

İşlevsel Olmayan Öfkenin Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi Etkililiği: Sistemik Bir Gözden Geçirme

Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Treatment of Dysfunctional Anger: A Systematic Review

Nimet Serap Görgü, Serap Tekinsav Sütçü

Öz

Bu çalışmanın amacı işlevsel olmayan öfkenin tedavisinde uygulanan bilişsel davranışçı grup terapisi programlarının etkililiğini değerlendirmek için yapılmış ampirik çalışmaların gözden geçirilmesidir. Belirtilen ulusal ve uluslararası veri tabanlarında ve belirtilen anahtar kelimelerle 2000-2015 (Mart) yılları arasında yayımlanan İngilizce ve Türkçe makaleler taranmıştır. Dışlama ve dahil etme ölçütlerini karşılayan 17 makale bu çalışmada gözden geçirilmiştir. Bu makaleler terapi özellikleri, araştırma yöntemleri ve çalışma sonuçları bakımından sunulmuştur. Sonuçlar farklı örneklerde öfke problemini azaltmada ve öfke kontrolünü artırmada bilişsel davranışçı grup terapisinin etkili olduğunu göstermiştir.

Anahtar sözcükler: Öfke, bilişsel-davranışçı terapi, grup terapisi.

Abstract

The aim of the study was to review empirical studies that evaluate the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for the treatment of dysfunctional anger. Articles in English and Turkish that were published between the years of 2000 and 2015 (March) have been searched in the national and international databases. Seventeen studies that met the exclusion and inclusion criteria were included this article. These studies were examined in terms of research method, therapy characteristics and results. The results showed that cognitive behavioral group therapy is effective in reducing anger problems and increasing anger control in different sample.

Key words: Anger, cognitive behavior therapy, group therapy.

ÖFKE herkes tarafından zaman zaman hissedilen insanların temel duygularından biridir. Öfke kendini korumak, amaca ulaşmak ya da engelleri aşmak için, bireyi motive ettiği için uyumsal işlevleri de olan sağlıklı bir duygusal durumdur. Sıkıntı karşısında sorunu düzeltmek için harekete geçmede kişiye enerji vermekte ve bu davranışı sürdürmeyi kolaylaştırmaktadır (Novaco 2011). Ancak ılımlı düzeyde yaşandığında, düşmanca olmayan ve yapıcı bir tavırla ifade edildiğinde, problemlerin tanımlanmasını ve etkili davranışların ortaya çıkmasını kolaylaştırabilir (Novaco 1975). Yoğun olarak yaşandı-

ğında, kontrol edilemediğinde ve düşmanca, saldırganca ya da işlevsel olmayan yollarla ifade edildiğinde, pek çok probleme yol açabilir. Bu problemler arasında kalp damar rahatsızlıkları, gastrointestinal bozukluklar ve çeşitli ağrıları içeren birçok fiziksel rahatsızlık (Durak-Batıgün ve ark. 2011, Kucharska-Newton ve ark. 2014) uyuşturucu madde ve alkol kullanımı (Leibsohn ve ark. 1994) kişilerarası ilişkilerde sorunlar, iş yaşamında sorunlar ve uygunsuz risk alma, şiddet ve suç işleme davranışları da yer almaktadır (Kassinove ve Sukhodolsky 1995, Tsytsarev ve Grodnitzky 1995). Pek çok soruna yol açmasına rağmen yoğun ve kontrol edilmeyen öfke tek başına psikiyatrik bir tanı değildir. Bununla birlikte yoğun ve kontrol edilmez öfke; kişilik bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, duygudurum bozuklukları gibi bazı ruhsal bozukluklarda yaygın olarak görülmektedir. (Novaco 2011).

Bilişsel kurama göre pek çok ayrıntılı açıklaması olmakla birlikte, en basit şekliyle öfke; duygusal, bilişsel ve davranışsal bileşenlerden oluşan bir durum olarak tanımlanmaktadır. Buna göre düşmanca düşünce ve tutumlar (bilişler) öfke duygusuna (duygusal) ve bu da saldırgan davranışa (davranışsal) neden olmaktadır. Başka bir deyişle öfke duygusunun ve saldırgan davranışın altında çeşitli uyarınların düşmanca yorumlanması yatmaktadır (Spielberger ve ark. 1995, Deffenbacher 2011). Öfkeyi azaltmaya yönelik bilişsel davranışçı terapide (BDT) genellikle öfkenin hem bilişsel, hem duygusal hem de davranışsal bileşenlerinde değişimi hedefleyen teknikler kullanılmaktadır. Son yıllarda BDT grup uygulamalarının yaygınlaştığı görülmektedir. Daha fazla kişiye aynı anda ulaşma imkanı vermesinin yanı sıra, benzer sorunu yaşayan kişilerle paylaşımı ve normalleştirmeyi sağlaması ve öfkenin kişilerarası bir sorun olduğu düşünüldüğünde edinilen yeni becerilerin denenmesine olanak vermesi gibi nedenlerle grup terapileri tercih edilebilir tedavi yöntemleridir.

Bu doğrultuda, bu çalışmada öfke ve ilişkili sorunların azaltılmasında bilişsel davranışçı grup terapilerinin (BDGT) etkililiğini değerlendiren ampirik çalışmaları gözden geçirmek amaçlanmıştır. Literatürde konuyla ilgili gözden geçirme çalışmalarının oldukça az olduğu göze çarpmıştır. Konuyla ilgili yapılmış en güncel gözden geçirme çalışması Kulesza ve Copeland (2009) tarafından yapılmıştır. Adı geçen çalışmada 1980-2008 yılları arasında yayınlanmış olan hem bireysel hem de grup BDT etkililiğine ilişkin çalışmalar gözden geçirilmiş olup, çalışmanın amacı ve ulaşılan makaleler bu çalışmadan oldukça farklıdır. Bu çalışmada ilgili literatürde 2000 yılı sonrası durumun ortaya konması amaçlanmıştır.

Yöntem

Bu çalışmada öfke problemi yaşayan yetişkin kişilerin tedavisinde kullanılan BDGT programlarının etkililiğini değerlendirmek için PsycINFO, PsyARTICLES, PubMed, ULAKBİM veri tabanlarında 2000-2015 (Mart) yılları arasında yayımlanan İngilizce ve Türkçe makaleler taranmıştır. Taramada (1) "cognitive therapy and anger" (2) "group cognitive therapy and anger" (3) "cognitive group therapy and anger" (4) "cognitive intervention and anger and group" (5) "cognitive anger management" (6) "cognitive treatment and anger" anahtar kelimeleri kullanılmıştır.

