

T.C.
İSTANBUL KÜLTÜR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**KLİNİK VE KLİNİK OLMAYAN ADLİ BİREYLERDE ÜSTBİLİŞLERİN
ÖFKE VE DEPRESİF BELİRTİLER ÜZERİNDEKİ ETKİSİNDE ÖFKE
RUMİNASYONUN ARACI ROLÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Beyza Nur ATAGÜN

2000006214

Anabilim Dalı: Psikoloji

Program: Klinik Psikoloji

HAZİRAN 2025

T.C.
İSTANBUL KÜLTÜR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**KLİNİK VE KİNİK OLMAYAN ADLİ BİREYLERDE ÜSTBİLİŞLERİN
ÖFKE VE DEPRESİF BELİRTİLER ÜZERİNDEKİ ETKİSİNDE ÖFKE
RUMİNASYONUN ARACI ROLÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Beyza Nur ATAGÜN

2000006214

Anabilim Dalı: Psikoloji

Program: Klinik Psikoloji

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Kadir ÖZDEN
Jüri Üyeleri: Dr. Öğr. Üyesi Didem ACAR
Dr. Öğr. Üyesi F. Elif ERGÜNEY

HAZİRAN 2025

TEŞEKKÜR

Tez sürecimin her aşamasında beni yüreklendiren, bilgisini ve sabrını cömertçe sunan, yapıcı ve zengin geri bildirimleriyle çalışmamı geliştirmemde büyük katkı sağlayan, en zorlandığım anlarda ilgisi ve şefkatiyle yolumu aydınlatan çok kıymetli danışmanım Sayın Kadir Özden'e en içten teşekkürlerimi sunarım.

Araştırmamın Ceza İnfaz Kurumunda gerçekleştirilmesine olanak sağlayan, mensubu olmaktan onur duyduğum Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğüne; veri toplama sürecimde her türlü desteği samimiyetle sunan Bakırköy Kadın Kapalı Ceza İnfaz Kurumu Revir Servisi ve Psikososyal Birimin kıymetli psikologlarına ve değerli infaz koruma memurlarına teşekkür ederim.

Bu tez sürecimde de tıpkı ilk yüksek lisans tezimde olduğu gibi, gönülden destek sunarak bana ilham kaynağı olan, özverili editörlüğü, desteği ve ilgisiyle her daim yanımda olan canım ikiz kardeşim Berna Atagün'e içtenlikle teşekkür ederim.

Tezimi benimle birlikte zihinlerinde taşıyan; sonsuz fedakârlıkları, sevgileri ve destekleriyle akademik yolculuğumda her zaman yanımda olan değerli babam Volkan Atagün'e, kıymetli annem Nuray Atagün'e ve canım ablalarım Şeyma Ayaz ile Gizem Ekinci'ye gönülden minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak, yüksek lisans sürecimde bana evlerini açarak her daim şefkat ve ilgiyle yaklaşan, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen canım anneannem Emriye Aydemir'e ve sevgili teyzem Gülay Aydemir'e içten minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ	vi
KISALTMALAR	vii
KISA ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ	1
2. LİTERATÜR İNCELEMESİ.....	4
2.1. Metakognitif Terapi Yaklaşımı: Kuramsal Temel, Kavramsal Yapılar ve Psikolojik Sorunlardaki Rolüne İlişki Araştırmalar	4
2.1.1. Üstbiliş Kavramı	5
2.1.2. Kendini Düzenleyen Yürütücü İşlev Modeli	9
2.1.3. Üstbilişler ve Öfke Arasındaki İlişkilere Yönelik Araştırmalar....	12
2.2. Ruminasyon	13
2.2.1. Öfke Ruminasyonu	14
2.3. Öfke	16
2.3.1. Durumluk -Sürekli Öfke.....	19
2.3.2. Öfkenin Psikopatolojiler İle İlişkisi.....	20
2.4. Depresyon	21
2.4.1. Depresyon ve Öfke Arasındaki İlişkilere Yönelik Araştırmalar... 23	
2.4.2. Üstbilişler ve Depresyon Arasındaki İlişkilere Yönelik Araştırmalar.....	25

