr.2007.07.013
- Ligiero, D. P., & Gelso, C. J. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapist's contribution. *Psychotherapy, 39*(1), 3–11. doi: 10.1037/0033-3204.39.1.3
- Little, M. (1951). Counter-transference and the patient's response to it. *International Journal of Psycho-Analysis, 32*, 32–40.
- LoConte, N. K., Else-Quest, N. M., Eickhoff, J., Hyde, J., & Schiller, J. H. (2008). Assessment of guilt and shame in patients with non-small-cell lung cancer compared with patients with breast and prostate cancer. *Clinical Lung Cancer, 9*(3), 171–178. doi: 10.3816/CLC.2008.n.026
- Maroda, K. (2004). *The power of countertransference: Innovations in analytic technique* (2nd ed.). Analytic Press: Hillsdale NJ and London.
- Maunder, J. (2010). *How do therapists make sense of their reactions towards clients: An interpretative phenomenological analysis* (Unpublished professional doctoral dissertation). University of East London, London, United Kingdom.
- McClure, B. A., & Hodge, R. W. (1987). Measuring countertransference and attitude in therapeutic relationships. *Psychotherapy, 24*(3), 325–335. doi: 10.1037/h0085723
- McKercher, C., Sanderson, K., & Jose, M. D. (2013). Psychosocial factors in people with chronic kidney disease prior to renal replacement therapy. *Nephrology, 18*(9), 585–591. doi:10.1111/nep.12138
- Mitchell, S.A. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Mohr, J. J., Gelso, C. J., & Hill, C. E. (2005). Client and counselor trainee attachment as predictors of session evaluation and countertransference behavior in first counseling sessions. *Journal of Counseling Psychology, 52*(3), 298–309.

- Moore, C. C., & Williamson, J. B. (2003). The universal fear of death and the cultural response. In C. D. Bryant (Ed.), *Handbook of death & dying* (pp. 3–13). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Newton, R. R., & Rudestam, K. E. (2013). *Your statistical consultant: Answers to your data analysis questions* (2nd ed.). USA: Sage Publications.
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. New York: Oxford University Press.
- Oberg, B. (2013, April 23). When Tragedy Strikes: How to Emotionally Handle Disaster. *Healthy Place*. Retrieved from <http://www.healthyplace.com/blogs/borderline/2013/04/when-tragedy-strikes-how-to-handle-disaster/>
- Peabody, S. A., & Gelso, C. J. (1982). Countertransference and empathy: The complex relationship between two divergent concepts in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 29(3), 240–245. doi: 10.1037/0022-0167.29.3.240
- Pope, K. S., Sonne, J. L., & Greene, B. (2006). *What therapists don't talk about and why: Understanding taboos that hurt us and our clients*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Racker, H. (1957). The meanings and uses of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, 26(3), 303–357. doi: 10.1002/j.2167-4086.2007.tb00277.x
- Racker, H. (1968). *Transference and countertransference*. New York: International Universities Press.
- Robbins, S. B., & Jolkovski, M. P. (1987). Managing countertransference feelings: An interactional model using awareness of feeling and theoretical framework. *Journal of Counseling Psychology*, 34(3), 276–282. doi: 10.1037/0022-0167.34.3.276
- Roditi, D., & Robinson, M. E. (2011). The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychology Research and Behavior Management*, 4, 41–49. doi: 10.2147/PRBM.S15375

- Rosenberger, E. W., & Hayes, J. A. (2002). Therapist as subject: A review of the empirical countertransference literature. *Journal of Counseling and Development, 80*(3), 264–270. doi: 10.1002/j.1556-6678.2002.tb00190.x
- Rowan, J., & Jacobs, M. (2002). *The therapist's use of self*. Berkshire: Open University Press.
- Sahin, B., & Mebert, C. J. (2013). The role of culture and self-construal in autobiographical memories of US and Turkish college students. *Memory, 21*(8), 1004–1017. doi: 10.1080/09658211.2013.774418
- Sahin-Acar, B., & Leichtman, M. D. (2015). Mother-child memory conversations and self-construal in Eastern Turkey, Western Turkey and the USA. *Memory, 23*(1), 69–82. doi: 10.1080/09658211.2014.935437
- Schaverien, J. (1999). Art within analysis: Scapegoat, transference and transformation. *The Journal of Analytical Psychology, 44*(4), 479–510. doi: 10.1111/1465-5922.00116
- Sharkin, B., & Gelso, C. J. (1993). The influence of counselor-trainee anger proneness on reactions to an angry client. *Journal of Counseling and Development, 71*(5), 483–487. doi: 10.1002/j.1556-6676.1993.tb02229.x
- Skovholt, T. M., & Rønnestad, M. H. (2003). Struggles of the novice counselor and therapist. *Journal of Career Development, 30*(1), 45–58. doi: 10.1023/A:1025125624919
- Spiegel, D., Bloom, J. R., & Yalom, I. (1981). Group support for patients with metastatic cancer: A randomized outcome study. *Archives of General Psychiatry, 38*(5), 527–533.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stark, M. (2000). *Modes of therapeutic action*. New Jersey: Jason Aronson.
- Stefana, A. (2017). *History of countertransference: From Freud to the British object relations school*. New York: Routledge.

- Thompson, C. (1952). Countertransference. *Samiksa*, 6, 205–211.
- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1994). A revised death anxiety scale. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook* (pp. 31–43). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Turner, J., & Kelly, B. (2000). Emotional dimensions of chronic disease. *Western Journal of Medicine*, 172(2), 124–128. doi: 10.1136/ewj.172.2.124
- Ullman, S. E., & Siegel, J. M. (1996). Traumatic events and physical health in a community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 9(4), 703–720. doi: 10.1002/jts.2490090404
- Van Wagoner, S. L., Gelso, C. J., Hayes, J. A., & Diemer, R. A. (1991). Countertransference and the reputedly excellent therapist. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 28(3), 411–421. doi: 10.1037/0033-3204.28.3.411
- Vogiatzis, I., Zakyntinos, G., & Andrianopoulos, V. (2012). Mechanisms of physical activity limitation in chronic lung diseases. *Pulmonary Medicine*, 2012(2012), 1–11. doi: 10.1155/2012/634761.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health promoting lifestyle profile development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76–80. doi: 10.1097/00006199-198703000-00002
- White, J. M. (2011). Cognitive behavioral principles in managing chronic disease. *The Western Journal of Medicine*, 175(5), 338–342.
- Williams, A. C., Eccleston, C., & Morley, S. (2012). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD007407. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007407.pub3>
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in the counter-transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 30, 69–74.
- Wood, M. J. (2011). The gay male gaze: Body image disturbance and gender oppression among gay men. In B. Lipton (Ed.), *Gay men living with*

chronic illnesses and disabilities from crisis to crossroads (pp. 43–63).
New York: Routledge.

Yulis, S., & Kiesler, D. J. (1968). Countertransference response as a function of therapist anxiety and content of patient talk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32(4), 413–419.

Zachrisson, A. (2009). Countertransference and changes in the conception of the psychoanalytic relationship. *International Forum of Psychoanalysis*, 18(3), 177–188. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08037060902727761>

Zukav, G., & Francis, L. (2002). *The heart of the soul: Emotional Awareness*. New York: Fireside.

APPENDICES

APPENDIX A: INFORMED CONSENT FORM

ARAŞTIRMAYA GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, Prof. Dr. Özlem Bozo danışmanlığında, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Klinik Psikoloji Bütünleşik Doktora Programı öğrencisi Uzm. Psk. Yankı Süsen tarafından doktora tezinin bir gereği olarak yürütülmektedir. Çalışmanın amacı, psikoterapi hizmeti sunan kişilerin dördüncü seansları sonrasında danışanlarıyla kurdukları terapi ilişkisini incelemektir. Araştırmada ses ve video kaydı alınacaktır. Bu kayıtlar araştırma sona erdikten ve bulgular yayımlandıktan sonra yok edilecektir. Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın hiçbir aşamasında sizden kimlik belirleyici bir bilgi istenmeyecektir. Elde edilen bilgiler yalnızca araştırmacılar tarafından değerlendirildikten sonra bilimsel yayımlarda kullanılacaktır. Araştırmadan sağlıklı sonuçlar elde edilebilmesi için samimi yanıtlar vermeniz büyük önem taşımaktadır. Sorulara verilen yanıtlar ve videolara verilen tepkiler "doğru" ya da "yanlış" olarak değerlendirilmeyecek, sadece içeriğine bakılacaktır. Ölçekleri doldururken kendinize en yakın hissettiğiniz veya düşündüğünüz seçeneği işaretlemeniz, videolara tepki verirken ise yine içinizden gelen tepkiyi vermeniz yeterlidir. Ölçekler ve videolar rahatsızlık verecek sorular/unsurlar içermemektedir. Ancak herhangi bir nedenle rahatsızlık hissettiğiniz durumda çalışmayı yarıda bırakabilirsiniz. Araştırma hakkında daha ayrıntılı bilgi edinmek isterseniz Arş. Gör. Yankı Süsen (e-posta: yanki_susen@hotmail.com) ile iletişime geçebilirsiniz.

Çalışmaya olan katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

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

Ad ve Soyadınızın Baş Harfleri:

İmza

APPENDIX B: WARM-UP CLIENT CASE SUMMARY

ISINMA DANIŞANI VAKA ÖZETİ

Danışanın İsmi: Sibel

Yaşı: 27

Cinsiyeti: Kadın

Meslek: Finans Uzmanı

Başvuru Nedeni: Zaman yönetiminde yaşanan sıkıntılar

Özgeçmiş Bilgisi:

Sibel 27 yaşında, bekar, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi iktisat bölümü mezunu bir danışandır. Kendisi iki çocuklu bir ailenin büyük çocuğu olarak Bursa’da dünyaya gelmiştir. Üniversiteye gelene kadar anne, babası ve kendisinden 5 yaş küçük erkek kardeşiyle Bursa’da yaşayan danışan, şuanda Ankara’da tek başına bir evde yaşamaktadır.

Danışanın annesi ev hanımı (51), babası (54) emekli memur, erkek kardeşi (22) ise Makine Mühendisliği Bölümü’nde son sınıf öğrencisidir. Ailesiyle olan ilişkisini “genel olarak iyi” olarak tanımlayan danışan, annesiyle neredeyse her gün telefonda konuştuklarından bahsetmiştir.

Genel olarak başarılı bir öğrencilik hayatı geçirdiğini paylaşmış, ailesinin başarılı olabilmesi konusunda her zaman “destekleyici” olduğunu belirtmiştir. Babasının eğitim hayatına çok fazla “müdahale” etmediğini, annesinin ise beklentilerinin yüksek olduğunu (örneğin, daha iyi bir üniversite kazanması konusundaki beklentisi) ve “baskıcı” biri olduğunu eklemiştir.

Terapiye “tembellik”, “çalışmama isteği”, “erteleme” ve “hayattan zevk alamama” şikâyetleriyle gelmiştir. Bir denetleme şirketinde yaklaşık üç senedir finans uzmanı olarak çalışan danışan, şikâyetlerinin çalışma hayatını olumsuz etkilediğini aktarmıştır. İş yerinde yoğun bir tempoda çalıştıklarını, bazı aylarda geç saatlere kadar mesaiye kaldıklarını ve böyle zamanlarda var olan enerjisinin kendisine yetmediğini paylaşmıştır. Yemek yapmak, sinemaya gitmek, arkadaşlarıyla vakit geçirmek gibi aktivitelerden keyif aldığını belirten danışan, uzun zamandır keyif alacağı hiçbir şey yapmadığını paylaşmıştır. Terapiden beklentileri araştırıldığında; planladığı şeyleri yapamamasının nedenlerini anlamayı, zamanını doğru kullanmayı ve yapamadığı şeyler için vicdan azabı duymamayı istediğini ifade etmiştir.

APPENDIX C: WARM-UP CLIENT SCRIPT

ISINMA DANIŞANI SENARYOSU

Haftam yine berbat geçti. Geçen hafta da size bahsettiğim gibi, bir türlü zamanımı doğru kullanamıyorum. Geceleri hangi işi ne ara yapacağım diye düşünüp, sonra da hiçbir şey yapmadan yorgunluktan uyuyakalıyorum.

DURAK

Bu hafta yetiştirmem gereken çok önemli bir iş vardı. Sabahları ofis çok yoğun olduğu için zaten hiçbir şeye bakamıyorum, öğlen arkadaşlarla yemeğe çıkıyoruz, sonra çay molası falan derken bir bakıyorum akşam olmuş. Eve döndüğüm zaman da bir sürü ev işi oluyor. Yemek yap, ütü yap, ortalığı düzelt... Sonra o kadar yoğun bir günün ardından insanın canı azıcık da TV falan izleyip kafa dağıtmak istiyor. Sonra “hoop” bir bakıyorum ki uyku vakti gelmiş de geçiyor.

DURAK

Önceden de böyle sıkıntılarım olurdu aslında. İşleri erteleyip erteleyip son dakikada yetiştirirdim ama artık bunu yapamıyorum. İşler eskisi gibi yürümüyor ve bu nedenle kendimi çok suçlu hissediyorum.

DURAK

Kendimi suçladığım konulardan biri de; insanların ağzına laf veriyorum olmam. Geçen hafta patronum beni odasına çağırdı ve odada üç tane daha arkadaşım varken beni bir çocuk gibi azarladı. “Bütün bir hafta boyunca ne yapıyorsun?” gibi lafları ardına sıraladı. O azarladıkça ben yerin dibine girdim. İşleri o gece hiç uyumadan

bitirdim ve mail attım ama bu sefer de uykusuzluktan ertesi gün uyanamadım ve işe gidemedim. Tüm bu olanlar beni çok üzüyor. Çabaladıkça her şeyi elime yüzüme bulaştırıyorum.

DURAK

(Senaryo Sonu)

APPENDIX D: ACUTELY ILL PATIENT CASE SUMMARY

AKUT HASTA VAKA ÖZETİ

Danışanın İsmi: Melis

Yaşı: 27

Cinsiyeti: Kadın

Meslek: Yüksek Lisans Öğrencisi

Başvuru Nedeni: Ayağını incitmesi ve bu sakatlıkla birlikte artan “kaygı” hali

Özgeçmiş Bilgi:

Melis Hanım 25 yaşında, bekâr, Ankara Üniversitesi İşletme Bölümü mezunu bir danışandır. Ailesinin tek çocuğu olan danışan, Ankara’da doğmuş ve büyümüştür. Şu anda mezun olduğu üniversitede yüksek lisansına devam etmekte olan Melis Hanım ailesiyle beraber yaşamaktadır.