Ulaşılan makalelerden doğrudan BDGT'nin etkililiğini değerlendirmeyenler, uygulanan terapi yöntemi grup temelli olmayanlar, BDT dışında başka bir yöntem ya da BDT'ye ek bir yönelimi belirlemiş olanlar ve çocuk ve/veya ergen grubuyla yapılmış çalışmalar bu gözden geçirmeye dahil edilmemiştir. Yapılan taramada, bazı çalışmaların

örnekleminde; psikoz, öğrenme güçlüğü, beyin hasarı gibi bozukluklara sahip bireylerin yer aldığı görülmüştür. Bu bozukluklar bilişsel bozulmalar içerdiğinden, bu tür örneklemelere sahip çalışmalar da, bu gözden geçirmenin kapsamı dışında bırakılmıştır. Çalışmanın ölçütlerini karşılayan 17 yayımlanmış makaleye ulaşılmıştır. Bu çalışmada araştırmaların bulgularının yanı sıra her bir çalışmada yer alan katılımcıların varsa tanıları ve tanı koymak için kullanılan ölçüt sistemi, sayıları gibi örnekleme ilişkin bilgiler, seçkisi atamanın olup olmaması, kullanılan ölçme araçları gibi çalışmanın yöntemiyle ilgili bilgiler, seans süresi, sayısı, sıklığı, psikoterapist sayısı ve her bir gruptaki üye sayısı gibi uygulanan BDT programına ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

Bulgular

Çalışmalar ilişkin bilgiler Tablo 1 ve Tablo 2'de incelenmiştir. Tablo 1'de Türkçe uyarlaması olan ölçme araçlarının isimleri ve kısaltmaları Türkçe verilirken, Türkçe uyarlaması olmayan ölçekler ise karışıklık yaratmaması için orijinal isimleri ve kısaltmaları ile verilmiştir. (Tablolar metnin sonunda yer almaktadır.)

Çalışmaların Yöntemsel Özellikleri

Örneklem

Bu çalışmada, gözden geçirilen çalışmaların katılımcılarının yaş aralığının 16-76 arasında değiştiği görülmüştür. Aslında araştırmaların büyük çoğunluğunda 18 yaş ve üstü bireylerle çalışıldığı ifade edilirken, sadece iki çalışmada (Siddle ve ark. 2003, Wilson ve ark. 2011) 16 yaş ve üstü bireylerin çalışmaya dâhil edildiği bildirilmiştir. Öfke problemi bir tanı olarak ele alınamadığı için çalışmaların popülasyonları da oldukça geniş bir yelpazededir.

Çalışmalarda yer alan katılımcılar incelendiğinde; 10 çalışmada katılımcıların psikiyatrik tanı (travma sonrası stres bozukluğu, aralıklı patlayıcı bozukluk, madde bağımlılığı, kişilik bozuklukları) almış hastalardan oluştuğu, diğer 7 çalışmada ise herhangi bir psikiyatrik tanı almamış ama öfke kontrolünde sorun yaşayan bireylerden oluştuğu anlaşılmıştır. Bu gruptaki katılımcılar incelendiğinde, Alzheimer ya da ileri düzeydeki demans hastalarına bakım veren kişiler, savaş gazileri, polisler, suçlular ve üniversite öğrencileri gibi geniş bir ranjda yer aldığı görülmüştür. Katılımcıların seçimi genel olarak öz bildirim ölçeklerinden alınan puanlara ve /veya klinisyen değerlendirmelerine göre yapılmıştır. Çalışmaların örneklemleri 4 kişiden (McMurran ve ark. 2001) 169 (Coon ve ark. 2003) kişiye kadar oldukça geniş bir dağılıma sahiptir.

Tedavi ve Kontrol/Karşılaştırma Grupları

Çalışmaların çoğunluğunda (10 çalışma) karşılaştırma ya da kontrol grubu bulunurken, 7 çalışmada terapi etkililiğinin ön test, son test ve/veya izlem sonuçlarına göre değerlendirildiği anlaşılmıştır (Reilly ve Shopshire 2000, Fuller ve ark. 2010). Kontrol grubu kullanan çalışmalar incelendiğinde BDGT alan grubun iki çalışmada (Deffenbacher ve ark. 2000, Naemm ve ark. 2009) sadece tedavi almayan kontrol grubu ile iki çalışmada ise (Gerzina ve Drummond 2000, Gallagher-Thompson ve ark. 2001) sadece bekleme listesi kontrol grubu ile karşılaştırıldığı anlaşılmıştır. Farklı terapi biçimlerini karşılaştıran dört çalışmada da karşılaştırma gruplarına ek olarak bekleme listesi ve tedavi almayan kontrol gruplarının bulunduğu görülmüştür. Karşılaştırma grubu kullanan çalışmaların hiçbirinde BDGT grubu BDT dışında başka bir kuramsal yönelime sahip bir

terapi grubuyla karşılaştırılmamıştır. Bunlar içinde yalnızca bir çalışmada BDGT bireysel BDT ile karşılaştırılmıştır (McCloskey ve ark. 2008).

Farklı terapi gruplarını karşılaştıran çalışmalar incelendiğinde karşılaştırma gruplarının birbirinden oldukça farklı olduğu görülmüştür. Örneğin; Stefen (2000) çalışmasında ev temelli bilişsel davranışçı grup terapisiyle, sınıf temelli bilişsel davranışçı grup terapisini; Morland ve arkadaşları (2011) çalışmalarında video konferans yoluyla yapılan ve yüz yüze yapılan bilişsel davranışçı grup terapisini karşılaştırmıştır. Dahlen ve Deffenbacher (2000) farklı BDT tekniklerini kullanan grup terapilerini karşılaştırmıştır. Ayrıca bir çalışmada depresyonu yönetmeye yönelik BDGT ile öfkeyi yönetmeye yönelik BDGT'nin sonuçları karşılaştırılmıştır (Coon ve ark. 2003). Bir başka çalışmada ise madde kötüye kullanımı olan hastalarda BDGT ile madde kullanımına yönelik nüksü önleme grubunun sonuçları karşılaştırılmıştır (Gonzales-Prendes 2008).

Tedavi Gruplarına Atama

Kontrol ya da karşılaştırma grubu içeren çalışmaların bir tanesi hariç hepsinde gruplara yerleştirmenin seçkisiz atama yöntemi kullanılarak yapıldığı görülmüştür. Sadece Gallagher-Thompson ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında seçkisiz atama yapılmadığı bildirilmiştir.