2.4.3. Depresyon ve Ruminasyon Arasındaki İlişkilere Yönelik Araştırmalar	26
2.5. Araştırmanın Amacı ve Önemi	27
3. YÖNTEM	29
3.1. Araştırma Deseni	29
3.2. Katılımcılar.....	29
3.3. Veri Toplama Araçları.....	32
3.3.1. Demografik Bilgi Formu.....	32
3.3.2. Üstbilişler Ölçeği.....	32
3.3.3. Hasta Sağlık Ölçeği	33
3.3.4. Durumluk-Sürekli Öfke Ölçeği	33
3.3.5. Öfke İfade Tarzı Ölçeği	34
3.3.6. Öfkeye İlişkin Derin Düşünme Ölçeği	34
3.4. İşlem	35
3.5. Veri Analizi.....	35
4. BULGULAR.....	37
4.1. Demografik Değişkenlere Göre Durumluk- Sürekli Öfke ve Depresif Belirti Düzeyleri	37
4.2. Klinik ve Klinik Olmayan Adli Gruplarda Öfke ve Depresyon Belirtilerine İlişkin Bulgular	40
4.3. Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkilere Ait Korelasyon Analizi Bulguları	43
4.4. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Aracılık Analizi Bulguları	47
4.4.1. Klinik Adli Grupta Üstbilişler ile Sürekli Öfke Arasındaki İlişkide Öfke Ruminasyonun Aracı Rolü	48
4.4.2. Klinik Adli Grupta Üstbilişler ile Durumluk Öfke Arasındaki İlişkide Öfke Ruminasyonun Aracı Rolü	50

4.4.3. Klinik Adli Grupta Üstbilişler ile Depresif Belirtiler Arasındaki İlişkide Öfke Ruminasyonun Aracı Rolü	51
4.4.4. Klinik Olmayan Adli Grupta Üstbilişler ile Sürekli Öfke Arasındaki İlişkide Öfke Ruminasyonun Aracı Rolü	53
4.4.5. Klinik Olmayan Adli Grupta Üstbilişler ile Durumluk Öfke Arasındaki İlişkide Öfke Ruminasyonun Aracı Rolü	55
4.4.6. Klinik Adli Olmayan Grupta Üstbilişler ile Depresif Belirtiler Arasındaki İlişkide Öfke Ruminasyonun Aracı Rolü	56
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	59
5.1. Demografik Değişkenlere Göre Öfke ve Depresif Belirtilere İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	59
5.2. Klinik ve Klinik Olmayan Adli Gruplar Arasında Araştırma Değişkenleri Açısından Farklılaşmalara Dair Bulguların Değerlendirilmesi	60
5.3. Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkilere Dair Bulguların Değerlendirilmesi	64
5.4. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Aracılık Analizi Bulgularının Değerlendirilmesi.....	67
KAYNAKÇA	76
EKLER	92

TABLO LİSTESİ

Tablo 3.1. Katılımcıların demografik özellikleri	31
Tablo 4.1. Sürekli öfke düzeyinin demografik değişkenlere göre ortalama, standart sapma ve test istatistiği sonuçları	37
Tablo 4.2. Durumluk öfke düzeyinin demografik değişkenlere göre ortalama, standart sapma ve test istatistiği sonuçları	38
Tablo 4.3. Depresif belirti düzeyinin demografik değişkenlere göre ortalama standart sapma ve test istatistiği sonuçları	39
Tablo 4.4. Klinik ve klinik olmayan adli grupların üstbilişler ve öfke ruminasyonuna ilişkin ortalama, standart sapma ve test istatistiği değerleri	41
Tablo 4.5. Klinik ve klinik olmayan adli bireylerde durumluk ve sürekli öfke, öfke ifade tarzı, anksiyete ve depresyon belirti düzeylerine ilişkin ortalama, standart sapma ve test istatistiği değerleri	42
Tablo 4.6. Klinik Adli Gruptaki Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkilere Dair Korelasyon Değerleri.....	45
Tablo 4.7. Klinik Olmayan Adli Gruptaki Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkilere Dair Korelasyon Değerleri	46
Tablo 4.8. Hipotez 1a'ya İlişkin Aracılık Analizi Bulguları	49
Tablo 4.9. Hipotez 1b'ye İlişkin Aracılık Analizi Bulguları	51
Tablo 4.1.1. Hipotez 1c'ye İlişkin Aracılık Analizi Bulguları	53
Tablo 4.1.2. Hipotez 2a'ya İlişkin Aracılık Analizi Bulguları	54
Tablo 4.1.3. Hipotez 2b'ye İlişkin Aracılık Analizi Bulguları	56
Tablo 4.1.4. Hipotez 3c'ye İlişkin Aracılık Analizi Bulguları	58