Annesi (49) ve babası (52) emekli memur olan Melis Hanım, aile bireyleriyle olan ilişkilerinden bahsederken annesiyle “gereksiz” nedenlerle sık sık tartıştıklarını, babasıyla ise “arkadaş gibi” bir ilişkilerinin olduğunu, onunla her konuda dertleşebildiğini ve onun kendisine “prensesim” diye hitap ettiğini belirtmiştir. Çocukluğundan beri hep bir kardeşin eksikliğini hissettiğini paylaşan Melis Hanım, bu açığı arkadaşlık ilişkileri ile kapatmaya çalıştığını ve dolayısıyla oldukça sosyal bir hayatı olduğunu ifade etmiştir.

Eğitim hayatı boyunca hep “orta seviyede” bir öğrenci olduğunu, hiçbir zaman “çok başarılı” ya da “çok başarısız” olmadığını aktarmıştır. Annesi veli toplantısına gittiğinde öğretmenlerin “Melis çok iyi bir öğrenci ama daha da iyi olabilir” şeklinde

yorumları olduğunu anlatmış; annesinin bunları kendisiyle paylaşmasına çok kızdığını hatırlamıştır.

Terapiye dışarıya çıktığı bir gece ayağını incitmesi ve bu sakatlıktan sonra artan kaygı hissi ile başvuran danışan, sağlıkla ilgili konularda genel olarak çok kaygılandığını, o günden sonra bir daha yürüyemeyeceğinden, dans edemeyeceğinden çok korktuğunu paylaşmıştır. Terapiden beklentisini yaşadığı korku ve kaygı halini anlamak olarak tanımlayan danışan, kimi zaman bu duygularını kontrol etmekte zorlandığını ifade etmiş ve bu durumun üstesinden gelmek istediğini paylaşmıştır.

APPENDIX E: ACUTELY ILL PATIENT SCRIPT

AKUT HASTA SENARYOSU

Geçen haftadan bu yana, kendimi sürekli nasıl sakatladığımı düşünürken buluyorum. İnanır mısınız bu sakatlık hem günlük işlerimi aksatmama neden oldu, hem de duygusal olarak beni altüst etti. Örneğin; sakatlandığım gece yanımda olan kişiyi -hani şu size dans kursunda tanışıp görüşmeye başladığımı söylediğim çocuk- bir daha görememek, bu ilişkiye dair umudumu kaybettirdi. Artık onunla birlikte olamayacağımızı, benden hoşlanmadığını düşünmeye başladım.

DURAK

Beni istemediğini düşündüren şey yanında düştüğüm günden sonra beni aramamış olması sanırım. O an benimle ilgilenmiş, acile bile götürmüş, sonra da geri evime bırakmıştı ama o gün bugündür tık yok. Beni biraz olsun merak etmeyip, arayıp sormadığı için ve düşmemi sakarlık olarak gördüğü için ona çok kızgınım. Birlikte gittiğimiz dans kursuna kazadan beri devam edemiyorum ve onun kurstan başka birini bulmasından endişeleniyorum ama gidip herhangi bir müdahalede bulunabilecek durumda da değilim. Sonuçta o da benim gibi bekâr biri, başka birini bulmuş olmasını istemesem de bu gidişle eninde sonunda benim yerime başka biriyle görüşmeye başlayacak.

DURAK

Kurstaki yakın arkadaşım Sena'ya Can'ın başka birini bulmuş olabileceğine ve düşmemi sakarlık olarak görmüş olabileceğine dair düşüncelerimi anlattığımda çok şaşırdı. Sena hem beni hem de Can'ı yakından tanıdığı için bu şekilde düşünüyor olmama inanmadı ve kendimi geri çekmeme kızdı. Sanırım Sena Can'la sevgili

olabileceğimiz konusunda benden daha umutlu. Bense bu ilişkiye dair umudumu azaltarak hayal kırıklığından kaçmaya çalışıyorum galiba.

DURAK

Geçmiş ilişkilerimden de yola çıkarak hep şunu düşünmüşümdür: “Beklentini düşük tut ki, daha sonra hayal kırıklığı yaşamayasın!” Bu aralar sık sık eski ilişkilerimde yaşadığım hayal kırıklıklarını düşünüyorum, zihnimde hep “keşke” ile başlayan cümleler dolanıyor. Bu son olayda da; düşünsenize bir erkek arkadaş adayıyla buluşmaya gidiyorsunuz, eve dönerken sizi arabayla evinize bırakmak istiyor, kabul ediyorsunuz ama arabadan iner inmez kendinizi yerde buluyorsunuz. Rezalet! (güler) Keşke düştüğüm anda o kadar kasılmak yerine biraz da olayla dalga geçebilseydim. Zaten başıma ne geldiyse böyle kasmaktan geldi!

DURAK

Örneğin; sizce ben Can’ı şu an neden aramıyorum (güler)? Yaşanan o rezil durumdan sonra, beni hala istiyor olabileceğine dair umudum o kadar azaldı ki elim bir türlü telefona gitmiyor. Gün boyu bu ilişki gerçekleşirse ne kadar mutlu olabileceğimi düşünüyorum ama bunun için hiç bir adım atmıyorum. Atsam bile artık bir işe yarayacağını düşünmüyorum.

DURAK

Can’dan önceki ilişkilerimde de hep benzer şeyler yaşadım. İlişkideki en ufak olumsuzlukta kendimi geri çekerdim. Şu an eski ilişkilerime dönüp baktığımda yaptığım ve yapmadığım şeylerin ilişkilerimin sonunu hazırladığını görüyorum. Bu kafayla gidersem bekâr bir insan olarak öleceğim...

DURAK

(Senaryo Sonu)

APPENDIX F: CHRONICALLY ILL PATIENT CASE SUMMARY

KRONİK HASTA VAKA ÖZETİ

Danışanın İsmi: Esra

Yaşı: 28

Cinsiyeti: Kadın

Meslek: Mühendis, şu anda çalışmıyor

Başvuru Nedeni: Kemoterapi alan bir kanser hastası olmanın yarattığı kaygı ve korku

Özgeçmiş Bilgisi:

Esra Hanım 28 yaşında, 5 yıldır evli, Ankara Üniversitesi Gıda Mühendisliği mezunu bir danışandır. Memur emeklisi olan anne (50) ve babası (52) ile "iyi sayılabilecek" bir ilişkiye sahip olan Esra Hanım'ın kendisinden 5 yaş büyük ve evli olan bir de ablası bulunmaktadır.

Eşi, Mehmet Bey (30) ile üniversite yıllarında tanıştıklarını, evliliklerinin "aşk evliliği" olduğunu anlatan danışan, eşini kendisinin "ruh ikizi" olarak tanımlamıştır. Zevklerinin, keyif aldıkları aktivitelerin ortak olduğunu, aralarında zaman zaman sorunlar olsa da bunların üstesinden gelmek konusunda zorluk yaşamadıklarını, eşini çok sevdiğini ve birbirlerine çok bağlı olduklarını paylaşmıştır.

Esra Hanım terapiye geliş nedenini üç ay önce aldığı pankreas kanseri teşhisi ve bu teşhisten sonra hayatında meydana gelen değişikliklere uyum sağlayamama, ölüm korkusu, aşırı kaygı hali olarak dile getirmiştir. On beş günde bir kemoterapi aldığını belirten Esra Hanım, bu hastalık ve tedavi sürecinin kendisinde yorgunluk, bezginlik, umutsuzluk ve aşırı gerginlik hali yarattığını ifade etmiştir. Hastaneye

gidip geldiği zamanlarda tanıştığı kanserli kişilerden bazılarının hayatını kaybettiğini ve her kayıpta kendisini ölüme bir adım daha yaklaşmış gibi hissettiğini ve bunun kendisini son derece korkuttuğunu paylaşmıştır. Kanser tanısı aldıktan sonra işini bıraktığını ve çalışmıyor olmanın kendisini “işe yaramaz biri” olarak hissettirdiğini aktarmıştır. Danışanın terapiden beklentileri sorgulandığında; son dönemlerde oldukça yoğun şekilde geçmişı sorguladığını ve rahatsızlığının kendisini hem fizyolojik hem de psikolojik olarak etkilediğini; bu nedenle “kafa olarak biraz daha rahat olmak ve tedaviye odaklanmak” istediğini belirtmiştir.

APPENDIX G: CHRONICALLY ILL PATIENT SCRIPT

KRONİK HASTA SENARYOSU

Geçtiğimiz hafta boyunca, bu hastalığın beni ne hale getirdiğini düşündüm. Artık yaşamımın bir amacı kalmadığını ve umutsuzluklarla dolu olduğumu fark ettim. Örneğin; geleceğe dönük hiç bir plan yapamıyorum, kendimi 5 yıl sonra nerede görmek istediğimi bile düşünemiyorum.

DURAK

Sonuçta hastalığın esir aldığı biriyim artık! Bunca insan içinden, bu hastalık neden beni buldu diye devamlı öfkeleniyorum ama bu beni gelecekle ilgili düşünmekten de alıkoymuyor. Geleceği her düşündüğümde ise ölümü bir nefes gibi ensemden hissediyorum. Hep bir endişe hali var. “Ben öldükten sonra eşim ne olacak? Ne yapacak?” düşüncelerinin yarattığı endişeler... Onun kendisini bırakmasını, hayata küsmesini istemiyorum. Her ne kadar yerime başkasını koymasını içten içe istemesem de o da hayata devam etmek zorunda. Bunun için de birini bulması lazım.

DURAK

Eşime bunların bahsini açtığımda bana çok kızdı. Birlikte bu hastalığı yeneceğimizi, güzel günlerin bizi beklediğini söyledi. Onun benden çok daha umutlu olduğunu söyleyebilirim. Sadece eşim değil, etrafımdaki birçok insan bir şeyler yapmak için çırpınıyor fakat bu konuda çok umutlanmak istemiyorum. Ölüm bu kadar yakınımdayken umutlanıp, hatta umutlandırıp, daha sonra hayal kırıklığı yaşatmak istemiyorum. Aslında bir nevi ölümüm sonrasında işleri daha kolay hale getirmeye çalışıyorum...

DURAK

Bir yerde kendinizi değil de yakınlarınızı düşünmeye başlıyorsunuz. Onların geleceği, onların ne yapacağı gibi... Ha, kendimi düşündüğüm zamanlar da yok değil. Böyle zamanlarda çoğu gece doğru düzgün uyku bile uyuyamıyorum çünkü yatağa girer girmez aklıma hep geçmişte yaptığım hatalar geliyor. Zihnimde devamlı “Neden o kadar çok sigara içtim, neden düzenli beslenmedim, neden düzenli spor yapmadım?” gibi kendimi suçlayıcı sorular dolanıyor. Ha, bundan ders aldım mı onu da bilmiyorum. Dün kemoterapiden çıktıktan sonra bile canım sigara çekti ve bir tane yakıverdim. Şu an bunları anlatırken bile bir sigara yakmamak için kendimi zor tutuyorum.

DURAK

Kendimi o kadar umutsuz hissediyorum ki bu da tedavimin gerekliliklerini yerine getirmeme engel olabiliyor. Diyelim ki kafama bir şey takıldı ve doktoruma sormam gerekli, onun yerine “Boşveeeeer! Ne yaparsan yap, bu işin sonunda ölüm var, kaçamayacaksın...” diyorum ve tedavimle ilgili hiç bir soru sormuyorum.

DURAK

Hastalanmadan önce de kendime pek bakmazdım. Kendime, sağlığıma dikkat ettiğimi hiç hatırlamam. Geç saatlere kadar saçma sapan şeylerle uğraşır, sonra azıcık uykuyla günümü idare etmeye çalışır, doğru düzgün yemek bile yemezdim. Hep ayaküstü bir şeyler atıştırır, geçerdim. Şimdi düşününce o kadar sağlıksız geliyor ki... O zamanlar hep «Bana bir şey olmaz» diye düşünürdüm ama anladım ki herkesin başına her an her şey gelebilir, özellikle de sağlığına dikkat etmeyenlerin...

DURAK

(Senaryo Sonu)

APPENDIX H: WARM-UP STATE ANXIETY INVENTORY

ISINMA DANIŞANI DURUMLULUK KAYGI ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da Sibel Hanım ile gerçekleştirdiğiniz görüşme esnasında nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin seans sırasında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Sakindim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyordum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Sinirlerim gergindi	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeydim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Huzur içindeydim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Hiç keyfim yoktu	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyordum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyordum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Kaygılıydım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyordum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim vardı	(1)	(2)	(3)	(4)

12.	Asabım bozuktu	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliydim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyordum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyordum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Halimden memnundum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Endişeliydim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyordum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Sevinçliydim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Keyfim yerindeydi	(1)	(2)	(3)	(4)

APPENDIX I: ACUTELY ILL CLIENT STATE ANXIETY INVENTORY

AKUT HASTA DURUMLULUK KAYGI ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da Melis Hanım ile gerçekleştirdiğiniz görüşme esnasında nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin seans sırasında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Sakindim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyordum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Sinirlerim gergindi	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeydim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Huzur içindeydim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Hiç keyfim yoktu	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyordum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyordum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Kaygılıydım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyordum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim vardı	(1)	(2)	(3)	(4)

12.	Asabım bozuktu	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliydim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyordum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyordum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Halimden memnundum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Endişeliydim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyordum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Sevinçliydim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Keyfim yerindeydi	(1)	(2)	(3)	(4)

**APPENDIX J: CHRONICALLY ILL CLIENT STATE ANXIETY
INVENTORY**

KRONİK HASTA DURUMLULUK KAYGI ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da Esra Hanım ile gerçekleştirdiğiniz görüşme esnasında nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin seans sırasında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hiç	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Sakindim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyordum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Sinirlerim gergindi	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeydim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Huzur içindeydim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Hiç keyfim yoktu	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyordum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyordum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Kaygılıydım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyordum	(1)	(2)	(3)	(4)

11.	Kendime güvenim vardı	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Asabım bozuktu	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliydim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyordum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyordum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Halimden memnundum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Endişeliydim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyordum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Sevinçliydim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Keyfim yerindeydi	(1)	(2)	(3)	(4)

APPENDIX K: COGNITIVE MEASURES

BİLİŞSEL ÖLÇÜMLER

ACUTELY ILL CLIENT COGNITIVE RECALL MEASURE

AKUT HASTA BİLİŞSEL HATIRLAMA ÖLÇÜMÜ

Tahmininizce danışanın konuşmasında kaç defa “sakatlanma” ve “düşme” kelimeleri geçmiştir?

CHRONICALLY ILL CLIENT COGNITIVE RECALL MEASURE

KRONİK HASTA BİLİŞSEL HATIRLAMA ÖLÇÜMÜ

Tahmininizce danışanın konuşmasında kaç defa “ölüm” ve “hastalık” kelimeleri geçmiştir?

**APPENDIX L: RESPONSE MODE CATEGORIES FOR UNITS AND
WHOLE TURNS** (as cited in Harbin, 2004, p. 103)

- 1) Approval:** Therapist sanctions, accepts, or supports (including minimal encourages) the client's feelings or behaviors and/or expresses explicit agreement with the client's feelings or behaviors.