Kullanılan Ölçme Yöntemleri

Çalışmaların hepsinde ön test ve son test ölçümleri alınmıştır. Ek olarak sekiz çalışmada izlem değerlendirmelerinin de alındığı görülmüştür. İzlem süreleri 1 hafta (Dahlen ve Deffenbacher 2000) ile 15 ay (Deffenbacher ve ark. 2000) gibi geniş bir zaman aralığında farklılaşmaktadır. Hargrave ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında izlem değerlendirilmesinin alınmadığı bildirilmiştir ancak son test olarak ifade edilen değerlendirme terapi bittikten 90 gün sonra gibi bir zaman diliminde yapılmıştır. Bu da terapinin uzun süreli etkisi konusunda fikir vericidir. İki çalışmada (Reilly ve Shopshire 2000, McCloskey ve ark. 2008) tedavinin etkililiği terapi devam ederken yapılan ara ölçümlerle değerlendirilmiştir.

Gözden geçirilen makalelerde öfke ve ilgili değişkenlerin düzeylerini sadece öz bildirim ölçekleriyle belirleyen çalışmalar olduğu gibi (Dahlen ve Deffenbacher 2000, Morland ve ark. 2011), hem öz bildirim araçları hem de klinisyen değerlendirmelerini kullanan çalışmalar da vardır. Çalışmalardaki popülasyonlar çok farklı oldukları için kullanılan ölçme araçları da farklı amaçlara hizmet etmektedir. Bununla birlikte kullanılan ölçme araçları incelendiğinde dört çalışma hariç, çalışmaların tümünde Sürekli Öfke Tarzı Ölçeğinin (SÖÖTÖ) kullanıldığı görülmüştür. Ölçek; Durumluk Öfkeyi, Sürekli Öfkeyi ve Öfke İfade Tarzını değerlendiren üç alt ölçekten oluşmaktadır. Öfke İfade Tarzı Ölçeğinden de Öfke Kontrolü, Dışa Yöneltilen Öfke ve İçer Yöneltilen Öfke olmak üzere 3 alanda puan alınabilmektedir.

Çalışmalardaki BDGT İçeriği ve Uygulanışı

Uygulanan Teknikler

Çalışmalarda uygulanan BDGT içerik olarak incelendiğinde en sık karşılaşılan tekniklerin; bilişsel yeniden yapılandırma, psikoeğitim ve gevşeme eğitimi olduğu görülmektedir. Bunlara ek olarak kendini izleme tekniği (self monitoring) (8 çalışma), baş etme teknikleri (8 çalışma), kendine yönerge verme (self instructional training) (4 çalışma) gibi tekniklerin de sıklıkla uygulandığı anlaşılmaktadır.

Seans Özellikleri ve Sayısı

Çalışmalardaki seans sayıları, en az 2 seans (Wilson ve ark. 2011) ile en fazla 16 seans (Fuller ve ark. 2010) aralığında değişmektedir. Beş çalışmada seans sayısının 8 -12 olduğu, üç çalışmada 6 olduğu, bir çalışmada 15 olduğu görülmüştür. Yapılan BDGT'in seans süresi incelendiğinde 60 dakika ile 150 dakika aralığında değiştiği görülmüştür. Çalışmalarda en sık rastlanan terapi süresi ise 90 dakikadır. Bir çalışmada araştırmacılar net bir süre belirtmeyip 90 ile 105 aralığında değiştiğini bildirmişlerdir (Gerzina ve Drummond 2000). İki çalışmada ise seans süreleriyle ilgili bir bilgi sunulmamıştır (Reilly ve Shopshire 2000, Wilson ve ark. 2011).

Üye ve Terapist Sayısı

Çalışmalardaki grupların üye sayısı incelendiğinde, bazı çalışmaların bu konu ile ilgili bilgi verilmediği gözlenmiştir. Bilgi veren çalışmalar da grupların 3 üye (Stefen 2000) ile 9-11 üye (Dahlen ve Deffenbacher 2000) aralığında olduğu görülmüştür. Yedi çalışmada bir gruba liderlik eden terapist sayıları hakkında bilgi verilmemiştir. Bilgi veren çalışmalarda ise çoğunlukla gruplara 2 terapistin liderlik ettiği anlaşılmıştır.

Çalışmaların Bulguları

Herhangi bir karşılaştırma ya da kontrol grubu bulunmayan çalışmalarda ön ve son test ölçümlerine dayalı analizler BDGT alan grubun (madde bağımlılığı, kişilik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve çeşitli psikiyatrik bozuklukları olan) sürekli öfke, durumluk öfke gibi parametrelerinde ve saldırganlık ya da şiddet içeren davranışlarında anlamlı azalmalar olduğunu ve öfke kontrolünde artış olduğunu ortaya koymuştur (Reilly ve Shopshire 2000, McMurrin ve ark. 2001, Siddle ve ark. 2003, Marshall ve ark. 2010, Fuller ve ark. 2010, Wilson ve ark. 2011).

BDGT'yi tedavi almayan kontrol grubu ya da bekleme listesi kontrol grubu ile karşılaştıran çalışmalarda, BDGT alan grubun (üniversite öğrencileri, polisler, çeşitli psikiyatrik bozukluğu olanlar) kontrol grubuna oranla durumluk öfke, sürekli öfke, içe yöneltilen öfke, dışa yöneltilen öfke, öfke kontrolü gibi parametrelerinde anlamlı biçimde daha fazla değişimlerin olduğu bulunmuştur (Deffenbacher ve ark. 2000, Gerzina ve Drummond 2000, Naeem ve ark. 2009). Gerzina ve Drummond (2000), polislere uygulanan BDGT'nin öfkenin tüm bu parametrelerinde değişim yaratmasına rağmen, öfke uyarımında (anger arousal) tedavi grubu ile kontrol grubunun farklılaşmadıklarını bulmuştur. Buna karşılık Gallagher-Thompson ve arkadaşları (2001) Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerde BDGT ve kontrol grubu arasında sürekli öfke, içe ve dışa yöneltilen öfke gibi parametrelerin değişiminde anlamlı bir fark bulamadıklarını, BDGT alan grubun sadece öfke kontrolünde kontrol grubundan daha iyi puanlara sahip olduğunu bildirmiştir. Farklı BDGT biçimlerini kontrol grubuyla karşılaştıran çalışmalarda da tüm tedavi gruplarının öfkenin çeşitli parametrelerinin azalmasında kontrol grubundan daha etkili olduğu bulunmuştur (Dahlen ve Deffenbacher 2000, Steffen 2000, Coon ve ark. 2003, McCloskey ve ark. 2008, Morland ve ark. 2011, Gonzales-Prendes 2008).