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4.1 Üstbilişler ile Sürekli Öfke Arasındaki İlişkide Öfke Ruminasyonun Aracı Etkisi	48
Şekil 4.2 Üstbilişler ile Durumluk Öfke Arasındaki İlişkide Öfke Ruminasyonun Aracı Etkisi	50
Şekil 4.3 Üstbilişler ile Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişkide Öfke Ruminasyonun Aracı Etkisi	52
Şekil 4.4 Üstbilişler ile Sürekli Öfke Arasındaki İlişkide Öfke Ruminasyonun Aracı Etkisi	53
Şekil 4.5 Üstbilişler ile Durumluk Öfke Arasındaki İlişkide Öfke Ruminasyonun Aracı Etkisi	55
Şekil 4.6 Üstbilişler ile Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişkide Öfke Ruminasyonun Aracı Etkisi	57

KISALTMALAR

MKT: Metakognitif Terapi

KDYİ: Kendini Düzenleyen Yürütücü İşlev Modeli

BDS: Bilişsel Dikkat Sendromu

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

ÜBÖ-30: Üstbilişler Ölçeği



Üniversite: İstanbul Kültür Üniversitesi
Enstitü: Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Anabilim Dalı: Psikoloji Anabilim Dalı
Programı: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Kadir Özden
Tez Türü ve Tarihi: Yüksek Lisans- Haziran 2025

KISA ÖZET

KLİNİK VE KLİNİK OLMAYAN ADLİ BİREYLERDE ÜSTBİLİŞLERİN ÖFKE VE DEPRESİF BELİRTİLER ÜZERİNDEKİ ETKİSİNDE ÖFKE RUMİNASYONUN ARACI ROLÜ

Beyza Nur Atagün

Bu çalışmanın amacı, klinik ve klinik olmayan adli bireylerde üstbilişlerin öfke ve depresif belirtiler üzerindeki etkisinde öfke ruminasyonun aracı rolü olup olmadığının incelenmesidir. Araştırmanın örneklemini, 2025 yılı Mart ayında Bakırköy Kadın Kapalı Ceza İnfaz Kurumunda tutuklu veya hükümlü bulunan 75'i (%48.7) klinik, 79'u (%51.3) klinik olmayan adli bireyler olmak üzere toplam 154 kadın katılımcı oluşturmaktadır. Klinik gruptaki adli bireylerin yaşları 19 ile 58 arasında (Ort. =33.04, SS= 9.46), klinik olmayan gruptaki adli bireylerin yaşları ise 18 ile 57 arasında (Ort. =32.89, SS= 9.05) değişmektedir. Araştırmada veri toplama aracı olarak; Sosyodemografik Bilgi Formu, Üstbilişler-30 Ölçeği, Durumluk-Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği, Öfkeye İlişkin Derin Düşünme Ölçeği ve Hasta Sağlık Ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen veriler, SPSS v26 programı aracılığıyla analiz edilmiş, aracılık etkisine ilişkin hipotezleri test etmek amacıyla Hayes'in (2018) PROCES Makro v4.2 (Model 4) eklentisi kullanılmıştır. Ayrıca korelasyon analizi, tek yönlü varyans analizi, bağımsız örneklem t-testi ve betimsel istatistik tekniklerinden de yararlanılmıştır. İlk olarak, bağımsız gruplar t-testi sonuçlarına göre durumluk öfke, sürekli öfke, öfke ruminasyonu, öfke kontrol, öfke ifade tarzı (öfke içte, öfke dışta, öfke kontrol), anksiyete ve depresyon belirti düzeyi ve üstbilişlerin klinik ve klinik olmayan gruplar arasında anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur. Aracılık analizlerine ilişkin bulgularda ise hem klinik hem de klinik olmayan adli gruptaki bireylerde, üstbilişlerin durumluk-sürekli öfke ve depresif belirtiler üzerindeki etkisinin öfke ruminasyonu aracılığıyla dolaylı olarak gerçekleştiği bulunmuştur. Mevcut araştırma bulguları hem klinik hem de klinik olmayan adli bireylerde metakognitif terapi yaklaşımına dayalı olarak üstbilişlerin öfke ve depresif belirtiler üzerindeki etkisinde öfke ruminasyonun aracı rolünü incelemesi açısından öncü olma niteliği taşımaktadır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar, ilgili literatür ışığında tartışılmış ve alandaki araştırmacı ve uygulayıcılara yönelik çeşitli önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Üstbilişler, Öfke, Depresyon, Öfke ruminasyonu