- 2) Exploration:** Therapist asks for further clarification, elaboration, and detailing of the client's feelings or behaviors.

- 3) Reflection:** Therapist repeats or restates the client's feelings. Therapist accurately relabels the client's feelings, attitudes, or behaviors. Also, counselor reflects content when only content is given.

- 4) Labeling:** Therapist points out patterns in the client's feelings or behaviors; counselor suggests relationships between present feelings or behavior and past experiences.

- 5) Disapproval:** Therapist is critical of the client's feelings or behaviors. Even if the statement is phrased supportively, anything that negates or opposed the client's feelings is disapproval.

- 6) Silence:** Therapist says nothing for a whole speaking turn.

- 7) Ignoring:** Therapist responds to the content of the client's material but ignores the affect.

8) Mislabeling: Therapist inaccurately identifies the client's feelings, attitudes, or behaviors. Mislabeling can also occur if the counselor inaccurately identifies the degree of feelings.

9) Topic Transition: Therapist changes the focus of discussion to an irrelevant topic or simply to a different topic.

10) Other: Therapist's response does not fit any of the other categories. Try to absolutely rule out the other possibilities before choosing this category.

APPENDIX M: SCRIPT FOR BEHAVIORAL RESPONSE CODING TRAINING SESSION

1. Bu çalışmada temel olarak terapist tepkilerini kaçınma ya da yaklaşma şeklinde kategorilere ayırmaya çalışacağız. Size dağıttığım tepki kategorileri sayfasında görebileceğiniz gibi, 1-4 arasında yer alan kategoriler yaklaşma; 5-9 arasında yer alan kategoriler ise kaçınma kategorileridir. 10 numaralı, “diğer” kategorisi ise; her iki kategoriye de kapsamayan tepkiler için geçerli olan bir kategoridir. Araştırmalar, terapistlerin danışanların sunduğu problemlerden kaçınmasının, karşı aktarımın bir işareti olabileceğini göstermektedir. Şimdi her bir tepki kategorisini daha iyi anlayabilmek için beraber inceleyelim. (Her bir kategori okunur ve örneklendirilir).

2. Yaklaşma tepkileri hakkında konuşurken, "çoğunlukla uygun" olan yanıtları arıyoruz. Bu tepkiler belirli bir teori için (örneğin, davranışsal, hümanistik, psikodinamik) uygun olan tepkiler olmalıdır. Çalışmadaki tepkiler, farklı programlardan gelen ve farklı yaklaşımlara sahip uygulamacılardan geleceği için, lütfen kendi teorik önyargılarınızı dışarıda bırakmaya çalışınız.

3. Terapistlerin kayıt durak noktalarında verdikleri tepkileri birim olarak kodlamaya başlamadan önce, o duraktaki bütün tepkilerini okuduğunuzdan emin olunuz. Örneğin, ilk durakta 5 birim tepki varsa, ilk birimi kodlamadan önce 5 birimin hepsini okuduğunuzdan emin olunuz. O duraktaki bütün tepkilerin dinlenmesi belirsiz tepkilerin kodlanmasını kolaylaştıracaktır. Bir diğer önemli nokta ise; tepkilerin transkripsiyondan okunmasının yanı sıra, her bir durak noktasındaki kayıtların dinlenmesidir.

4. Yaklaşma veya kaçınma tepki kategorileri arasında kararsız kaldığınız zaman, lütfen çok fazla zaman harcamadan birini seçiniz. Başka bir deyişle, eğer iki farklı yaklaşma kategorisinden birini seçmekte zorluk yaşıyorsanız, çok fazla kararsız

kalmadan birini seçebilirsiniz. Kodlamalar sırasında önemli olan, iki genel kategori arasındaki (yaklaşma – kaçınma kategorileri) ayrımı net bir şekilde yapabiliyor olmanızdır.

5. Çalışmaya katılan terapistler, her bir danışanın video kaydını görmeden önce onlarla ilgili bir özgeçmiş bilgisini okumaktadır. Şimdi sizlerle birlikte bu özgeçmiş bilgilerini beraber inceleyelim. (Her bir özgeçmiş okunur). Özgeçmiş bilgisi dışında, her bir terapistten izledikleri danışanlarla daha önce 4 seans gerçekleştirdiklerini varsaymaları istenmiştir. Bu sebeple, terapistler okudukları özgeçmiş bilgilerinden ya da daha önce gerçekleştirdiklerini varsaydıkları 4 seanstan referans vererek ya da önerilerde bulunarak tepki verebilirler. Eğer terapistlerin tepkilerinde referans verdiklerine ya da öneride bulduklarına dair bir kanıt varsa, muhtemel tepki kodu 2 (keşif) olacaktır. Ancak, verilen öneri ya da referans tepkisi konunun akışına uymuyorsa, 5 (onaylamama) ya da 7 (yok sayma) olarak kodlanabilir.

6. Terapistlerin durak tepkilerini kodlamadan önce, o durağın öncesinde danışanın hangi içerikten bahsettiğinden emin olunuz. Örneğin, danışan birçok duygudan (üzüntü, hayal kırıklığı gibi) aynı anda bahsederken, terapist verdiği tepkilerde bu duyguları göz ardı ediyor ise; terapistin tepkilerinden en az birini 7 (yok sayma) olarak kodlayınız. Terapistin duyguyu ne derece yansıttığını da dikkate alarak kodlamayı yapınız.

7. 5 numaralı kategori olan “onaylamama” kategorisi çoğu zaman kolaylıkla göze çarpmayan bir kategori olabilmektedir. Bu noktada terapistin tepkisindeki kelime seçimi ya da kendini ifade biçimi, verdiği tepkinin kaçınma ya da yaklaşma olup olmadığı konusunda netlik sağlayabilir.

8. Son olarak, analog durumun yapay olduğuna dikkat etmeniz önemlidir. Terapistler görüşmelerin kayıt altına alınmasından ötürü tedirgin olabilirler, bu nedenle içeriği anlaşılamayan tepkilerin kaçınma ya da karşı aktarıma eşit olduğu sonucuna varamayız.

APPENDIX N: STUDY INSTRUCTIONS

ÇALIŞMA YÖNERGELERİ

Yönerge 1 (Çevrim içi anketi doldurmadan önce): “Çalışma iki aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada sizden bir anket bataryasını doldurmanızı isteyeceğim. Bu anketleri doldurmak biraz vakit alabilmektedir; fakat, çalışmanın diğer aşamasında doldurmanızı isteyeceğim ölçümler çok daha kısa sürecektir. İkinci aşamada ise; size üç farklı danışanın video kayıtlarını izleteceğim ve onlara gerçek bir seanstaymış gibi tepki vermenizi isteyeceğim. Siz anketleri doldurduktan sonra ikinci aşamayı daha detaylı anlatacağım.

Eğer hazırsanız başlayabiliriz.

Anketi bitirdiğinizde lütfen bana seslenin.”

Yönerge 2 (Çevrim içi anket bittikten sonra): “Çalışmanın ikinci kısmında, size üç farklı danışanın terapi seanslarının video kayıtlarını izleteceğim ve onlara gerçek bir terapi seansındaymışsınız gibi tepki vermenizi isteyeceğim. Bu kısımda danışanların ve onlarla olan ilişkinizin gerçek olduğunu varsaymanızı isteyeceğim. Ben size çalışmayı anlattıktan sonra odadan ayrılacağım. Sanki burası sizin terapi odanız, danışanlarla baş başasınız ve bu danışanlar sizin daha önce beraber 4 seans yürüttüğünüz ve iyi bir ilişki kurduğunuz danışanlarınızmış gibi varsaymanızı istiyorum. Her bir danışanı daha gerçekçi bir şekilde tanıyabilmeniz ve tepki

verebilmeniz adına video kayıtlarda danışanları görmeden önce, onların özgeçmişine dair bilgilerin yer aldığı bir bölümle karşılaşacaksınız.

Dilerseniz ilk videoya beraber bakalım.”

Yönerge 3 (Çalışma Tanıtımı): “Her bir video kayıta ilk olarak bu danışanda olduğu gibi bir özgeçmiş bilgisiyle karşılaşacaksınız (ısınma videosu danışanı gösterilir). Özgeçmiş bilgisi sizin okuma hızınızdan daha hızlı bir şekilde akabilir, yazıları kaçırabileceğinizi düşündüğünüz zaman videoyu durdurabilirsiniz. Özgeçmişin devamında danışan ekranda belirecektir. Danışan kayıta belirledikten sonra, sizden kaydı durdurmadan tek seferde danışanın anlattıklarını dinlemenizi/danışanı izlemenizi isteyeceğim. Her bir kayıta önceden belirlenmiş durak noktaları yer almaktadır (gösterilir). Bu durak noktalarında sizden kaydı durdurmanızı ve sanki gerçek bir seanstaymışsınız gibi danışana tepki vermenizi isteyeceğim. İstedığınız süre boyunca ve içinizden geldiği kadar tepki verebilirsiniz, tepkiniz bittikten sonra lütfen kaydı devam ettiriniz. İlk danışanın kaydı bittikten sonra sizden bazı ölçümler alacağım, sonrasında ikinci danışanı izleyeceksiniz ve prosedür diğer iki danışanda da aynı şekilde devam edecek.

Şimdi eğer prosedürle ilgili bir sorunuz yoksa ve yönerge sizin için açıksa ben odadan ayrılacağım. İşiniz bittiğinde bana seslenmenizi isteyeceğim, ben odaya gelip, size bahsettiğim ölçümleri vereceğim, siz onları doldururken ikinci danışanın videosunu açacağım.”

Yönerge 4 (Çalışmanın Sonlandırılması/Bilgilendirme): “Öncelikle araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

Katıldığınız araştırmanın amacı, terapistlerin ölüm kaygısı ve sağlık davranışlarının, kronik/ölümcül hastalara yönelik duygusal, bilişsel ve davranışsal karşı aktarım tepkilerine ne düzeyde etki ettiğini belirlemektir. Geçmişte yapılan araştırmalar, terapistlerin çözülmemiş meselelerinin, danışanın problemi ya da terapiye getirdiği malzemeyle tetiklenmesi durumunda, karşı aktarıma yol açtığını göstermektedir. Bu

araştırmada da ölüm kaygısı yüksek ve sağlık davranışları düşük terapistlerin, kronik/ölümcül hastalığa sahip danışana yönelik duygusal, bilişsel ve davranışsal karşı aktarım tepkilerinin daha fazla olması beklenmektedir.

Bu amaçla, ilk olarak sizi çalışmaya ısındırmak amacıyla bir kayıt izletilmiştir. Devamında ise; akut ve kronik hastalığa sahip iki danışanın kayıtları izletilmiştir. Bu süreçte onlarla gerçek bir seanstaymışsınız gibi tepki vermeniz beklenmiştir. Bu şekilde, minyatür videolardaki danışanlara karşı duygusal, bilişsel ve davranışsal karşı aktarım tepkileriniz ölçülmüştür.

Araştırmaya dair sormak istediğiniz bir şey var mı?

Katılımlınız için tekrar teşekkür ederiz. Lütfen araştırmaya katılma ihtimali olan kişilerle araştırmanın içeriği ile ilgili bilgi paylaşmayınız.”

APPENDIX O: DEMOGRAPHIC INFORMATION FORM

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Aşağıdaki formu kişisel bilgilerinize göre doğru olarak doldurunuz. Yanıtlar grup halinde değerlendirileceği için isim yazmanıza gerek yoktur. Lütfen her soruya yanıt veriniz. Tüm soruları yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

1. **Cinsiyetiniz:** _____

2. **Yaşınız:** _____

3. **Eğitim durumunuz:**

Üniversite mezunuyum () Mezun olduğunuz bölüm: _____

Yüksek lisans mezunuyum () Mezun olduğunuz bölüm: _____

Doktora mezunuyum () Mezun olduğunuz bölüm: _____

4. **Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?**

- a) Evet
- b) Hayır

Cevabınız "Evet" ise, mesleğinizi icra ettiğiniz kurum:

- a) Kamu Kurum ve Kuruluşları
- b) Özel Kurum ve Kuruluşlar
- c) Her ikisi de

5. **Hala eğitiminize devam ediyorsanız (yüksek lisans /doktora) kayıtlı olduğunuz programın adı nedir?**

- Programda hangi aşamadasınız? _____

6. Şimdiye kadar psikoterapi hizmeti verme deneyiminiz oldu mu?

- a) Evet
- b) Hayır

Cevabınız "Evet" ise, gerçekleştirdiğiniz toplam seans sayısı: _____

gördüğünüz toplam vaka sayısı: _____

7. Şimdiye kadar süpervizyon alma deneyiminiz oldu mu?

- a) Evet
- b) Hayır

Cevabınız "Evet" ise, süpervize edildiğiniz toplam seans sayısı: _____

süpervize edildiğiniz toplam vaka sayısı: _____

8. Lütfen kendi teorik yaklaşımınızı kısaca anlatınız.

APPENDIX P: THORSON-POWELL'S DEATH ANXIETY SCALE

THORSON-POWELL ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ

Bu bölümde sizden, aşağıdaki maddelerde ifade edilenlerin fikrinize ne ölçüde uyduğunu işaretlemeniz istenmektedir. Lütfen sizin için uygun olan şıkkı, maddelerin sağ tarafındaki seçeneklerden birini işaretleyerek belirtiniz.

		Fikrime çok uygun	Fikrime uygun	Kararsızım	Fikrime aykırı	Fikrime çok aykırı
1.	Acı çekerek ölmekten korkarım.					
2.	Öbür dünyanın nasıl bir yer olduğunu bilmemek beni tedirgin eder.					
3.	Öldükten sonra bir daha asla düşünememek fikri beni dehşete düşürür.					
4.	Gömüldükten sonra cesedime ne olacağı konusu beni hiç kaygılandırmıyor.					
5.	Tabutlar beni huzursuz eder.					
6.	Öldükten sonra işlerim üzerindeki kontrolü kaybedeceğim düşüncesinden nefret ederim.					
7.	Ölüm sonrası tamamen hareketsiz kalmak beni kaygılandırır.					
8.	Ameliyat olacağımı düşündüğümde çok korkarım.					
9.	Ölümden sonraki hayat konusu beni oldukça kaygılandırıyor.					