Farklı grupların etkinliğini karşılaştıran çalışmalar incelendiğinde öfke ve ilişkili değişenleri azaltmada grupların birbirine üstünlüğü olmadığı görülmüştür. Yani üniversite öğrencilerine uygulanan kendini izleme, rol canlandırma, bilişsel yeniden yapılandırma gibi teknikleri kullanan BDGT ile sadece bilişsel yeniden yapılandırmayı içeren grup terapisi (Dahlen ve Deffenbacher 2000) birbirinden farklılaşmamıştır. Hatta travma

sonrası stres bozukluğu gösteren savaş gazilerine video konferans yoluyla uygulanan BDGT ile yüzyüze uygulanan BDGT arasında da öfkenin çeşitli parametrelerini azaltmada bir farklılaşma bulunamamıştır (Morland ark. 2011). Diğerlerinden farklı bir çalışma yürüten Coon ve arkadaşları (2003) demans hastalarına bakım verenlere uygulanan öfke yönetimine yönelik BDGT ile depresyonu yönetmeye yönelik BDGT'nin öfke ve düşmanlık gibi puanları azaltmada birbirinden farklılaşmadığını ortaya koymuştur. Gruplar arası tek farklılaşma Gonzales-Prendes'in (2008) çalışmasında olup, bu çalışmada madde kötüye kullanımı olan kişilerde öfkeyle baş etmeye yönelik BDGT, nüksü önlemeye yönelik yapılan grup terapisinden sürekli öfkeyi azaltmada daha etkili bulunmuştur.

Geleneksel bireysel BDT ile grup BDT'nin sonuçlarını karşılaştıran tek çalışma olan McCloskey ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında öfke ve saldırganlıkla ilişkili birçok ölçümde bireysel BDT ile BDGT'nin benzer etkinliğe sahip olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Alzheimer hastalarına bakım verenlerin evde eğitim videolarını izleyip, izleme ve ev ödevlerinin telefon görüşmeleri ile takip edildiği BDT ile yine video izlemeye ek olarak terapistin liderlik ettiği BDGT sonuçları arasında da öfke ve saldırganlık açısından farklılaşma bulunamamıştır (Steffen 2000).

Gözden geçirilen çalışmalarda izlem değerlendirmelerine dayanan sonuçlar incelendiğinde, 8 hafta, 3 ay, 15 ay gibi çeşitli zamanlarda yapılan izlem ölçümlerinde genellikle terapi sonrası elde edilen kazanımların korunduğu bulunmuştur. Reilly ve Shopshire'in (2000) çalışmasında, madde bağımlılığı olan hastaların tedavi sonrası sürekli öfke ve öfke kontrolü puanlarındaki değişim izlem değerlendirmesinde de korunmasına rağmen, şiddet davranışındaki tedavi sonrası düşme korunamamıştır.

Tartışma

Bu çalışmada, 2000-2015 (Mart) yılları arasında yayımlanmış ve çalışmanın kriterlerini karşılayan toplam 17 ampirik araştırma makalesi gözden geçirilmiştir. Anksiyete bozukluğu, depresyon gibi sorunların tedavisine yönelik olarak yapılan BDGT etkililik çalışmalarıyla kıyaslandığında, bu alanda yapılan çalışmaların sayıca az olduğu söylenebilir. Ülkemizdeki duruma bakılırsa, literatür taraması sırasında Türkiye'de öfke problemini azaltmaya yönelik BDGT etkililiğini araştırarak tek bir çalışmaya rastlanmıştır (Sütcü ve ark. 2010). Ancak bu çalışmanın örneklemini çocuk ve ergenlerden oluşturduğu için bu gözden geçirmenin dışında bırakılmıştır. Ülkemizde yetişkinlerde öfke problemine yönelik BDGT etkililiğini araştırarak bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yoğun ve kontrol edilemeyen öfkenin pek çok soruna eşlik ettiği düşünüldüğünde, bu sorunu azaltmaya yönelik BDGT çalışmalarının yetersiz olduğu söylenebilir.

Çalışmaların bulguları incelendiğinde, sadece sürekli öfke düzeyi yüksek olan üniversite öğrencilerinden, demans hastalarına bakım veren kişilere, çeşitli psikiyatrik hastalıkları gösterenlere, hatta kişilik bozukluğu gösterenlere kadar çok farklı örneklerde uygulanan BDGT'nin öfkenin çeşitli parametreleri ile saldırganlığı azaltmada ve öfke kontrolünü artırmada etkili olduğu anlaşılmıştır. Çalışmalarda ölçülen parametreler genellikle durumluk öfke, sürekli öfke, içe yöneltilen öfke, dışa yöneltilen öfke gibi parametrelerdir. Bazı çalışmalarda öfke günlüğü gibi her gün yaşanan öfkenin yoğunluğunu ve sıklığını değerlendiren ölçümler de alınmıştır. Bu öz bildirim ölçümlerinin yanı sıra yaşanan yoğun öfke sonucu dışa vuran davranışlardaki değişimi değerlendirmek için katılımcıları tanıyan kişilerden değerlendirme alan az da olsa çalışma vardır. Örneğin,

Hargrave ve arkadaşları (2007) öfke problemi yaşayan çalışanlarla yaptıkları çalışmada, çalışanların amirlerinden işyerinde öfke içeren olayları bildirmeleri istenmiştir. Video konferans yoluyla uygulanan BDGT sonrası amirlerin %74'ü çalışanlar arasında artık öfkenin yol açtığı olaylar yaşanmadığını ifade ettikleri, %17' sinin ise bu olaylarda orta düzeyde bir azalma olduğunu belirttikleri görülmüştür. Gerzina ve Drummond'un (2000) çalışmasında da öz bildirim ölçümlerine ek olarak öfke sorunu yaşayan polislerin arkadaşlarından alınan ölçümler kullanılmıştır. Arkadaşlardan alınan sürekli öfke ölçümünün öz bildirim ölçümüyle benzer sonuçlar gösterdiği anlaşılmıştır. Sayıca çok olmamakla birlikte bu bulguların, BDGT sonrası değişimin sadece içsel düzeyde olmadığını kanıtladığı, öfkenin davranışsal yansımalarının da BDGT sonrası azaldığını ortaya koyduğu söylenebilir. Ayrıca çok farklı örneklerde uygulanan çalışmaların hepsinde de BDGT sonrası en azından öfkeyle ilgili bir kaç parametrede değişimin olması; öfkeyle ilişkili sorunların azalmasında BDGT'nin etkisinin genellenilebilirliğine ilişkin bir kanıt olarak düşünülebilir.

Farklı grup terapilerini birbiriyle karşılaştıran çalışmalar BDGT'nin farklı uygulama biçimlerinin öfkeyle ilgili sorunları azaltmada birbirlerine üstünlüklerinin olmadığını göstermiştir. Bununla birlikte bu tip çalışmalar sayıca az ve her bir çalışma birbirinden çok farklı olduğu için bu sonucun nedenine ilişkin bir yorum yapmak zordur.