University: Istanbul Kültür University
Institute: Institute of Graduate Studies
Department: Department of Psychology
Programme: Clinical Psychology
Supervisor: Dr. Kadir Özden
Degree Awarded and Date: MA – June 2025

ABSTRACT

THE MEDIATING ROLE OF ANGER RUMINATION IN THE EFFECT OF METACOGNITIONS ON ANGER AND DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG CLINICAL AND NON-CLINICAL FORENSIC INDIVIDUALS

Beyza Nur Atagün

The aim of this study is to examine whether anger rumination mediates the relationship between metacognitions and anger and depressive symptoms in clinical and non-clinical forensic individuals. The study sample consisted of a total of 154 incarcerated women held at the Bakırköy Women's Closed Prison in March 2025, including 75 (48.7%) clinical and 79 (51.3%) non-clinical forensic participants. The ages of clinical participants ranged from 19 to 58 ($M = 33.04$, $SD = 9.46$), while the ages of non-clinical participants ranged from 18 to 57 ($M = 32.89$, $SD = 9.05$). The data collection tools included the Sociodemographic Information Form, Metacognitions Questionnaire-30, State-Trait Anger Expression Inventory, Anger Rumination Scale, and the Patient Health Questionnaire. Data were analyzed using SPSS v26. Hayes' (2018) PROCESS Macro v4.2 (Model 4) was employed to test the hypothesized mediation models. Additionally, correlation analysis, one-way ANOVA, independent samples t-test, and descriptive statistics were conducted. According to the independent samples t-test results, significant differences were found between clinical and non-clinical forensic groups in terms of state-trait anger, anger rumination, anger control, anger expression styles (anger-in, anger-out, anger control), anxiety and depressive symptom levels, and metacognitions. Mediation analyses revealed that, in both groups, the effects of metacognitions on state-trait anger and depressive symptoms were indirectly mediated by anger rumination. These findings offer preliminary support for the mediating role of anger rumination in the relationship between metacognitions and both anger and depressive symptoms, within the framework of a metacognitive therapeutic approach, among clinical and non-clinical forensic populations. The results are discussed in light of relevant literature, and various implications are provided for researchers and practitioners in the field.

Keywords: Metacognitions, Anger, Depression, Anger rumination

1. GİRİŞ

Psikopatolojinin anlaşılması ve tedavisinde bilişsel kuramlar çerçevesinde yapılan güncel çalışmalar, bireylerin psikolojik sorunlarının sadece düşünce içeriğiyle değil, aynı zamanda bu düşünceler hakkındaki düşünceler (yani üstbilişler) yoluyla da şekillendiğine işaret etmektedir. Son yıllarda gerçekleştirilen çalışmalar, psikolojik bozuklukların oluşması ve sürmesinde üstbilişsel faktörlerin bilişsel faktörler kadar önemli olduğunu ortaya koymuştur (Batmaz, 2014; Wells, 2013 ve Wells vd., 2020). Özellikle kaygı ve depresif belirtilerle olan ilişkisi kapsamında yoğun şekilde incelenen üstbilişler (örn., Wells, 2013; Papageorgiou ve Wells'in 2003 ve Cano-Lopez vd., 2020) öfke ve saldırganlık gibi diğer psikopatolojik belirtilerle olan bağlantısı açısından da önem kazanmaya başlamıştır (Moeller, 2016).

Öfke ve saldırganlık, tıpkı kaygı ve depresyon kadar pek çok psikolojik bozuklukta yaygın olarak görülmekte ve bireylerin işlevselliklerini olumsuz yönde etkilemektedir (Novaco, 2010; Moscovitch vd., 2008; Hazaleus ve Deffenbacher, 1986). Bu belirtiler, özellikle adli vaka olan bireylerde şiddet ve suç davranışlarıyla ilişkili olarak öne çıkarak özellikle klinikte ve ceza infaz kurumlarında ciddi sorunlara yol açabilmektedir (Ford, 1991; Lindqvist vd., 2005; Şeker, 2021). Dolayısıyla, patolojik ya da kriminal düzeyde sorun oluşturan ve öfke sürecinde etkili olan psikolojik mekanizmaları açıklamak, bu bireylere yönelik geliştirilecek psikoterapötik yaklaşımların etkililiğini artırmak ve toplum ruh sağlığına katkı sağlamak açısından kritik bir öneme sahiptir.