10.	Yavaş ve uzun süren bir ölümden (canımın yavaş yavaş çıkmasından) hiç korkmuyorum.					
11.	Öldüğüm zaman bir tabuta kapatılacak olmam düşüncesi benim için sorun değil.					
12.	Öldükten sonra tamamen âciz bir durumda olacağım fikri beni huzursuz eder.					
13.	Öldükten sonra başka bir hayatın olup olmamasıyla hiç ilgilenmiyorum.					
14.	Öldükten sonra asla tekrar bir şey hissedememek beni huzursuz eder.					
15.	Ölürken çekilen ızdırıp beni kaygılandırıyor.					
16.	Öldükten sonra yeni bir hayatın olmasını çok istiyorum.					
17.	Ebediyen âciz olmaktan endişe duymuyorum.					
18.	Cesedimin mezarda çürüyeceği düşüncesi beni dehşete düşürüyor.					
19.	Öldükten sonra dünyalık birçok şeyden mahrum kalacağım düşüncesi beni rahatsız eder.					
20.	Öldükten sonra bize ne olacağı konusunda çok kaygılanıyorum.					
21.	Dünyevî şeyleri elde etmek (ve onları kontrol altında tutmak) benim için önemli değildir.					
22.	Ölümün insanın her şeyden ayıracak olması beni dehşete düşürüyor.					
23.	Kansere yakalanmaktan özel bir korku duymuyorum.					
24.	Öldükten sonra yapılması gerekenlerle ilgili olarak teferruatlı bir vasiyet bırakacağım.					

APPENDIX R: HEALTH-PROMOTING LIFESTYLE PROFILE II

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiç bir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.				
2	Sıvı ve katı yağ, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım.				
5	Yeterince uyurum.				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim.				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim.				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım.				

9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi).				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm.				
17	Yaşamımda değiştirmeyeceğim şeyleri kabullenirim.				
18	Geleceğe umutla bakarım.				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim.				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.				

24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim.				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim.				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim).				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim.				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım.				

38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.				
47	Yorulmaktan kendimi korurum.				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım.				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.				
50	Kahvaltı yaparım.				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.				

APPENDIX S: TWO-DIMENSIONAL SOCIAL DESIRABILITY SCALE

İKİ BOYUTLU SOSYAL İSTENİRLİK ÖLÇEĞİ

Bu bölümde sizden istenilen aşağıdaki ifadeleri dikkatle okuduktan sonra, kendinizi değerlendirmeniz ve sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koymanızdır. Her sorunun karşısında bulunan; “1” Hiç uygun değil, “2” Uygun değil, “3” Biraz uygun, “4” Uygun, “5” Tamamen uygun anlamına gelmektedir. Lütfen **her ifadeye** mutlaka **TEK yanıt** veriniz ve kesinlikle **BOŞ bırakmayınız**. Seçeneklerde "doğru" ya da "yanlış" diye bir değerlendirme yoktur, önemli olan sizin kendinizi nasıl tanımladığınızdır.

1	Verdiğim kararlardan dolayı asla pişmanlık duymam.	1	2	3	4	5
2	Birinin arkasından kesinlikle kötü şeyler konuşmam.	1	2	3	4	5
3	Bana yönelik eleştirileri her zaman dikkate alırım.	1	2	3	4	5
4	Hayatımda hiç hırsızlık yapmadım.	1	2	3	4	5
5	Bir şeyi kafama koyduğumda diğer insanlar nadiren fikrimi değiştirebilir.	1	2	3	4	5
6	Kendi kaderimi yazabileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
7	Bana ait olmayan şeyleri asla almam.	1	2	3	4	5
8	İş veya okuldan izin almak için hasta numarası yapmam.	1	2	3	4	5
9	Verdiğim kararlara çok güvenirim.	1	2	3	4	5
10	Kesinlikle sokağa çöp atmam.	1	2	3	4	5
11	Araç kullanırken hız limitini aşmam.	1	2	3	4	5
12	Diğer insanların benim hakkımda ne düşündüğünü dikkate almam.	1	2	3	4	5
13	Kendime karşı her zaman dürüst davranırım.	1	2	3	4	5
14	Suçlu duruma düşme ihtimalim olmasa bile her zaman yasalara uyarım.	1	2	3	4	5

15	Tamamen mantıklı bir insanım.	1	2	3	4	5
16	İnsanların özel bir şeyler konuştuğunu duyarsam dinlemekten kaçınırım.	1	2	3	4	5
17	Zihnimi dağıtan bir düşünceden uzaklaşmak benim için zor değildir.	1	2	3	4	5
18	Hatalarımı kesinlikle gizlemem.	1	2	3	4	5
19	Kötü alışkanlıklarımı terk etmek bana zor gelmez.	1	2	3	4	5
20	Duygularımın yoğunlaşması düşüncelerimde önyargılı olmama neden olmaz.	1	2	3	4	5
21	Mağaza eşyalarına zarar verirsem kesinlikle bu durumu görevlilere bildiririm.	1	2	3	4	5
22	Diğer insanlar hakkında dedikodu yapmam.	1	2	3	4	5
23	İnsanlara yönelik ilk izlenimimde yanılmam.	1	2	3	4	5
24	Çok mecbur olsam bile yalan söylemem.	1	2	3	4	5
25	Hiçbir kötü alışkanlığım yoktur.	1	2	3	4	5
26	Yaptığım işlerde her zaman doğru adımlar atarım.	1	2	3	4	5
27	Asla cinsel içerikli kitap veya dergi okumam.	1	2	3	4	5
28	Kesinlikle küfür etmem.	1	2	3	4	5
29	Alışverişlerde para üstünü fazla aldığım durumlarda hemen geri veririm.	1	2	3	4	5

APPENDIX T: CURRICULUM VITAE

Name, Surname: Yankı Süsen

Date of Birth: 16.11.1987

E-mail Address: yanki_susen@hotmail.com

Education

- 2011 – 2017 **Middle East Technical University (METU), Ankara, Turkey**
Clinical Psychology Integrated Doctorate Program
- 2014 – 2017 **Yildirim Beyazit University, Ankara, Turkey**
Master of Arts in General Psychology
GPA : 3.51 / 4.00
- 2006 – 2011 **Middle East Technical University (METU), Ankara, Turkey**
Psychology
GPA : 3.51 / 4.00
- 2001 – 2005 **Seyhan ÇEAŞ Anatolian High School, Adana, Turkey**
GPA : 4.86 / 5.00

Academic Positions

- 2013 – Present **Yildirim Beyazit University, Ankara, Turkey**
Employment: Research Assistant, Department of Psychology

Internship / Work Experience

- 2012 – 2017 **AYNA – METU Clinical Psychology Support Unit, Ankara**
Employment: Psychotherapist and clinical supervisor

2012	Dışkapı Yıldırım Beyazıt Education and Research Hospital, Ankara Employment: Intern
2011	Duygu Personal Development and Education Unit, Adana Employment: Volunteer intern
2010 – 2011	Member of Schizophrenic Patients and Relatives Solidarity Society, Ankara Employment: Intern
2010	ADK Human Resources, İstanbul Employment: Volunteer intern
2010	Hacettepe University, Faculty of Medicine, Ankara Employment: Volunteer intern
2010	Youth Service Center, Italy Employment: EU project volunteer

Publications and Presentations

Yücel, E., Kır, E., **Süsen, Y.**, Karanfil, D., Koçak, T., & Yalçınkaya-Alkar, Ö. (2017). Questioning the Relational Context of Psychological Distress: Emotion Regulatory Functions of Social Support. International Society for the Study of Individual Differences, Warsaw, Poland.

Yücel, E., Karanfil, D., Kır, E., **Süsen, Y.**, & Yalçınkaya-Alkar, Ö. (2017). For Better or Worse: An Exploration about the Nature of Interpersonal Emotion Regulation. The 15th European Congress of Psychology, Amsterdam, Holland.

Süsen, Y. (2016). Kronik hastaların psikolojik tedavisinde kullanılabilecek holografik bir hastalık modeli çerçevesinde bir vaka incelemesi. 19. Ulusal Psikoloji Kongresi, İzmir, Türkiye.

Süsen, Y., & Yalçınkaya-Alkar, Ö. (2016). Predictors of nicotine dependence among Turkish smokers. The 46th European Association of Behavioral and Cognitive Therapies Congress, Stockholm, Sweden.

Süsen Y., & Dilekler, İ. (2016). İntihar riski değerlendirme, müdahale ve önleme çalışmaları. YBÜ Psikoloji Kongresi: Deneyim Oluşturma ve Aktarımı III, Ankara, Türkiye.

Süsen Y., & İnan, E. (2015). Spousal support as a moderator of the effect of perceived body image on marital and sexual satisfaction of postpartum women. The 14th European Congress of Psychology, Milan, Italy.

Demirok, İ., Şimşek, Y., & **Süsen Y.** (2014). Mutluluğu ararken: Teorik yaklaşımlar ve psikoterapiye yönelik çıkarımlar. AYNA Klinik Psikoloji Dergisi, 1(2), 40–54.

Ok, B., Çalıdağ S., & **Süsen Y.** (2010). İşte yaşanan stresle genel ruh sağlığı arasındaki ilişki ve temel özdeğerlendirmenin bu ilişkideki düzenleyici rolü. IV. Lisansüstü Psikoloji Öğrencileri Kongresi, Ankara, Türkiye.

Peer Review Process

Reviewer: AYNA – Clinical Psychology Journal, METU, Ankara

Reviewer: THYK – Art and Design Journal, Duzce University, Düzce

Languages

Fluent in English
Beginner German

Awards and Honors

2011 – 2016 TUBİTAK, National Scholarship Programme for Graduate Students

2006 – 2011 TUBİTAK, National Scholarship Programme for Undergraduate Students

Programs

SPSS, LISREL, Microsoft Office.

APPENDIX U: TURKISH SUMMARY / TÜRKÇE ÖZET

KRONİK VE AKUT HASTALARA YÖNELİK KARŞI AKTARIM TEPKİLERİ: TERAPİSTLERİN ÖLÜM KAYGISI VE SAĞLIK DAVRANIŞLARININ ETKİLERİ

BÖLÜM 1

GİRİŐ

1.1. Karşı aktarım: KarmaŐık Bir Tarihçe ve çeşitli Kavramsallaştırmalar

Karşı aktarım, psikoterapi alanında uzun zamandır yer alan, karmaŐık ve değişken bir geçmiŐe sahip olan bir kavramdır. Psikoterapi alanının temel taŐlarından biri olan karşı aktarım kavramı psikanalitik kuram ile ortaya çıkmıştır (Stefana, 2017). Kavramın ortaya atıldığı ilk dönemlerde, gerek klinik gerekse teorik aıllardan bu yapıya gereken önem gösterilmemiŐtir. Öyle ki; kavramı ilk ortaya atan kişi olarak Sigmund Freud (1910/1959) dahi bu konu hakkında çok fazla literatür bilgisi ortaya koymamıŐtır (Freud'dan aktaran Gelso & Hayes, 2007). Freud, kavrama dair açıklamalarında, daha çok karşı aktarımın tedavi süreci ve hasta üzerindeki zararlı etkilerinden bahsetmiŐ ve karşı aktarımı analistlerin uygulamalarında kaçınması gereken bir yapı olarak kavramsallaŐtırmıŐtır. Birçok teorisyene göre, bu negatif kavramsallaştırmanın sonucu olarak, karşı aktarım hem literatürde hem de terapi odasında bir tabu konu olarak kalmıŐtır.

Zamanla karşı aktarım, sadece psikanalistlerin değil, farklı yönelimlere sahip uygulamacıların da ilgisini çekmeye baŐlamıŐtır (Gelso & Hayes, 2007). Kavramla

ilgili literatürde farklı görüşlere rastlamak mümkündür. Hem psikodinamik yaklaşım hem de diğer yaklaşımlar açısından karşı aktarımın nasıl tanımlanacağı ve psikoterapideki rolü hala tartışılan bir konudur.

1.1.1. Karşı Aktarıma İlişkin Kavramsallaştırmalar. Gelso ve Hayes (2007), literatürde kendi kavramsallaştırmaları (*bütüncül görüş*) dışında karşı aktarıma dair dört farklı görüşün, yani *klasik*, *totalistik*, *tamamlayıcı* ve *ilişkisel görüş*, var olduğundan bahsetmiştir. Bunlardan ilki olan klasik görüşe, ilk olarak, Freud'un 1910'daki yazılarında (Freud'dan aktaran Gabbard, 2001) rastlanmıştır. Klasik görüşe göre karşı aktarım, hastanın aktarımına yönelik verilen bilinçdışı ve nevrotik tepkilerdir (Kernberg, 1965). Klasik görüşe göre, terapistin çocukluk deneyimlerinden kaynaklanan çözülmemiş meseleleri hastanın aktarımı ile uyarılır ve terapistin tepkileri ile ifade edilir. Klasik görüş, karşı aktarımı zararlı bir yapı olarak tanımlamakta ve terapistlerin bu yapıyı terapide faydalı bir şekilde kullanmasının mümkün olmadığını ve bu sebeple mümkünse karşı aktarımın ortadan kaldırılması gerektiğini ileri sürmektedir; çünkü ideal terapist tutumu nötr olmalıdır. Bu görüş psikoloji alanında yıllarca baskın bir halde kalmış olsa da, hem psikoanalizin kapsamının genişlemesi, hem de psikoterapide farklı patolojilerle karşılaşılmasının sonucunda, başka bir görüş olan, *totalistik tanım*, ortaya çıkmıştır.

Totalistik görüşe göre, terapist tarafından hastaya verilen bütün duygusal tepkiler karşı aktarım olarak tanımlanmaktadır. Totalistler, terapistin hastaya yönelik tutum ve duygularının, hastanın ihtiyaçlarını ve dinamiklerini anlamak adına faydalı ve önemli tepkiler olduğunu ileri sürmüştür (Gelso & Hayes, 2007). Bu kavramsallaştırmayla birlikte karşı aktarım, terapistlerin kendi tepkilerini anlamlandırıp, hastalarının dinamiklerini keşfedebilecekleri meşru bir mercek haline gelmiştir.

Üçüncü bir görüş olan, *tamamlayıcı görüş*, karşı aktarımı hastanın ilişkilene biçiminin veya aktarımının bir tamamlayıcısı olarak görür (Racker, 1957). Terapistin hastanın ilişkilene biçimine veya aktarımına verdiği tepkilerin

kaçınılmaz oluşu hem totalistik hem de tamamlayıcı görüşün ortak anlayışıdır. Tamamlayıcı görüşün ayırt edici tarafı ise, hasta ile terapist arasındaki psikolojik dansa dayanmaktadır. Tedavi süreci boyunca, terapist ve hasta sürekli olarak birbirlerinin içsel ve dışsal tepkilerini etkiler. Hasta, bilinçli ya da bilinç dışı olarak, diğer insanlarda çoğunlukla uyandırdığı belirgin ve muhtemel tepkileri terapistte de uyandırır (Norcross, 2011). Terapist bu tepkilere kapılmak yerine, hastanın ilişki kurma tarzına ve bu tarzın ne söylemeye çalıştığına odaklanarak, etkili terapötik müdahalelerde bulunmaya çalışır.

Son olarak, *ilişkisel kavramsallaştırmada*, karşı aktarım, terapistin ve hastanın karşılıklı bir inşası olarak görülür (Mitchell, 1993). İlişkisel görüşe göre, seans sırasında ortaya çıkan her şey, hasta ve terapist tarafından müşterek bir şekilde inşa edilir. Dolayısıyla, terapist ve hasta, hem karşı aktarım hem de aktarımın doğasını birlikte şekillendirmiş olurlar.