Bu gözden geçirmede özellikle son yıllarda yaygınlaşmaya başlayan, terapide teknolojiyi kullanan yenilikçi yaklaşımları uygulayan çalışmalar da yer almıştır. Örneğin; Steffen (2000) demans hastalarına bakım verenlerden oluşan bir gruba BDT tekniklerini video izleterek öğreten, telefon ile videodaki eğitimin anlaşılıp anlaşılmadığını ve ev ödevlerini kontrol eden bir terapi yaklaşımını yine video sunumları üzerine kurulu ancak bu defa gruba yüz yüze liderlik eden bir terapistin bulunduğu BDGT ile karşılaştırmıştır. Bir başka yenilikçi uygulama Hargrave ve arkadaşlarının (2007) telekonferans yoluyla yaptıkları grup terapisidir. Bu terapide katılımcılara çalışma kitabı, gevşeme eğitimi CD'si gibi materyaller e-posta yoluyla iletilmiştir. Morland ve arkadaşları (2011) da benzer şekilde BDGT'yi telekonferans yoluyla uygulamışlardır. Sonuçlar tüm bu yenilikçi yaklaşımların da öfke ile ilişkili sorunları azaltmada etkili olduğunu göstermiştir. Hatta Morland ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında telekonferansla uygulanan ve geleneksel olarak yüz yüze uygulanan BDGT karşılaştırılmış ve sonuçların birbirinden farklılaşmadığı bulunmuştur. Bu çalışmada ayrıca beklenenin aksine telekonferans aracılığıyla uygulanan terapinin, terapiye bağlılık, terapistten beklenti, terapistten tatmin olma gibi değişkenler açısından da geleneksel terapistten anlamlı olarak farklılaşmadığı belirtilmiştir. Bu bağlamda birçok kişinin coğrafi konum, iş koşulları, zaman vs. gibi sebeplerle geleneksel terapi hizmetinden faydalanamadığı düşünüldüğünde, benzer etkinlik düzeyine sahip görünen bu yenilikçi uygulamaların önemli bir alternatif olacağı düşünülebilir. Ancak bu gözden geçirmede yer alan bu tip çalışmaların sayısı oldukça azdır. Bu nedenle bu alanda daha fazla etkililik çalışmasının yapılmasına ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Yüz yüze, telekonferansla ya da video yoluyla gibi farklı uygulama biçimleri olmakla birlikte çalışmalarda uygulanan BDGT'lerin içeriklerinin temelde birbirine çok benzediği söylenebilir. Psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, kendine yönerge verme eğitimi, kendini izleme gibi teknikler programların olmazsa olmazı gibi görünmektedir. Beck ve Fernandez (1998) yaptıkları meta analiz çalışmasında, öfke problemine yönelik en yaygın kullanılan müdahale programının Meichenbaum'un geliştirmiş olduğu (1975)

Stres Aşılama Eğitimi (Stress Inoculation Training) yöntemini temel alarak Nova-co'nun (1975) uyarladığı öfke kontrol programı olduğunu bildirmişlerdir. Nitekim bu gözden geçirmede de çoğu makalede, uygulanan tedavinin, bu program veya bu program geliştirilmiş hali olduğu anlaşılmıştır.

Yoğun ve kontrolsüz öfke hayatın pek çok alanında zorluklara hatta suç işleme gibi önemli sorunlara yol açabilen bir problem olmasına rağmen, bu problem anksiyete bozukluğu, depresyon vb. gibi bir tanı olarak değerlendirilmemektedir. Yoğun ve kontrolsüz öfke bazen kişilik bozuklukları, aralıklı patlayıcı bozukluk gibi bazı ruhsal bozukluklara eşlik etmekte, bazen de herhangi bir psikiyatrik tanı almayan kişilerde görülmektedir. Sorunun doğası gereği bu gözden geçirmede ulaşılan makaleler örneklemi ve terapinin uygulama biçimleri bakımından birbirinden oldukça farklılaşmıştır. Genel olarak öfke düzeyi yüksek çalışanlar, polisler, üniversite öğrencileri, demans hastalarına bakım verenler gibi psikiyatrik tanı almayan kişilerle yapılan çalışmalarda 6-8 seans gibi kısa süreli programların uygulandığı ve bunların da etkili olduğu anlaşılmıştır. Ancak aralıklı patlayıcı bozukluk, kişilik bozukluğu, madde bağımlılığı gibi tanılar alan daha zor gruplarla yapılan çalışmalarda terapi programlarının 12-15 seans uzunluklarında olduğu görülmüştür. Her iki grup için de bilişsel davranışçı grup terapilerinin nispeten kısa ve etkili bir terapi yöntemi olduğu söylenebilir. Kısa zaman diliminde etkili sonuçlar veren BDGT'nin ülkemizde de yaygınlaşmasının gerekli olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde özellikle son yıllarda daha da artan şiddet olayları ve gerginlik nedeniyle yoğun öfke ve saldırgan davranışlar gösterme açısından risk taşıyan kişilere ve meslek gruplarına bu kısa süreli ve etkili terapi yönteminin uygulanması önerilmektedir.

Sonuç

Bu çalışma, öfke ve ilişkili sorunları azaltmaya yönelik BDGT'nin etkililiğini değerlendiren çalışmaların çok geniş bir yelpazedeki örneklem grupları üzerinde yapıldığını göstermiştir. Bunlar arasında kişilik bozukluğu, aralıklı patlayıcı bozukluk ve çeşitli psikiyatrik bozukluklar gibi tanılara sahip hastalar olduğu gibi, öfke düzeyi yüksek üniversite öğrencileri, polisler, demans hastalarına bakım veren kişiler gibi herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan kişiler de yer almaktadır. Çalışmalar bu farklı örneklemelerde BDGT'nin öfke ve ilişkili sorunları azaltmada etkili bir yöntem olduğunu ortaya koymuştur.

Kaynaklar

- Batıgün AD, Şahin NH, Demirel EK (2011) Bedensel hastalıkları olan bireylerde stres, kendilik algısı, kişilerarası tarz ve öfke ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg*, 22:2-10.
- Beck R, Fernandez E (1998) Cognitive behavioral therapy in the treatment of anger: a meta-analysis. *Cognit Ther Res*, 22:63-74.
- Coon D W, Thompson L, Steffen A, Sorocco K, Gallagher-Thompson D (2003) Anger and depression management: psychoeducational skill training interventions for women caregivers of a relative with dementia. *Gerontologist*, 43:678-689.
- Dahlen ER, Deffenbacher JL (2000) A partial component analysis of Beck's cognitive therapy for the treatment of general anger, *J Cogn Psychother*, 14:77-95.
- Deffenbacher JL (1999) Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Psychotherapy in Practice*, 55:295-309
- Deffenbacher JL (2011) Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Cogn Behav Pract*, 18:212-221.
- Deffenbacher JL, Dahlen ER, Lynch RS, Morris CD, Gowensmith WN (2000) An application of Beck's cognitive therapy to general anger reduction. *Cognit Ther Res*, 24,689-697.
- Fuller JR, DiGiuseppe R, O'Leary S, Fountain T, Lang C (2010) An open trial of a comprehensive anger treatment program on an outpatient sample. *Behav Cogn Psychother*, 38:485-490.

- Gallagher-Thompson D, Arean P, Rivera P, Thompson LW (2001) A psychoeducational intervention to reduce distress in Hispanic family caregivers: results of a pilot study. *Clin Gerontol*, 23:17-32.
- Gerzina MA, Drummond PD (2000) A multimodal cognitive-behavioural approach to anger reduction in an occupational sample. *J Occup Organ Psychol*, 73:181-194.
- González-Prendes AA (2008) Anger-control group counseling for women recovering from alcohol or drug addiction. *Res Soc Work Pract*, 18:616-625
- Hargrave GE, Hiatt D, Dannenbaum SE, Shaffer IA (2007) Effectiveness of a telephone-based EAP anger management program for referred employees. *J Workplace Behav Health*, 22:17-27.
- Kassinove H, Sukhodolsky DG (1995) Anger disorders: basic science and practice issues. In *Anger Disorders: Definition, Diagnosis and Treatment*, (Eds Kassinove H):1-26. Washington, Taylor- Francis.
- Kucharska-Newton AM, Williams JE, Chang PP, Stearns SC, Sueta CA, Blecker SB et al. (2014) Anger proneness, gender, and the risk of heart failure. *J Card Fail*, 20:1020-1026.
- Kulesza M, Copeland A L (2009) Research forum-cognitive-behavioral treatment for anger problems: a review of the literature. *Behavior Therapist*, 32:102-108
- Leibsohn MT, Oetting ER, Deffenbacher JL (1994) Effects of trait anger on alcohol consumption and consequences. *J Child Adolesc Subst Abuse*, 3:17-32.
- Marshall AD, Martin EK, Warfield GA, Doron-Lamarca S, Niles BL, Taft CT (2010) The impact of antisocial personality characteristics on anger management treatment for veterans with PTSD. *Psychol Trauma*, 2:224-231.
- McCloskey MS, Nobilett KL, Deffenbacher JL, Gollan JK, Coccaro EF (2008) Cognitive-behavioral therapy for intermittent explosive disorder: a pilot randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*, 76:876-886.
- McMurrin M, Charlesworth P, Duggan C, McCarthy L (2001) Controlling angry aggression: a pilot group intervention with personality disordered offenders. *Behav Cogn Psychother*, 29:473-483.
- Morland LA, Greene CJ, Grubbs K, Kloezeman K, Mackintosh MA, Rosen C et al. (2011) Therapist adherence to manualized cognitive-behavioral therapy for anger management delivered to veterans with PTSD via videoconferencing. *J Clin Psychol*, 67:629-638.
- Naeem F, Clarke I, Kingdon D (2009) A randomized controlled trial to assess an anger management group programme. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 2:20-31.
- Novaco RW (1975) *Anger Control: The Development and Evaluation of Experimental Treatment*. Michigan, Lexington Books.
- Novaco RW (2011) Perspectives on anger treatment: discussion and commentary. *Cogn Behav Pract*, 18:251-255.
- Reilly PM, Shopshire MS (2000) Anger management group treatment for cocaine dependence: preliminary outcomes. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 26:161-177.
- Siddle R, Jones F, Awenat F (2003) Group cognitive behaviour therapy for anger: a pilot study. *Behav Cogn Psychother*, 31:69-83.
- Spielberger CD, Reheiser EC, Sydeman S J (1995) Measuring the experience, expression and control of anger. *Anger: Disorders Definitions, Diagnosis and Treatment* (Ed H Kassinove):49-67. Washington D.C., Taylor-Francis.
- Steffen AM (2000) Anger management for dementia caregivers: a preliminary study using video and telephone interventions. *Behav Ther*, 31:281-299.
- Sütücü S T, Aydın A, Sorias O (2010) Ergenlerde öfke ve saldırganlığı azaltmak için bilişsel davranışçı bir grup terapisi programının etkililiği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 25(66):57-72.
- Tsytsarev SV, Grodnitzky GR (1995) Anger and criminality. In *Anger Disorders: Definition, Diagnosis and Treatment*, (Ed. H Kassinove):91-108. Washington, Taylor Francis.
- Park YJ, Lee SJ, Shin NM, Shin H, Kang HC, Jin YT et al. (2015) Anger, anger expression, cardiovascular risk factors, and gastrointestinal symptoms by hwa-byung symptoms in Korean adult women. *Appl Nurs Res*, 28:398-403
- Wilson H, Barton L, Maguire T (2011) Implementation of anger management interventions in a psychiatric intensive care unit. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 7:35-39.

Nimet Serap Görgü, Araş.Gör., Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, İzmir; **Serap Tekinsav Sütücü**, Yrd.Doç.Dr., Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, İzmir.

Yazışma Adresi/Correspondence: Serap Tekinsav Sütücü, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, İzmir, Turkey.

E-mail: serap.tekinsav.sutcu@ege.edu.tr

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir - No conflict of interest is declared related to this article

Çevrimiçi adresi / Available online: www.cappsy.org/archives/vol8/no11/

Geliş tarihi/Submitted: 3 Mart/March 3, 2015 - **Kabul tarihi/Accepted** 19 Eylül/September 19,2015

Tablo 1. Çalışmaların yöntem ve sonuçlarına ilişkin bilgiler

Çalışma	Örneklem	Tedavi Grupları	Bdt Teknikleri	Seçkisiz Atama	Ölçümler	Çalışmayı bırakan	Sonuçlar
Coon ve ark. (2003)	Demans hastalarına bakım veren SMMT'den > 25 puan alan kadınlar (169)	1.ÖYG(41) 2.DYG (45) 3.BL (44)	1.GE BET KYV RC 2.Kİ DG PÇB GYP	Var	Ön test Son test 3 aylık izlem SMMT, SÖÖTÖ, MA-ACL(HD), WCCL-R	39	<u>Son testte:</u> Öfke ve düşmanlıkta ÖYG, DYG> BL İzlem sonuçları hakkında bilgi verilmemiştir.
Dahlen ve Deffenbacher (2000)	SÜ-ÖFKE'den yüksek alan üniversite öğrencileri (86) (E=20,K=66)	1.BDGT (E=8,K=20) 2.SBYYG (E=8,K=24) 3.KG (E=4,K=22)	1.PE BYI Kİ RC 2.PE BYI	Var	Ön test Son test 1 haftalık ve 5 haftalık izlem SÜ-ÖFKE, ASR, BDÖ, ÖTÖ, NÖE, AL, ASS	?	Öfke ölçümlerinde <u>son testte:</u> BDGT=SBYYG>KG <u>İzlemde:</u> BDGT=SBYYG
Deffenbacher ve ark. (2000)	SÜ-ÖFKE'den yüksek alan Üniversite Öğrencileri 69 (E=25,K=44)	1.BTG (33) 2.KG (36)	1.PE Kİ BYI	Var	Ön test Son test (terapi bitiminden 4 hafta sonra) 15 aylık izlem SÜ-ÖFKE, AI, ASR, AL, ASR, AE (AI, NG, PE), DSKE, BDÖ	?	Öfkenin tüm alınan ölçümlerinde <u>son testte:</u> BDGT>KG <u>İzlemde:</u> Kazanımlar sürdürülmüştür.
Fuller ve ark. (2010)	Öfke problemi yaşayan ayaktan hastalar	BDGT	PE BEK BYI	?	Ön test Son test	?	<u>Son testte:</u> TAS, ASF, ASF, ADS ölçümlerinde anlamlı