Gelso ve Hayes (2007), bu dört kavramsallaştırmanın yanı sıra, kendi klinik uygulamaları ve uzun vadeli araştırmalarıyla birlikte ortaya *bütüncül* yaklaşım ismini verdikleri bir karşı aktarım görüşünü ileri sürmüşlerdir. Yukarıda bahsedilen görüşlerin her birinden çıkardıkları öğretiler ile Gelso ve Hayes, halihazırda bu çalışmada da kullanılan, karşı aktarım kavramsallaştırmasını şu şekilde sınırlandırarak tanımlamışlardır: “Terapistin her zaman değil ama genellikle bilinç dışı olan, çözülmemiş çatışmalarının içsel ve dışsal tepkileridir” (p. 269) ve bu tepkiler, eğer terapist tarafından başarılı bir şekilde anlaşılır ve hastasını anlamaya yardımcı olmak için kullanılırsa faydalı tepkiler olarak görülebilir.

1.2. Teorik Çerçeve: Karşı Aktarımın Yapısal Teorisi

Bütüncül görüşün savunucularından biri olan Hayes (1995), karşı aktarıma dair, alanda çalışmaların destekleyebileceği ya da çürütebileceği bir teorinin olmadığını fark etmiştir. Hayes, şimdiye kadar karşı aktarıma ilişkin pek çok çalışmanın var olduğunu; fakat bu çalışmaların bulgularıyla, klinik ya da teorik olarak anlamlı bir sonuca ulaşmanın güç olduğunu belirtmiştir. Bu sebeple, Hayes kendi

çalışmalarından ve başka araştırmacıların çalışma bulgularından (örneğin, Gelso, Fassinger, Gomez, & Latts, 1995; Latts & Gelso, 1995; Lecours, Bouchard, & Normandin, 1995; McClure & Hodge, 1987; Robbins & Jolkovski, 1987) faydalanarak, karşı aktarıma ilişkin teorik bir modeli –*yapısal teoriyi*– ortaya atmıştır. Yapısal teori, karşı aktarımı, karşı aktarımın (1) *kökene*, (2) *tetikleyicileri*, (3) *tezahürleri*, (4) *etkileri* ve karşı aktarımla (5) *başta çıkma faktörleri* olmak üzere beş ana yapıya ayırmıştır. Mevcut çalışmada, ilk üç yapıya, yani karşı aktarımın kökeni (terapistlerin ölüm kaygısı ve sağlık davranışları), tetikleyicileri (kronik/ölümcül hastalığa sahip bir danışan) ve tezahürlerine (terapistlerin bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkileri) odaklanılacaktır. Diğer bir deyişle, karşı aktarımın etkileri ve karşı aktarımla başta çıkma faktörleri mevcut çalışmanın kapsamında değildir. Bu nedenle, özetin bir sonraki kısmında yalnızca çalışmada kullanılan üç temel yapı hakkında bilgi verilecektir.

1.2.1. Karşı Aktarımın Kökenleri. Köken, karşı aktarımı doğuran terapistlerin çözülmemiş çatışmaları ve kırılğanlıklarıdır (Gelso & Hayes, 2007; Hayes vd., 1998; Maunders, 2010; Rosenberg & Hayes, 2002). Aynı zamanda karşı aktarımın nereden doğduğu sorusuna cevap veren bir yapıdır. Bütün terapistler, diğer insanlarda olduğu gibi, hayatlarında bir noktaya kadar çözülmemiş problemler yaşarlar. Gelso ve Hayes'e (2007) göre, karşı aktarımın kökeni, terapistin erken çocukluk döneminde yaşadığı meselelere dayanmaktadır; fakat yazarlar her zaman durumun böyle olmadığı görüşünü de bildirmektedirler. Örneğin, terapistin yakın geçmişinde yaşadığı travmatik bir kayıp da terapistte birçok duygusal çatışma yaratabilir.

Çeşitli konular karşı aktarımın kökeni olarak ortaya çıkabilir. Örneğin, bu konuda yapılan niteliksel bir araştırmada, Hayes ve arkadaşları (1998), karşı aktarımın kökenine dair (1) aile meseleleri, (2) ihtiyaç ve değerler, (3) terapiye özgü meseleler ve (4) kültürel meseleler olmak üzere dört farklı konudan bahsetmiştir. İlk kategori, aile meseleleri, çalışmadaki sekiz katılımcı terapistin sekizinde de karşı aktarım tepkileri uyandırmıştır. Terapistler, karşı aktarımla ilgili çözülmemiş meselelerini,

kök aile, ebeveynlik ve partnerlik olmak üzere üç alt kategoride sınıflandırmıştır. Karşı aktarım kökenine dair ikinci kategori olan, terapistlerin ihtiyaç ve değerleri, onların büyülenmesi ve narsistik ihtiyaçlarının önemli, güçlü, haklı ve tatmin edilmesi gereken ihtiyaçlar oluşuna dayanıyordu. Üçüncü kategori olarak, araştırmacılar, karşı aktarımın kökeninin terapistlik rolünün kendisiyle ilişkili olduğunu belirlemişlerdir. Bu kategoriye örnek olarak, birçok terapist, terapistin sona ermesi veya terapi performansı ile ilgili sorunlar yaşadığını bildirmiştir. Son olarak, karşı aktarım kökeninin bir alt kategorisi olan kültürel meseleler, cinsiyet ve ırk gibi alt kategorileri içermektedir. Örneğin, kadın danışanlarıyla çalışırken “güçlü bir erkek” olma ihtiyacı duyan erkek terapistlerden biri, kadın danışanının güçlü biri olduğu algısına sahip olduğunda tehdit altında hissettiğini bildirmiştir.

Ölüm kaygısı ve sağlık davranışları da karşı aktarım kökenlerine örnek olabilecek varoluşsal meseleler olabilir. Terapistlerin bu konulara ilişkin çözülmemiş meselelerinin terapi sürecine nasıl yansıdığı karşı aktarımın kökenlerini anlayabilmek adına önemli gözükmektedir. Bu kökenlere ek olarak, özellikle, bu meseleleri tetikleyebilecek potansiyele sahip, terapiye ölüm ve sağlık meselelerini getiren, kronik/ölümcül hastalarla çalışırken terapistlerin nasıl etkilendikleri üzerinde durulması gereken önemli bir konu olarak düşünülmüştür.

1.2.2. Karşı Aktarımın Tetikleyicileri. Terapistin çözülmemiş çatışmalarına veya zayıf noktalarına dokunan veya onları ortaya çıkaran terapötik olaylar veya danışan özellikleri karşı aktarımın tetikleyicileri olarak adlandırılır (Gelso & Hayes, 2007; Hayes, Gelso, & Hummel, 2011; Rosenberg & Hayes, 2002). Gelso ve Hayes (2007), karşı aktarımın, terapistlerin çözülmemiş çatışmaları ve kırılganlıkları (*karşı aktarımın kökeni*) ile terapötik olaylar veya danışan özellikleri (*karşı aktarımın tetikleyicileri*) arasındaki etkileşime bağlı olarak ortaya çıktığını öne süren, *karşı aktarım etkileşim hipotezini* ortaya atmışlardır. Bu hipoteze göre, terapistle ilişkili faktörlere ek olarak, karşı aktarımın tetikleyicisi olabilecek danışana ilişkin faktörlerin çalışılması da kritik önem taşımaktadır.

Hayes'in (1995) teorik modelini kullanarak, pek çok araştırmacı karşı aktarımın tetikleyicileri hakkında çalışmıştır (örneğin, Doscheck, 2006; Harbin, 2004; Hayes & Gelso, 1993). Danışanların getirdiği problemler ve bu problemleri sunma tarzları en sık çalışılan karşı aktarım tetikleyicileri arasındadır (Hayes & Gelso, 2007). Danışanların getirdiği problemlere odaklanan çalışmalar, cinsel istismar (Latts & Gelso, 1995), HIV enfeksiyonu (Hayes & Gelso, 1993), eşcinsel ilişki problemleri (Gelso vd., 1995), beden algısına ilişkin meseleler (Doscheck, 2006) ve ırkla ilgili meseleler (Harbin, 2004) gibi problemler üzerine yoğunlaşmıştır. Danışanların problemleri sunma tarzlarına bakıldığında, saldırgan, bağımlı ve baştan çıkarıcı danışan tarzları karşı aktarımın tetikleyicileri olarak çalışmalarda incelenmiştir (Brown & Lent, 2008).

Bu araştırmalardan çıkarılan sonuç, karşı aktarımın en güçlü tetikleyicisinin, terapistlerin özölmemiş meseleleri ile danışanlara ilişkin faktörler (örneğin, danışanların sorunlarını sunma biçimleri veya problemleri) arasındaki etkileşim olduğudur (Doscheck, 2006). Benzer şekilde, *karşı aktarım etkileşim hipotezi* dediğimiz, danışan ve terapistte ilişkin faktörlerin etkileşimini esas alan hipotez mevcut tezin temelini oluşturmuştur. Bu nedenle, özölmemiş potansiyel ve varoluşsal terapist meseleleri olarak yüksek ölüm kaygısı ve düşük sağlık davranışlarının, terapiye ölüm ve sağlık meselelerini getiren, kronik/ölümcöl hastalığa sahip danışanlarla çalışırken karşı aktarıma yol açabileceği düşünölmüştür. Karşı aktarımın kendisini nasıl tezahür ettiği ise bir sonraki kısmın konusudur.

1.2.3. Karşı Aktarım Tezahürleri. Karşı aktarım bilişsel, duygusal ve davranışsal olmak üzere üç farklı yolla ya da bu yolların hepsiyle birden tezahür edebilir. Duygusal tepkiler (örneğin, terapist kaygısı; Bandura, 1956; Cohen, 1952; Hayes & Gelso, 1991, 1993; Yulis & Keisler, 1968) ve bilişsel tepkiler (örneğin, danışan materyalinin yanlış hatırlanması; Cutler, 1958; Doscheck, 2006; Bandura, Lipsher, & Miller, 1960; Doscheck, 2006; Harbin, 2004; Hayes & Gelso, 1999) içsel reaksiyonlar olarak düşünölürken, sözlü ve sözsüz davranışlar (örneğin, kaçınma;

Bandura, Lipsher, & Miller, 1960; Doscheck, 2006; Harbin, 2004; Hayes & Gelso, 1991, 1993; Latts & Gelso, 1995) dışsal reaksiyonlar olarak görülmektedir. Mevcut tez, terapistlerin bilişsel, duygusal ve davranışsal karşı aktarım tepkilerini karşı aktarım tezahürleri olarak inceleyecektir. Bu nedenle, bu tezahürlere özellikle bağımlı değişkenler olarak odaklanan çalışmalar bu bölümde incelenmiştir.

1.2.3.1. Karşı Aktarımın Bilişsel Tezahürleri. Pek çok yazar karşı aktarımın bilişsel tezahürünü operasyonel olarak “bilişsel çarpıtma” şeklinde tanımlamıştır. Örneğin, karşı aktarım tezahürüne ilişkin en eski araştırmalardan birinde, Cutler (1958), terapistlerin, kendi çözülmemiş meselelerine dair malzemenin terapide danışan tarafından sunulması durumunda, bu malzemenin terapistler tarafından olduğundan çok daha fazla ya da az şeklinde rapor edildiğini tespit etmiştir. Yine benzer bir çalışmada, araştırmacılar, lezbiyen ve heteroseksüel danışanlara yönelik karşı aktarım tezahürlerini incelemiştir (Gelso vd., 1995). Çalışma bulguları, kadın ve erkek terapistlerin heteroseksüel danışanların kullandıkları kelimeleri doğru sayıda hatırladıklarını; fakat kadın terapistlerin erkek terapistlere kıyasla lezbiyen danışanlarının kullandıkları kelimeleri daha yanlış sayıda hatırlama eğiliminde olduklarını göstermiştir. Bu bulgular, danışan (yaşadığı cinsel güçlükler hakkında konuşan lezbiyen danışan) ve terapist özellikleri (örneğin, terapistin homofobisi) arasındaki etkileşimin karşı aktarımın bilişsel tezahürü olarak görülen bilişsel çarpıtma şeklinde kendisini gösterdiğine bir örnek oluşturmuştur.

1.2.3.2. Karşı Aktarımın Duygusal Tezahürleri. Karşı aktarımın duygusal tezahürü boyutunda en önemli duygu, terapistin kaygısı olarak kabul edilmiştir (Gelso & Hayes, 2007) ve bu konuda yapılan araştırmalar da bunu desteklemiştir (Fauth & Hayes, 2006; Gelso vd., 1995; Hayes & Gelso, 1991, 1993; Hayes vd., 1998; Latts & Gelso, 1995; Yulis & Kiesler, 1968). Özellikle, duygusal olarak ortaya çıkan karşı aktarım, durumluluk kaygısı şeklinde incelenmiştir (Doscheck, 2006; Gelso & Hayes, 1993; Harbin, 2004; Sharkin & Gelso, 1993). Örneğin, Sharkin ve Gelso (1993), hipotezleriyle paralel olarak, öfkeye daha eğilimli ve kendi öfke meseleleri karşısında rahat hissetmeyen terapistlerin kendilerine kızgın olan

danışanlar ile bir aradayken daha fazla kaygı hissettiklerini bildirmiştir. Buna ek olarak, Hayes ve Gelso (1993), erkek terapistlerin, eşcinsel ve HIV enfeksiyonuna sahip danışanların video kayıtlarına verdikleri duygusal tepkileri, kendi rapor ettikleri durumluluk kaygılarıyla değerlendirmeye çalışmışlardır. Çalışma bulguları, terapistlerin HIV-negatif danışana kıyasla, HIV-pozitif danışanın kaydında daha fazla durumluluk kaygısı bildirdiklerini göstermiştir. Bu çalışmalar, terapistlerin durumluluk ya da süreklilik şeklinde ortaya çıkan kaygılarının, klinik ortamda kendilerini tehdit altında algılamalarının doğal bir sonucu olduğunu öne süren karşı aktarım teorisini desteklemektedir.

1.2.3.3. Karşı Aktarımın Davranışsal Tezahürleri. Operasyonel olarak, karşı aktarımın davranışsal tezahürü, genellikle, terapistin danışanın sunduğu malzemedan kaçınması veya geri çekilmesi (Bandura, Lipsher, & Miller, 1960; Hayes & Gelso, 1993) ya da danışana aşırı karışması (Hayes & Gelso, 2001) şeklinde tanımlanmıştır. Davranışsal karşı aktarımı ölçme aracı olarak, araştırmacılar son zamanlarda Bandura ve arkadaşları (1960) tarafından geliştirilen, terapist tepkilerini kaçınma veya yaklaşma olarak sınıflandıran kodlama sistemini kullanmışlardır. Bu kod sistemine göre; terapistlerin onaylama, keşfetme, teşvik etme, yansıtma ve yorumlama tepkileri yaklaşma tepkileri olarak sınıflandırılırken; onaylamama, konuyu değiştirme, sessiz kalma, yok sayma ve yanlış yorumlama tepkileri kaçınma tepkileri olarak sınıflandırılmıştır.

Daha önceden bahsedilen ve bu kodlama sistemini kullanan bir çalışmada, Gelso ve arkadaşları (1995), terapistlerin homofobisi ve karşı aktarımla başa çıkma becerilerinin, lezbiyen ve heteroseksüel danışanlara yönelik kaçınma ve yaklaşma tepkilerine etkilerini incelemiştir. Çalışma bulguları, beklenilenle paralel biçimde, danışanın lezbiyen olması durumunda, terapistlerin homofobisi ve kaçınma tepkileri arasında güçlü ve pozitif yönde bir ilişkinin olduğunu göstermiştir. Diğer taraftan, danışanın heteroseksüel olması durumunda, terapistlerin homofobisi ve kaçınma tepkileri arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde bahsedilen çalışmanın bulgularına paralel olarak, farklı koşullardaki danışanlara yönelik

verilen tepkileri konu alan alışmalar (Gelso vd., 1995; Hayes & Gelso, 1993) birlikte değerlendirildiğinde, terapistlerin karşı aktarımın göstergesi olabilecek bilişleri, duyguları ve davranışlarının farkında olmalarının önemi ortaya çıkmaktadır.

Mevcut tez, bu bağlamda karşı aktarımın yapısal teorisinin üç bileşenini, yani karşı aktarımın kökenlerini (terapistlerin ölüm kaygısı ve sağlık davranışları), tetikleyicilerini (kronik/terminal hastalığa sahip bir danışan) ve tezahürlerini (duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkiler) incelemeyi amaçlamaktadır. Kronik rahatsızlıklar uzun süredir terapistler için karşı aktarımın tetikleyicisi olarak dnlmstr (Goodheart & Lansing, 1997). Öte yandan, bu çalışmada yeni olan, kronik rahatsızlığı olan hastalara yönelik karşı aktarımın, terapistlerin ölüm kaygısı ve sağlık davranışları gibi, terapistle ilgili spesifik faktörlerden nasıl kaynaklandığını incelemesidir. Buna bağlı olarak, aşağıdaki bölümde kronik rahatsızlığı olan danışanlarla psikoterapi ve terapistlerin ölüm kaygısı ve sağlık davranışlarının uygulamalarına olan rolü üzerinde kısaca durulacaktır.

1.3. Kronik Hastalarla Psikoterapi ve Terapistlerin ölüm Kaygısı ve Sağlık Davranışlarının Uygulamalarındaki Rolü

Goodheart ve Lansing (1997), kronik rahatsızlığı olan bir hastanın tedavi surcnde terapistin en sık verdiği tepkinin kaygı olduğunu söylemişlerdir. Tedavi surcnin terapistte ölüm kaygısı, başarısızlığa bağlı kaygı, kırılanlık ve kayıp korkusu uyandırabileceği söylenmektedir. Bununla birlikte, hastanın sağlığıyla ilişkili umut ve ofri gibi olumlu duygulanımların da terapistin karşı aktarımı ile ilgili ipuçları olabileceği dşnlmektedir (Goodheart & Lansing, 1997). Hastanın sıhhatine kavuşması konusunda terapistin umudunun terapiyi doldurur hale gelmesi, hastanın umutsuzluğunun terapist tarafından paylaşılmasını da engelledebilmektedir. Sağlık meselelerinde umut hissinin körelmesi durumlarında hissedilen çaresizlik hissi hem hastayı hem de terapisti uyaraabilecek bir duygu olarak görülmektedir. Bu duygu karşısında her iki tarafın da kontrol hissine tutunmak istemesi ve bu şekilde

çaresizlikten kaçınmaya çabalaması bu duygunun çözülmesini zorlaştıran bir çaba olarak görülmektedir.

Kronik rahatsızlığı olan bir hastaya psikoterapi sağlamak, beden farkındalığı ve sağlıkla ilgili konuları da gün yüzüne çıkarmaktadır (Wood, 2011). Terapistler, kendi yaşam öyküleri ve tecrübeleri doğrultusunda kendi sağlıkları ve başkalarının sağlığına yönelik bir tutum geliştirirler (Goodheart & Lansing, 1997). Hastalık, vücut işlevselliği ve bozulmalar, cinsel işlevsellik ve fiziksel yakınlık, başkalarına bakım sunma ve bakım görme gibi çeşitli alanlarda tutumlar geliştirmektedirler. Terapistlerin güçten düşme ve çökme korkuları diğer insanlarınkine çok benzemekte ve bir çoğu ölüm ile alakalı en az bir kez geçici bir dehşet yaşamaktadırlar. Terapistlerin kendi ölüm dehşetlerini nasıl yönettikleri ve sağlıklarına yönelik olarak nasıl bir tutum ve davranış geliştirdikleri, bu tarz problemleri terapiye getiren kronik/ölümcül rahatsızlığa sahip hastalarla çalışırken karşı aktarıma etki edebilecek önemli faktörler olarak gözükmektedir.

Terapistlerin ölüm kaygılarının kronik hastalara yönelik tepkileri üzerindeki etkisini araştıran herhangi bir çalışma bulunmamasına rağmen, literatür terapistlerin ölüm kaygılarının klinik uygulamalarına etkisi hakkında bilgi sunmaktadır. Örneğin, Brown ve Walden (2006) bir çalışmada psikoterapistlerin kendi ölüm kaygısı ile yaşlı erişkinlere yönelik tutumları arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Araştırmacılar, psikoterapistin ölüm kaygısı ile yaşlı erişkinlere karşı olumsuz tutumları arasında belirgin bir ilişki olduğunu bulmuşlardır. Bu araştırma, terapistlere kendi ölüm kaygıları ve belirli gruplara yönelik tutumları hakkında değerli bilgiler sağlamaktadır. Bir başka çalışmada, Belviso (2011), terapistlerin tecrübesiz ve yüksek ölüm kaygısına sahip olmaları ile daha nesnel teorik yaklaşımları tercih etmeleri arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgu, terapistlerin ölüm kaygılarının uygulamalarına etkisi hakkında da bilgi sunmaktadır. Bu ne, terapistlerin ölüm kaygısının kronik rahatsızlığı olan hastalarla çalışırken karşı aktarım tepkilerine bir etkisinin olması da muhtemel olabilir.

Bu çalışmada kullanılan bir diğer terapist faktörü ise, terapistlerin sağlık davranışlarıydı. Kronik rahatsızlığa sahip hastalarla çalışırken, bu hastaların sağlıklı ilgili konuları psikoterapi odasına getirme olasılığı yüksektir. Hastaların geçmişteki ve günümüzdeki sağlık davranışları terapinin konusu olabilir. Bergner (2011), hastaların rahatsızlıklarının etiolojisi ile ilgili inançlarının hastalık deneyiminin merkezinde yer aldığını belirtmiştir. Akciğer kanseri hastaları ile yapılan bir araştırmada, hastaların % 29.5'inin geçmişteki davranışlarının (örneğin, sigara içmek) hastalığa sebebiyet verdiğini düşündükleri ve bu tanımlamanın hastaların hissettikleri suçluluk ve utanç duygularının artması ile ilişkili olduğu keşfedilmiştir (LoConte, Else-Quest, Eickhoff, Hyde, & Schiller, 2008). Hastalarla benzer şekilde, terapistler de ölümle ilgili dehşetlerini yönetmeye çalışırken riskli sağlık davranışları sergileyebilirler. Eğer terapist bu evrensel, ilkel ve duygusal temel unsurları bilinç düzeyine getirip onları entegre edemezse, hastadan kaçınma ya da hastayla aşırı özdeşleşme gibi belirgin riskler ortaya çıkabilir (Goodheart & Lansing, 1997). Bu nedenle, terapistlerin ölüm kaygısı ve sağlık davranışlarının, kronik hastalığı olan danışanlara yönelik karşı aktarım tezahürlerine etkilerini araştırmak önemlidir.

1.4. Mevcut Çalışma

Gelso ve Hayes'in (2007) belirttiği gibi, karşı aktarım çalışmaları henüz erken dönemindedir. Bu nedenle terapistlerin, karşı aktarım tepkilerini ve bu tepkilerin kökenlerini ve tetikleyicilerini kavramalarına ve daha iyi yönetebilmelerine yardımcı olacak araştırmalara hala ihtiyaç duyulmaktadır. Spesifik olarak, kronik rahatsızlığı olan hastalarla yapılan psikoterapi, terapistlerde güçlü bir karşı aktarım alanı yaratmaktadır (Goodheart & Lansing, 1997). Danışanların sağlık durumlarının karşı aktarıma etkisine ilişkin teorik ve klinik ilgi mevcut olmasına rağmen, bu konuda ampirik çalışma bulunmamaktadır. Dolayısıyla, danışanların sağlık durumlarının terapistlerin karşı aktarım tepkilerine olan etkisini araştırmak özellikle önemli gözükmektedir.

Bir diğer önemli husus, kronik rahatsızlığa sahip hastalarla çalışırken verilen tepkilerin derecesinin terapistten terapistte değişebilmesidir. Bu durum karşı aktarımın nereden kaynaklandığı sorusunu karşımıza çıkarmaktadır. Bugüne kadar Türkiye'de ve diğer kültürlerde, hastaların sağlık durumlarının ve terapistlerin ölüm kaygısı ve sağlık davranışlarının, karşı aktarım tezahürlerine olan etkisine yoğunlaşan bir araştırma bulunmamaktadır. Bu nedenle, bu konuyu incelemek, karşı aktarım tepkilerini fark edebilmek, kontrol edebilmek ve yönetebilmek, böylece psikoterapi sürecine zararlı etkilerini önleyebilmek adına önemlidir.

Bu bağlamda, mevcut araştırma, danışanların sağlık durumunun (danışan faktörü), terapistlerin ölüm kaygısı ve sağlık davranışlarının (terapist faktörleri) karşı aktarım tezahürlerine (bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler) etkilerini incelemeyi amaçlamıştır.

Araştırmanın başlıca hipotezleri şu şekildedir:

(1) Terapistin ölüm kaygısının (yüksek/ düşük) karşı aktarımın farklı tezahürleri üzerindeki ana etkisinin anlamlı olması beklenmektedir.

(1a) Danışanın sağlık durumundan bağımsız olarak, ölüm kaygısı yüksek terapistlerin, ölüm kaygısı düşük terapistlere kıyasla, bilişsel çarpıtma puanları daha yüksek olacaktır.

(1b) Danışanın sağlık durumundan bağımsız olarak, ölüm kaygısı yüksek terapistlerin, ölüm kaygısı düşük terapistlere kıyasla, durumluluk kaygı puanları daha yüksek olacaktır.

(1c) Danışanın sağlık durumundan bağımsız olarak, ölüm kaygısı yüksek terapistlerin, ölüm kaygısı düşük terapistlere kıyasla, davranışsal kaçınma puanları daha yüksek olacaktır.

(2) Terapistin sağlık davranışlarının (yüksek/ düşük) karşı aktarımın farklı tezahürleri üzerindeki ana etkisinin anlamlı olması beklenmektedir.

(2a) Danışanın sağlık durumundan bağımsız olarak, sağlık davranışları düşük terapistlerin, sağlık davranışları yüksek terapistlere kıyasla, bilişsel çarpıtma puanları daha yüksek olacaktır.

(2b) Danışanın sağlık durumundan bağımsız olarak, sağlık davranışları düşük terapistlerin, sağlık davranışları yüksek terapistlere kıyasla, durumluluk kaygı puanları daha yüksek olacaktır.

(2c) Danışanın sağlık durumundan bağımsız olarak, sağlık davranışları düşük terapistlerin, sağlık davranışları yüksek terapistlere kıyasla, davranışsal kaçınma puanları daha yüksek olacaktır.

(3) Danışanların sağlık durumlarının (kronik/akut hastalığa sahip olma) karşı aktarımın farklı tezahürleri üzerindeki ana etkisinin anlamlı olması beklenmektedir.

(3a) Terapistlerin kronik/ölümcül rahatsızlığa sahip danışana yönelik bilişsel çarpıtma puanları akut rahatsızlığa sahip danışana yönelik bilişsel çarpıtma puanlarından daha yüksek olacaktır.

(3b) Terapistlerin kronik/ölümcül rahatsızlığa sahip danışana yönelik durumluluk kaygı puanları akut rahatsızlığa sahip danışana yönelik bilişsel çarpıtma puanlarından daha yüksek olacaktır.

(3c) Terapistlerin kronik/ölümcül rahatsızlığa sahip danışana yönelik davranışsal kaçınma puanları akut rahatsızlığa sahip danışana yönelik bilişsel çarpıtma puanlarından daha yüksek olacaktır.

(4) *Terapistlerin ölüm kaygısı ve sağlık davranışları seviyeleri ile danışanların sağlık durumlarının ortak etkisinin anlamlı olması beklenmektedir.*

(4a) Ölüm kaygısı yüksek ve düşük terapistlerin bilişsel çarpıtma, durumluluk kaygısı ve davranışsal kaçınma puanları kronik/ölümcül rahatsızlığa sahip danışanda artacaktır; fakat bu artışın ölüm kaygısı yüksek terapistlerde daha fazla olması beklenmektedir.

(4b) Sağlık davranışları yüksek ve düşük terapistlerin bilişsel çarpıtma, durumluluk kaygısı ve davranışsal kaçınma puanları kronik/ölümcül rahatsızlığa sahip danışanda artacaktır; fakat bu artışın sağlık davranışı düşük terapistlerde daha fazla olması beklenmektedir.

(4c) Farklı ölüm kaygısı ve sağlık davranışları seviyesine sahip terapistlerin bilişsel çarpıtma, durumluluk kaygısı ve davranışsal kaçınma puanları kronik/ölümcül rahatsızlığa sahip danışanda artacaktır; fakat bu artışın ölüm kaygısı yüksek ve sağlık davranışı düşük terapistlerde daha fazla olması beklenmektedir.

BÖLÜM 2

YÖNTEM

2.1. Araştırma Deseni

Bu çalışmada görsel-işitsel bir analog yöntem kullanılmıştır. Her katılımcı için veri toplama süreci iki kısımdan oluşmaktadır. İlk olarak, terapistlerin sağlık davranışlarını ve ölüm endişesini ölçen veriler, ikinci kısım (analog seanslar) başlamadan kısa süre önce çevrimiçi anket yoluyla toplanmıştır. Daha sonra, katılımcılar, ısınma danışanını, akut hastalığa ve kronik hastalığa sahip danışanları canlandıran üç tip minyatür videolara tabi tutulmuştur. Bu şekilde, katılımcıların

minyatür videolardaki danışanlara verdikleri duygusal, bilişsel ve davranışsal karşı aktarım tepkileri ölçülmüştür.