	(12) (E=5,K=7) SCID I SCID II		GE KYV HM TÖ		WAI, BDI-II, STAXI-II(TAS), ADS, ASF, ASF, OQ		azalma var.
Gallagher- Thompson ve ark. (2001)	Alzheimer veya ileri düzey demans hastalarına bakım verenler. Hastanın SMMT <25 puan alması (70)	1.BDGT (43) 2.BL (27)	1.PE GE KYV BYY	Yok	Ön test Son test GDÖ, GBDS, STAXI	?	Öfke kontrolünde BDGT>BL Sürekli öfke, Durumluk öfke, içe yöneltilmiş ve dışa yöneltilmiş öfkede BDGT=BL
Gerzina ve Drummond (2000)	SÜ-ÖFKE'den yüksek alan Polis Memuru (26)	BDGT (13) BL (13)	PE GE BT BET	Var	Ön test Son test 8 haftalık İzlem SÖÖTÖ, AAS, ÖTÖ, ASR, DSKE (SK)	yok	<u>Son testte:</u> Sürekli öfke, öfke ifadesi ölçümlerinde BDGT > BL Öfke uyarımında (anger arousal) BDGT = BL <u>İzlemde:</u> kazanımlar korunmuştur.
Gonzales- Prendes (2008)	Madde ve alkol kötüye kullanım öyküsü olan kadınlar (13)	1.BDGT(8) 2.NÖTG(5)	1.BYY, PE, BET Kİ, GE, RC, ÇÇB	Var	Ön test Son test SÖÖTÖ HCOM	7	<u>Son testte</u> Sürekli öfkede BDGT > NÖTG NÖTG' de sürekli öfkede anamlı bir değişim gözlenmemiştir.
Hargrave ve ark. (2007)	Öfke problemi olan çalışanlar SCL-90-R	TG (59)	BET GE BYY	?	Ön test Son test SCL-90-R (ÖD)	22	<u>Son testte:</u> Anamlı gelişmeler var

	(59) (E=46,K=13)						
Marshall ve ark. (2010)	PTSB tanısı almış erkek gaziler. (86)	BDGT	PE BYY GE DD	?	Ön test Son test SÖÖTÖ, CTS, MMPI-II	?	<u>Son testte:</u> Durumluk ve sürekli öfke ve fiziksel saldırganlıkta anlamlı azalma var
McMurrin ve ark. (2001)	Kişilik Bozukluğu olan erkek hastalar (4) ICD - 10 DSM - III-R	BDGT (4)	PE Kİ GE BYY KAPÇ	?	Ön test Son test SÖÖTÖ, BDHI-D, BR,S M	?	4 Hastadan 3'ünde öfke ve şiddet düzeylerinde anlamlı gelişme var.
McCloskey ve ark. (2008)	Aralıklı Patlayıcı bozukluk SCID (45) (E=30,K=15)	1.BDGT(15) 2.Bireysel BDT(15) 3.BL (15)	1.BYY GE BET 2.BYY GE BET	Var	Ön test 7 haftalık ara ölçüm Son test 3 aylık izlem İEDİ, İGD, LHA, OAS-M, HAT, STAXI-II, BDI-II, BAÖ, QLESQ, WAI	4	<u>Son testte:</u> Sürekli öfke, bastırılmış öfke ve saldırganlıkta Bireysel BDT = BDGT >BL Düşmanca düşüncelerde; bireysel BDT >BL BDGT=BL <u>İzlemde:</u> Kazanımlar korunmuştur
Morland ve ark. (2011)	PTSB tanısı almış erkek gaziler DSM-IV STAXI-2 (T-ANG) (125)	1.VTKG (64) 2.GTG (61)	1.PE BET 2.PE BET	Var	Ön test Son test STAXI-2 (AX), STAXI-2 (T-ANG), TSSB-Ö	?	Öfke ölçümlerinde VTKG = GTK
Naemm ve ark. (2009)	Öfke Problemi olan	1.BDGT (37) 2.KG (35)	1.PE PÇB BYY	Var	Ön test Son test 6 aylık izlem	24	<u>Son testte:</u> Sürekli öfke, içe ve dışa yöneltilen öfke, öfke

	psikiyatri hastaları (72)		EE		NÖE, SÖÖTÖ, HADÖ, EBS, CORE		kontrolü ve öfkenin bilişsel, davranışsal alanlarında BDGT>KG. İzlem hakkında bilgi verilmemiştir.
Reilly ve Shopshire (2000)	Madde Bağımlılığı DSM 91 (E=59, K=32)	BDGT	PE BET Kİ ÇÇB GE BYY	Yok	Ön test 4hafta 8 hafta Son test (12 hafta) 3 aylık izlem DP, SÜ-ÖFKE , ÖK(ÖİTÖ), ABS	41	<u>Son teste:</u> Öfke kontrolünde, sürekli öfke, şiddet davranışında anlamlı azalma var. <u>İzlemde:</u> Öfke kontrolü ve sürekli öfkedeki değişim korunmuş, şiddet davranışındaki değişim korunmamıştır.
Siddle ve ark. (2003)	Öfke problemi yaşayan psikiyatri hastaları DSM IV (34)	BDGT	PE Kİ RC BYY	Var	Ön test Son test SÖÖTÖ Öfkeyle ilgili Yarı yapılandırılmış görüşme formu	33	<u>Son teste:</u> Durumluk öfke, sürekli öfke, öfkeyi ifade etme, öfkenin bastırılması boyutlarında anlamlı farklılık var.
Stefen (2000)	Alzheimer ya da diğer demans hasta bakıcıları (28)	1.EBDT (10) 2.SBDG (9) 3.BL (9)	1.(video ve telefonla) GE,BYY, Kİ, RC, KYV 2.(video ve yüz yüze görüşme) Aynı teknikler	Var	Ön test Son test CAI, BDÖ, CSE	5	<u>Son test:</u> Öfke ölçümlerinde EBDG, SBDG > BL