Araştırma, gruplar arası iki değişkenin (sağlık davranışı ve ölüm kaygısı) ve grup içi bir değişkenin (videoya çekilen danışanların sağlık durumu) kombinasyonunu içeren karma etkensel tasarımıdır. Teorik çerçeve göz önünde bulundurulduğunda, bağımsız değişkenler olarak bu faktörlerin, bağımlı değişkenler olarak duygusal, bilişsel ve davranışsal karşı aktarım tepkilerini nasıl etkilediği araştırmanın ana sorusu olmuştur. Buna göre, duygusal ve bilişsel karşı aktarım değerlendirmeleri, her analog oturumdan kısa bir süre sonra belirlenmiştir. Davranışsal karşı aktarım ise, her analog oturumda durma noktaları sırasında belirlenmiştir.

2.2. Örneklem

Daha önce psikoterapi hizmeti sunmuş ya da halen sunmakta olan ve çalışmaya kadar en az 10 seans terapi hizmeti vermiş olan 100 uygulamacı araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 28.06 ($ss = 3.17$) olup, yaş aralıkları 23 ile 41 arasında değişmektedir. Örnekleme toplam 89 kadın (89%) ve 11 erkek (11%) bulunmaktadır.

2.3. Video Kayıtları

Çalışma ODTÜ Uygulamalı Etik Araştırma Merkezi tarafından onaylandıktan sonra video kayıtları hazırlanmaya başlanmıştır. Öncelikle, her koşulun senaryosu yazılıp, bir psikoloji profesörü ile bu senaryoların üzerinden geçilmiştir. Sonrasında, Hacettepe Üniversitesi Ankara Devlet Konservatuarı Tiyatro Bölümü'nden üç gönüllü kadın aktris bu senaryolar üzerinde yaklaşık iki hafta çalışarak, rol almışlardır. Çalışmanın örneklemini çoğunlukla kadınların oluşturması ve buna ek olarak karşı aktarımın, danışan ve terapistin ortak birçok faktörü paylaştığı zaman daha güçlü olması beklenildiğinden (Goodheart & Lansing, 1997), oyuncular kadın olarak seçilmiştir.

Isınma danışanı olarak adlandırılan ve her terapistin çalışmada ilk olarak izlediği kayıt, katılımcıları analog formatına alıştırmak, katılımcıların temel durumluluk kaygı seviyesini belirlemek ve araştırmanın esas amacını katılımcılardan gizlemek amaçlarıyla hazırlanmıştır. Isınma danışanı rolü üç oyuncudan yalnızca biri tarafından oynanmıştır. Bu danışan, zaman yönetiminde yaşadığı sorunları çözmek için terapiye başvuran, 27 yaşında, finans uzmanı bir kadındır. Bu danışanın video kayıt süresi yaklaşık üç dakika olup, bu kayıta katılımcıların danışana tepki vermelerinin beklendiği dört durak noktası vardır.

Potansiyel ve istenmeyen aktris etkilerini kontrol altına almak için kalan her iki aktris, hem kronik hastalık durumundaki danışan rolünü hem de akut hastalık durumundaki danışan rolünü canlandırmıştır. Bu danışanların senaryoları hazırlanırken yine olası istenmeyen etkileri kontrol edebilmek adına, akut ve kronik hastalığa sahip danışanların senaryoları her bir durak noktalarındaki temalar ve kelime sayısı olarak eşitlenmiştir. Katılımcıların karşı aktarım tepkilerinin daha güçlü olması ve ölümlülikle ilişkisinin göreceli olarak daha güçlü olması beklendiğinden kronik hastalık kanser olarak belirlenmiştir. Diğer taraftan, ölümlülikle ilişkisinin göreceli olarak daha zayıf olması beklendiğinden akut hastalık doku zedelenmesi olarak tanımlanmıştır. Kronik hastalık durumunda olan danışan, 28 yaşında, kemoterapi alan bir kanser hastası olup, hastalığın yarattığı endişe ve korku hisleriyle terapiye başvurmuş bir kadındır. Akut hastalık durumunda olan danışan ise, 27 yaşında, ayağını incitmiş ve bu sakatlıktan sonra artan kaygı hissi ile terapiye başvurmuş bir kadındır. Her iki video kaydının süresi yaklaşık beş dakika olup, bu kayıtlarda katılımcıların danışanlara tepki vermelerinin beklendiği altı durak noktası bulunmaktadır. Araştırmaya başlamadan önce, psikoloji alanından dört lisansüstü öğrenciyle, hem çalışma formatını düzenlemek, hem de kayıtlardaki aktrislerin inandırıcı ve beğenilebilir olup olmadıklarını tespit etmek amacıyla bir pilot çalışma yürütülmüştür. Pilot çalışmanın sonucunda kayıtlardaki aktrislerin inandırıcı ve beğenilebilir olduğuna karar verilip, ana çalışmaya geçilmiştir.

2.4. Ölçüm Araçları

Analog oturumlardan önce katılımcılara sunulan çevrimiçi anket bataryası demografik bilgi formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Walker, Sechrist, & Pender, 1987), Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği (Thorson & Powell, 1994) ve İki Boyutlu Sosyal İstenirlik Ölçeği'nden (Akın, 2010) oluşmaktadır. Katılımcıların bilişsel karşı aktarım tepkileri, analog oturumlardan kısa bir süre sonra, katılımcılara kronik hastalık koşulu için “ölüm” ve “hastalık” kelimelerinin seansta danışan tarafından kaç kez kullanılmış olabileceği sorularak; akut hastalık koşulu için ise “sakatlanma” ve “düşme” kelimelerinin seansta danışan tarafından kaç kez kullanılmış olabileceği sorularak tespit edilmiştir. Katılımcıların bilişsel karşı aktarım deneyimleri arttıkça, seansta kullanılan gerçek kelime sayısından sapmalarının da o oranda artması beklenmiştir. Duygusal karşı aktarım tepkileri ise, analog oturumlardan kısa bir süre sonra, katılımcıların durumluluk kaygıları ölçülerek tespit edilmiştir. Katılımcılara “Durumluluk Kaygı Envanteri” (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970) verilmiş, kendilerinden danışanla seans esnasında nasıl hissettiklerine uygun olarak anketi doldurmaları istenmiştir. Duygusal karşı aktarım deneyimleyen terapistlerin durumluluk kaygılarının, deneyimlemeyenlere kıyasla daha fazla olması beklenmiştir. Son olarak, katılımcıların davranışsal karşı aktarım tepkilerini tespit etmek için kendilerinden, analog seanslardaki durak noktalarında (kendilerini danışanlarla gerçek bir seansta gibi varsayarak) danışanlara tepki vermeleri beklenmiştir. Sonrasında bu tepkiler, yaklaşma-kaçınma yönteminden (Bandura, Lishper, & Miller, 1960) faydalanarak kodlanmış ve terapistlerin kaçınma tepki sayısı, verdikleri toplam tepki sayısına bölünerek davranışsal kaçınma frekansı hesaplanmış ve analizlere katılmıştır. Kodlama sürecinde, kodlamaların güvenilirliğini sağlayabilmek adına bir yardımcı kodlayıcı ile birlikte çalışılmıştır. Yardımcı kodlayıcı terapist transkripsiyonlarının % 20'sini kodlamıştır. Sonrasında değerbiçiciler arası uyuşma için sınıf içi güvenilirlik katsayısı hesaplanmış ve bu kodlayıcıların ortalamasındaki varyansın % 88'inin gerçek olduğu saptanmıştır.

2.5. Prosedür

Çalışma sosyal medya, telefon ya da yüz yüze görüşmeler aracılığıyla katılımcılara duyurulmuştur. Katılımcılara, terapi süreciyle ilgili bir analog çalışmada yer alacakları söylenmiş ve araştırmanın gerçek hipotezleri hakkında bilgilendirme yapılmamıştır. Çalışma ODTÜ ve Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü laboratuvarlarında gerçekleştirilmiş olup, laboratuvara gelen katılımcılara ilk olarak çevrimiçi anket bataryası denkleştirilmiş sıra ile sunulmuş, sonrasında analog seanslarla ilgili yönergeler paylaşılmıştır. Analog seanslarda, terapistlerden bu danışanlarla daha önce 4 seans gerçekleştirdiklerini ve iyi bir ilişki kurduklarını varsaymaları ve danışan ekranda belirdikten sonra kaydı durdurmadan, gerçek bir seanstaymış gibi varsayarak danışanları tek seferde izlemeleri ve tepki vermeleri istenmiştir. Katılımcılar her kayıta ilk olarak danışanla ilgili bir özgeçmiş bilgisiyle karşılaşmış, sonrasında ekranda danışanı görmüşlerdir. Ayrıca, katılımcılar analog seanslar esnasında tepkilerinin video kaydına alınacağı ve bu kayıtların gizli kalacağı konusunda bilgilendirilmiştir. Araştırmacı, analog seanslarda katılımcılardan tepki vermelerini beklediği durak noktalarıyla ilgili yönergeyi paylaştıktan sonra, ekranı açıp, odadan ayrılmıştır. Böylelikle katılımcıların gerçek bir seanstaymış gibi varsaymalarını kolaylaştırmaya çalışmıştır. Her analog seans bitiminde katılımcılar araştırmacıya haber vermiş, araştırmacı onların buldukları odaya gelerek, katılımcıların bilişsel ve duygusal karşı aktarım tepkilerini ölçmüştür. Katılımcılar bu ölçümleri doldururken araştırmacı bir sonraki kaydı açmış, ölçümler bittikten sonra ise, katılımcıyı bir sonraki kaydı izlemesi için tekrar yalnız bırakmış ve prosedür diğer kayıtlar için de aynı şekilde tekrar etmiştir. Isınma danışanından sonraki kayıtlar, katılımcılara hem koşul hem de aktris sırası denkleştirilerek sunulmuştur.

BÖLÜM 3

SONUÇ VE TARTIŞMA

3.1. Ön Analizler

Bu bölümde temel olarak, çalışma değişkenlerinin (ölüm kaygısı, sağlık davranışları, bilişsel çarpıtma, durumluluk kaygısı ve davranışsal kaçınma) tanımlayıcı istatistiklerini gözlemlemek, aktris-sıra koşulları arasında bağımlı değişkenlere (bilişsel çarpıtma, durumluluk kaygısı ve davranışsal kaçınma) göre farklılıkların olup olmadığını tespit etmek ve çalışma değişkenleri arasındaki ilişkileri belirlemek amaçlanmıştır. Sırasıyla tanımlayıcı istatistikler raporlandıktan sonra, tek yönlü varyans analizi yardımıyla aktris-koşul etkisine bakılmış ve bağımlı değişkenlerin boyutları açısından çalışmadaki dört muhtemel koşul arasında anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur. Daha sonra, çalışma değişkenleri arasındaki ilişkileri incelemek için korelasyon analizleri yapılmıştır. Analiz bulgularına göre, katılımcıların kronik hastalık koşulundaki bilişsel çarpıtma puanları ile akut hastalık koşulundaki bilişsel çarpıtma puanları arasında pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r = .49, p < .01$). Durumluluk kaygı değişkeni göz önüne alındığında, yine kronik ve akut hastalık koşullarındaki her iki ölçüm puanı arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r = .33, p < .01$). Son olarak, davranışsal kaçınma ölçümleri arasındaki ilişki göz önüne alındığında, kronik hastalık durumu skorunun akut hastalık durumu skoru ile pozitif ve anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur ($r = .35, p < .01$).

3.2. Ana Analizler

Terapistlerin ölüm kaygısı (yüksek/düşük) ve sağlık davranışlarının (yüksek/düşük) ve danışanların sağlık durumunun (kronik/akut hastalık durumu), her bir bağımlı değişken (durumluluk kaygısı, bilişsel çarpıtma ve davranışsal kaçınma) üzerindeki etkilerini belirleyebilmek amacıyla 2(ölüm kaygısı) x 2(sağlıklı davranış) x 2(danışanların sağlık durumu) karışık desenli varyans analizi kullanılmıştır.

3.2.1. Danışan Faktörünün Ana Etkisi. Akut hastalık durumuna karşı kronik/terminal hastalık durumu şeklinde operasyonel olarak tanımlanan danışanların sağlık durumunun terapistlerin karşı aktarım tepkileri üzerinde anlamlı bir ana etkiye sahip olmadığı bulunmuştur. Çalışmada, katılımcılar, kronik hastalık durumunda olan danışana, akut hastalık durumunda olan danışana kıyasla, daha fazla bilişsel çarpıtma, durumluluk kaygısı ve davranışsal kaçınma tepkileri vermiş olmasına rağmen, iki koşul arasında bağımlı değişkenlere göre gözlemlenen fark anlamlı bulunmamıştır.

Bu hipotezin reddedilmesinin muhtemel bir nedeni, varsayılan etkinin aslında mevcut olmaması olabilir. Korelasyon analizleri, terapistlerin kronik hastalık ve akut hastalık koşullarındaki bilişsel çarpıtma, durumluluk kaygısı ve davranışsal kaçınma puanları arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir ($r = .49, p < 0.01$; $r = .33, p < .01$; $r = .35, p < .01$). Dolayısıyla, danışanların sağlık durumundan bağımsız olarak, terapistlerin farklı koşullardaki tutarlı karşı aktarım tepkilerini açıklayan bazı olası terapist özelliklerinin (örneğin, empati, kavramsallaştırma becerileri) olabileceği söylenebilir. Tepkilerin tutarlılığı ile alakalı olası bir diğer faktör, terapistlerin performans kaygısı olabilir. Çalışmadaki katılımcıların hepsi ilk defa görsel-işitsel bir analog çalışmaya katıldıklarını bildirmiştir. Dolayısıyla bu yeni deneyimin, terapistlerde performans kaygısına yol açması beklenebilir. Örneğin, çalışmadaki terapistlerden birisi çalışmaya ilişkin şöyle bir yorumda bulunmuştur: “Araştırmanın amacının terapistlerin performansının değerlendirilmesi olduğunu düşünmüştüm ve bazen iyi bir performans sergilemeye o kadar odaklandım ki danışanın sorununu kaçırdığımı fark ettim.” Katılımcılar kendi performans kaygıları nedeniyle, hem danışanlara hem de çalışmaya odaklanmakta zorluk yaşamış olabilirler, bu da hem kronik hem de akut rahatsızlık durumundaki danışanlara benzer tepkiler vermelerine yol açmış olabilir.

3.2.2. Terapist Faktörlerinin Ana Etkileri. Thorson-Powell Ölüm Kaygısı Ölçeği ile ölçülen terapistlerin ölüm endişesinin karşı aktarım tepkileri üzerinde anlamlı bir ana etkisinin olmadığı bulunmuştur. Benzer şekilde, Sağlıklı Yaşam

Biçimi Davranışları Ölçeği II ile ölçülen terapistlerin sağlık davranışlarının karşı aktarım tepkileri üzerinde anlamlı bir ana etkisinin olmadığı görülmüştür. Sonuçların beklenildiği gibi bulunmaması çalışma verisinin toplandığı tarih aralığıyla ilişkili olabilir. Mevcut çalışmanın başlama ve bitiş tarihleri (10 Nisan ve 28 Temmuz 2016), Türkiye'de birçok kayıp ve çok sayıda güvenlik tehdidinin yaşandığı bir döneme denk gelmiştir. Ülkemizde yaşanan hayatı tehdit edici bu olaylar, terapistlerin ölüm kaygıları ve sağlık meseleleri ile ilgili konularda farkındalıklarını arttırmış olabilir. Bu tarz travmatik olaylara maruz kalmış bireylerle çalışmak mevcut çalışmadaki terapistleri kendi ölüm kaygıları ve sağlık meseleleri ile ilgili düşünmeye ve onlar üzerinde çalışmaya yöneltmiş olabilir. Travmatize olmuş kişilere psikoterapi hizmeti sunmamış olsalar dahi, kendi yaşantılarında bu olaylar karşısında nasıl hissettiklerini konuşmak birçok terapistin gündemi olmuştur. Bununla birlikte, pek çok lisansüstü program, pratisyenlerini bireysel terapi sürecini deneyimlemeye teşvik etmektedir. Mevcut çalışmadaki terapistler kendi bireysel terapilerinde de ölüm kaygıları ve sağlık meseleleri üzerinde kafa yormuş olabilirler ve bu deneyim onların karşı aktarım tepkilerini kontrol edebilmelerinde etkili olmuş olabilir.

3.2.3. Danışanların Sağlık Durumları ile Terapistlerin Ölüm Kaygıları ve Sağlık Davranışlarının Ortak Etkisi. İlk olarak, danışanların sağlık durumunun ve terapistlerin ölüm kaygısının, bilişsel ve davranışsal karşı aktarım tepkileri üzerindeki ortak etkisinin anlamlı olmadığı bulunmuştur. Bu bulgular çalışmanın hipotezleri ile çelişmektedir. Diğer taraftan, danışanların sağlık durumu ve terapistlerin ölüm kaygısının, duygusal karşı aktarım tepkileri üzerindeki ortak etkisi anlamlı bulunmuştur. Bir başka deyişle, ölüm kaygısı yüksek terapistler, kronik hastalığa sahip danışanlayken ($\bar{x} = 8.50, ss = 1.34$) akut hastalığa sahip danışana ($\bar{x} = -2.82, ss = 1.05$) kıyasla anlamlı derecede daha yüksek durumluluk kaygısı bildirmişlerdir. Diğer taraftan, ölüm kaygısı düşük terapistlerin durumluluk kaygısı ise, akut hastalığa sahip danışanlayken ($\bar{x} = -2.63, ss = 1.12$) kronik hastalığa sahip danışana ($\bar{x} = 3.53, ss = 1.43$) kıyasla belli belirsiz düşüktür. Bu bulgu literatürle uyumludur (örn., Mohr, Gelso, & Hill, 2005) ve Gelso ve Hayes'in *karşı*

aktarım etkileşim hipotezini (2007) desteklemektedir. Daha önce de belirtildiği gibi, Gelso ve Hayes'e (2007) göre, karşı aktarım, terapist faktörü (köken; bu çalışmada ölüm kaygısı) ile terapi ya da danışan faktörü (tetikleyici; bu çalışmadaki danışanların sağlık durumu) arasındaki etkileşim sonucunda oluşmaktadır.

İkincisi, danışanların sağlık durumunun ve terapistlerin sağlık davranışlarının, karşı aktarım tepkileri üzerindeki ortak etkisi anlamlı değildir. Bu bulgular da çalışmanın hipotezleri ile çelişmektedir. Çalışmada hem yüksek hem de düşük sağlık davranışlarına sahip terapistlerin kronik hastalığı olan danışana daha fazla bilişsel çarpıtma, durumluluk kaygısı ve davranışsal kaçınma tepkileri vermeleri bekleniyordu. Bununla birlikte, bu tepkilerdeki artışın sağlık davranışları düşük terapistler için daha fazla olması bekleniyordu.

Son olarak, beklenilenin aksine, danışanların sağlık durumunun ve terapistlerin ölüm kaygısı ve sağlık davranışlarının karşı aktarım tepkilerine ortak etkisi anlamlı değildir. Farklı düzeyde ölüm kaygısı ve sağlık davranışlarına sahip terapistlerin kronik hastalığı olan danışana daha fazla bilişsel çarpıtma, durumluluk kaygısı ve davranışsal kaçınma tepkileri vermeleri bekleniyordu. Bununla birlikte, bu tepkilerdeki artışın ölüm kaygısı yüksek ve sağlık davranışları düşük terapistler için daha fazla olması bekleniyordu.

Beklenilenin aksi yöndeki bulgular, aşağıdaki şekilde yorumlanabilir. İlk olarak, terapistlerin Thorson-Powell Ölüm Kaygısı ve HPLP-II ile ölçülen ölüm kaygısı ve sağlık davranışları, düşük ve yüksek şeklinde yapay bir gruplama ile analizlere katılmıştır. İstatistiksel olarak, sürekli bir değişkenin gruplara bölünmesinin güç kaybına neden olduğu bildirilmiştir (Newton & Rudestam, 2013). Her ne kadar "doğal" bir bölme noktası (yani, orta nokta yaklaşımı) tercih edilse de, yüksek ve düşük şeklinde bölünen bu sürekli değişkenler gerçek dünyadaki bu ayrımı temsil etmemiş olabilir. Bir diğer açıklama ise, kronik hastalığa sahip danışanın video kaydından sonra, çalışmadaki terapistlerden bazıları kendi riskli sağlık davranışlarını, kendi ölümlerini ya da yakınlarının ölümlerini düşündüklerini

bildirmişlerdir; fakat katılımcıların var olan ölüm kaygıları ve riskli sağlık davranışları, ölüm kaygısı ve riskli sağlık davranışları ile ilişkin problemlerini terapiye getiren bir danışanla karşılaştıklarında ve ona tepki vermeleri beklendiğinde, karşı aktarım tepkilerini yönetemeyecek kadar güçlü olmayabilir. Mevcut çalışmadaki terapistler düşünüldüğünde, sahip oldukları klinik tecrübe ve süpervizyon tecrübesi, bu terapistlerin karşı aktarım tepkilerini makul bir şekilde yönetmelerine imkân sağlamış olabilir.

3.2.4. Mevcut Araştırmanın Önemi ve Katkıları. Bildiğimiz kadarıyla, şimdiye kadar danışanların sağlık durumlarının ve terapistlerin ölüm kaygısı ve sağlık davranışlarının, karşı aktarım tepkileri üzerindeki etkilerini ölçmeyi amaçlayan, diğer bir deyişle karşı aktarım etkileşim hipotezini bu değişkenler ile test etmeyi öneren bir çalışma yapılmamıştır. Bu nedenle, bu çalışma, terapistlerin ölüm kaygısı ve sağlık davranışlarının bir fonksiyonu olarak temelde kronik/ölümcül hastalara verilen karşı aktarım tepkileri üzerine odaklanması yönüyle bir öncü olmuştur. Farklı gruplara yönelik verilen karşı aktarım tepkileri, daha önce karşı aktarım etkileşim hipoteziyle test edilmiş olsa dahi, bu çalışma daha önce hiç odaklanılmayan özel bir gruba, yani kronik hastalara odaklanması yönüyle de alanda yeni bir çalışmadır.

Türk psikoloji alan yazınına baktığımızda, Türkiye'deki terapistlerin karşı aktarım tepkilerini konu alan ampirik bir çalışmanın olmadığı görülmüştür. Bu nedenle, ülkemizde bu araştırma alanının hâlâ bebeklik döneminde olduğu ileri sürülebilir. Kuşkusuz ki, duygularımızı danışana doğru bir şekilde ifade etmemize izin verdiği veya bizi sınırladığı noktalar göz önüne alındığında kültürle karşı aktarım arasında bir etkileşim vardır. Bu bağlamda, karşı aktarımın farklı kültürel bağlamda incelenmesi kritik görünmektedir. Türk terapistlerin karşı aktarım tepkilerini inceleyen ilk çalışma olan bu tez, bu anlamda da Türk psikolojisi literatürüne katkıda bulunmuştur. Ayrıca, özel ve ulaşılmaması zor bir örnekleme klinik psikoloji araştırması yürütmek bu çalışmanın güçlü yanları arasındadır.

Karşı aktarım tepkilerinin birçok olumsuz sonuca neden olabileceği ileri sürülmektedir (Harbin, 2004). Örneğin, karşı aktarım davranışlarını sergileyen terapistlerin, terapötik ittifak ve psikoterapide etkililik değişkenleri açısından daha zayıf olduğu raporlanmıştır (Hayes, Riker, & Ingram, 1997; Ligiero & Gelso, 2002). Karşı aktarım davranışının küçük birimlerinin bile daha olumsuz terapi sonuçlarına yol açtığı söylenmektedir (Friedman & Gelso, 2000). Bu nedenle, bu çalışma, kronik hastalığı olan danışanlarla yürütülen psikoterapi sürecinde ortaya çıkabilecek ve tedavi sürecinin etkililiğini engelleyebilecek olası sorunlara odaklanması açısından önemli bir çalışma olmuştur.

3.2.5. Sınırlılıklar ve Gelecek Çalışmalar için Öneriler. Mevcut çalışma laboratuvarında yürütülen analog bir çalışmadır. Dolayısıyla, sonuçların gerçek terapi seanslarına genellenebilir olup olmadığı sorusu ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle, gelecek çalışmalar, gerçek terapi seanslarına odaklanabilir. Bir diğer sınırlılık ise, çalışmada kullanılan bilişsel ölçümün güvenilirliğiyle alakalıdır. Bu ölçüm, katılımcıların sosyal istenir yanıtlarından bağımsız bir ölçme aracı olması nedeniyle tercih edilmiş olsa da, bildiğimiz kadarıyla şimdiye kadar benzer bir metodolojiyi kullanan ve hipotezlerini doğrulayan tek bir çalışma vardır. Dolayısıyla, terapistlerin analog seanslarda danışanlar tarafından kullanılan kelimeleri eksik ya da fazla hatırlamalarının bilişsel karşı aktarım deneyimi dışında farklı nedenleri olabilir. Örneğin, terapistin çalışma sırasındaki yorgunluğu, danışanın sunduğu materyal üzerine odaklanmasında güçlük yaratmış ve bu nedenle kelimeleri kodlamasını zorlaştırmış olabilir.

Yetersiz erkek terapist sayısı ($n = 11, \% 11$) ve teorik yönelim çeşitliliğinin kısıtlı olması çalışmanın diğer sınırlılıkları arasındadır. İleride farklı teorik yönelimlere sahip terapistler ve daha fazla sayıda erkek terapist ile çalışılması bu sınırlılıkların giderilmesi açısından önerilmektedir. Mevcut çalışmada, terapistlere video kayıtlar sırasında, akut ve kronik hastaların özgeçmişlerine ilişkin sunulan farklı bilgiler çalışma açısından karıştırıcı bir değişken olmuş olabilir. Bu bilgiler, çalışmadaki bağımsız değişkenlerin etkileri dışında karşı aktarım tepkilerine yol açmış olabilir.

Diğer bir karıştırıcı değişken ise, araştırmacı etkisi olabilir. Çalışmanın araştırmacısı, hemen hemen tüm katılımcı terapistlerle daha önceden tanışmaktaydı. Dolayısıyla, araştırmacının varlığı ya da davranışları istemeden katılımcıları etkilemiş olabilir. Gelecekteki çalışmalar açısından, olası karıştırıcı değişkenleri kontrol edilmesi ve katılımcıları tanımayan bir laboratuvar asistanını kullanarak bu sınırlılıkların ele alınması önerilir.

Gelecekteki çalışmaların, terapistlerin karşı aktarım deneyimleri hakkındaki görüşlerini derinlemesine anlamak amacıyla metodolojik çeşitliliğe başvurulması, özellikle nitel araştırmalara yer vermesi önerilir. Çalışmanın sonunda katılımcılara araştırmacının amaçlarıyla ilgili bilgi paylaşımı yapılırken, terapistlerin bu konuşmalar sırasında daha açık davrandıkları ve deneyimleriyle ilgili paylaşımına daha istekli oldukları gözlemlenmiştir. İleride nitel yöntemle yapılacak bir çalışma, karşı aktarım reaksiyonlarının etkili bir şekilde nasıl yönetildiğini ve hangi faktörlerin ya da özelliklerin terapistlere bu konuda yardımcı olduğunu ortaya çıkarabilir.

Daha önce de bahsedildiği gibi, terapistlerin karşı aktarım tepkilerini başarıyla yönetmelerinde psikoterapi ve süpervizyon tecrübeleri etkili olmuş olabilir. Gelecek araştırmalar, çalışmalarında hem tecrübeli hem de tecrübesiz terapistlere yer vererek ve onların tepkilerini karşılaştırarak, karşı aktarımda tecrübenin potansiyel etkisini ortaya koyabilir.

Bir diğer tartışma konusu ise, bazı terapist özelliklerinin (örneğin, iç gözü, empati, kaygı yönetimi ve kavramsallaştırma becerileri gibi) karşı aktarım deneyimiyle alakalı koruyucu faktörler olabileceğine ilişkindir. Bu özelliklerin karşı aktarım tepkilerini yönetebilmek açısından nasıl bir fayda sunduğunu belirlemek, gelecekteki bir diğer araştırma konusu olabilir. Türk alan yazınında karşı aktarım yönetim faktörlerini değerlendiren bir aracın eksikliği mevcuttur. Dolayısıyla, gelecekteki çalışmalarda, Countertransference Factors Inventory (CFI; Van

Wagoner, Gelso, Hayes, & Diemer, 1991) isimli ölçeğin Türk kültürüne uyarlanması büyük önem taşımaktadır.

APPENDIX V: TEZ FOTOKOPİSİ İZİN FORMU

ENSTİTÜ

Fen Bilimleri Enstitüsü	<input type="checkbox"/>
Sosyal Bilimler Enstitüsü	<input checked="" type="checkbox"/>
Uygulamalı Matematik Enstitüsü	<input type="checkbox"/>
Enformatik Enstitüsü	<input type="checkbox"/>
Deniz Bilimleri Enstitüsü	<input type="checkbox"/>

YAZARIN

Soyadı : SÜSEN

Adı : YANKI

Bölümü: PSİKOLOJİ

TEZİN ADI : COUNTERTRANSFERENCE MANIFESTATIONS TO CHRONICALLY VS. ACUTELY ILL PATIENTS: THE EFFECTS OF THERAPISTS' DEATH ANXIETY AND HEALTH BEHAVIORS

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 bir (1) yıl süreyle fotokopi alınamaz.

TEZİN KÜTÜPHANEYE TESLİM TARİHİ :