Wilson ve ark. (2011)	Psikiyatri Kliniğinde bulunan hastalar (12) (E=10,K=2)	BDGT	PE BET GE BYY	?	Ön test Son test Şiddet veya saldırganlıkla ilgili yaşanan olayların sıklığı (diğer insanlara yönelik küfür, saldırı)	?	<u>Son test:</u> Şiddet ve saldırganlık içeren olaylarda anlamlı azalma var.
-----------------------	--	------	------------------------	---	---	---	---

Genel kısaltmalar: E=erkek, K=Kadın, ?:belirtilmemiş; **Ölçekler:** AAS: Anger Arousal Scale, ABS: Assaultive Behavior Survey, AE: Anger Expression (AI: Anger- In, NG:Negative Expression, PE : Positive Expression), AL: Anger Log, , AI : Anger- In, AI: Anger Inventory, ASR: Anger Symptom Rating, ASR: Anger Situation Rating, , ASS: Anger Symptom Scale, ADS:Anger Disorder Scale, ASF:Anger Symptom Form, ASF: Anger Situation Form, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, BDI-II: Beck Depression Inventory, BDHI-D:Bus-Durkee Hostility Inventory – Dutch Adaptation, BR:Behaviour Rating, CAI: Caregiver Anger Interview, , CORE: Core System Handbook, CSE:Caregiving Self-Efficacy, CTS:Conflict Tactics Scale,DP: Duygudurum Profili, DSKE: Durumluluk-süreklilik kaygı envanteri DSKE (SK):Durumluluk-süreklilik kaygı envanterinin süreklilik kaygı boyutu, EBS: Evaluative Beliefs Scale, GDÖ: Geriatric Depresyon Ölçeği, GBSD: Given's Burden Scale Domain, HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, HAT: Hostile Automatic Thoughts Questionnaire, HCOM:Helping and Coping Orientations Measures, LHA: Life History Of Aggression, İEDİ: İntermittent explosive disorder interview, İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi, MAACL(HD): The Multiple Affect Adjective Checklist (Hostility and depression subscales), MAI: Multidimensional Anger Inventory, MMPI-II: Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri II, NÖE: Novaco Öfke Envanteri, OAS-M : Overt aggression scale-modified, ÖK(ÖİTÖ):Öfke İfade Tarzı Ölçeğinin Öfke Kontrol Boyutu, ÖTÖ: Öfke İfade Tarzı Ölçeği, SCL-90-R (ÖD): Belirti Tarama Listesi Öfke Ve Düşmanlık Boyutu, SM: Self Monitoring, SMMT: Standardize Mini Mental Test, SÖÖTÖ: Sürekli Öfke ve Öfke Tarzı Ölçeği, SÜ-ÖFKE: Sürekli Öfke Ölçeği, STAXI- II:State-Trait Anger Expression Inventory -2, STAXI-II (AX) : Anger Expression Subscale of the STAXI II, STAXI-2 (T-ANG): Trait Anger Subscale Of the STAXI II, STAXI-II (TAS):Trait Anger Scale of the State-Trait Anger Expression Inventory II, TSSB-Ö: Klinisyen tarafından uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği, QLES-Q: Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, OQ=Outcome Questionnaire, WAI: Working Alliance Inventory, WCCL-R: Ways of coping checklist –revised,; **Tedavi:** BDGT: Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi, BL: Bekleme Listesi, BTG: Bilişsel Terapi Grubu, EBDT: Ev Temelli Bilişsel Davranışçı Terapisi, KG: kontrol grubu, DYG: Depresyonu Yönetme Grubu, GTG: Geleneksel Terapi Grubu (Yüzyüze Terapi), ÖYG: Öfkeyi Yönetme Grubu, SBYYG: Sadece Bilişsel Yeniden Yapılandırma, SBDG: Sınıf Temelli Yapılan Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi, TG: Telekonferans Grubu, VTKG: Video telekonferans grubu, NÖTG: Nüksü Önleme Tedavi Grubu

Teknikler: BE: Beceri Eğitimi, BT: Başa Çıkma Tekniği, BYY: Bilişsel Yeniden Yapılandırma, ÇÇB: Çatışma Çözme Becerisi, DD: Dikkat Dağıtma, DG: Davranışçı Görevler, EE: Empati Eğitimi, GE: Gevşeme Eğitimi, GYPP: Geleceğe Yönelik Pozitif Planlar Yapma, HM: Hayali Maruz Bırakma (in-vitro), KAPÇ: Kişiler Arası Problem Çözme, KYV: Kendine Yönerge Verme, KI: Kendini izleme, PE: Psikoeğitim, PÇE: Problem Çözme Eğitimi, RC: Rol Canlandırma, TÖ: TepkiÖnleme

Tablo 2. Çalışmalardaki bilişsel davranışçı grup terapi özellikleri

Çalışma	Seans Süresi	Seans Sayısı	Terapi Sıklığı	Terapist Sayısı	Üye Sayısı
Coon ve ark. (2003)	120 dk.	8	Haftada bir	2	8 - 10 kişi
Dahlen ve Deffenbacher (2000)	60 dk.	8	Haftada bir	1	9 - 11 kişi
Deffenbacher ve ark.(2000)	60 dk.	9	Haftada bir	1	5 – 8 kişi
Fuller ve ark. (2010)	120 dk.	16	?	?	?
Gallagher-Thompson ve ark.(2009)	120 dk.	8	Haftada bir	?	4-8 kişi
Gerzina ve Drummond (2000)	90 – 105 dk	6	Haftada bir	1	6-7 kişi
Gonzales-Prendes ve ark. (2015)	90 dk.	8	?	?	?
Hargrave ve ark.(2007)	60 dk	6	Haftada 2	?	?
Marshallve ark.(2010)	90 dk	12	Haftada bir	2	?
McMurran ve ark.(2001)	150 dk	15	Haftada bir	2	4
McCloskey ve ark. (2008)	75 dk.	12	Haftada bir	2	?
Morland ve ark. (2009)	90 dk	12	Haftada iki	1	?
Naemm ve ark. (2009)	90 dk.	12	Haftada bir	?	?
Reilly ve Shopshire (2000)	?	12	Haftada bir	?	8
Siddle ve ark. (2003)	60 dk	6	Haftada bir	2	?
Stefen (2000)	90 dk.	8	Haftada bir	3	3
Wilson ve ark.(2011)	?	2	Haftada iki	?	?

Genel Kısaltmalar: ? : Belirtilmemiş