Ruminasyon, bireyin duyguları ve yaşadığı sorunlar üzerine ısrarlı ve sürekli düşünme süreci olarak tanımlanmakta ve bireyin belirli bir sorun ya da duygusal tepkiye yoğunlaşarak olumsuz duygunun sürmesine yol açmaktadır (Nolen-Hoeksema vd., 2008). Yapılan çok sayıda çalışma ruminasyonun pek çok psikolojik sorunla bağlantılı olduğuna ve sürdürücü bir rol oynadığına işaret etmektedir. Örneğin, ruminasyon eğiliminin borderline kişilik bozukluğu tanısı almış klinik örneklemelerde (Abela vd., 2003; Baer ve Sauer, 2011), travma tepkilerinde (Kubota vd., 2015), daha uzun süreli depresif semptomlar (Nolen-Hoeksema vd., 1993; Roelofs vd., 2010) ve

sıklığı artan depresif ataklarla (Nolen-Hoeksema, 2000) ilişkili olduğu gösterilmektedir.

Ruminasyonun çeşitli psikopatolojilerle ilişkili olduğu ortaya konmakla birlikte, özellikle depresyon bağlamında özgül bir kırılganlık faktörü olarak işlev gördüğü ileri sürülmektedir (Nolen-Hoeksema ve Watkins, 2011; Nolen-Hoeksema vd., 2008). Üstbilişsel modele göre, bireylerin ruminasyona yönelmesinde olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar belirleyici rol oynamaktadır. Olumlu inançlar, ruminasyonun başa çıkmaya yardımcı olacağı düşüncesini içerirken, olumsuz inançlar ruminasyonun kontrol edilemez olduğuna dair algılarla depresif belirtileri artırmaktadır (Cano-Lopez vd., 2020). Hem klinik hem de klinik olmayan örneklemelerde yürütülen çok sayıda çalışma, üstbilişlerin ruminasyon düzeyini yordadığını ve bu yolla depresif semptomatolojiyi anlamlı biçimde açıkladığını ortaya koymuştur (Roelofs vd., 2010; Cano-Lopez vd., 2020; Papageorgiou ve Wells, 2003).

Literatür incelendiğinde, üstbilişsel inançlar ve öfke ruminasyonu gibi üstbilişsel süreçlerin hem öfke (Caselli vd., 2017; Kara vd., 2023) hem de depresif belirtiler (Riley vd., 1989; Cano-Lopez vd., 2020) ile anlamlı biçimde ilişkili olduğu görülmektedir. Bu çerçevede mevcut çalışma, hem klinik hem de klinik olmayan adli bireylerde, üstbilişlerin öfke ruminasyonu aracılığıyla durumluk-sürekli öfke ve depresif belirtiler üzerindeki etkisini incelemeyi amaçlamaktadır. Bu yolla, yoğun ve süregelen öfke ile depresyon belirtileri gösteren bireylere yönelik terapötik ve psikoeğitsel müdahale programlarının geliştirilmesine ve hâlihazırda uygulanan müdahalelerin etkinliğinin artırılmasına katkı sağlanması hedeflenmektedir.

Her ne kadar üstbilişlerin öfke ve depresif belirtiler üzerindeki etkisinin öfke ruminasyonu aracılığıyla ortaya çıkabileceğine dair bulgular mevcut olsa da bu ilişkinin özellikle adli popülasyonda ve klinik/klinik olmayan bireyler bağlamında ele alındığı çalışmalar son derece sınırlıdır. Bu durum, söz konusu değişkenler arasındaki etkileşim mekanizmalarının hâlâ yeterince anlaşılmadığını göstermektedir. Bu bağlamda, çalışmanın temel amacı, klinik ve klinik olmayan adli kadın bireylerde üstbilişlerin öfke ve depresif belirtiler üzerindeki etkisinde öfke ruminasyonunun aracı rolü olup olmadığını incelemektir. Böylelikle işlevsel (adaptif) öfkeden patolojik ya da kriminal düzeyde yaşanan öfkeye evrilen süreçte rolü olabilecek temel psikolojik mekanizmaların daha ayrıntılı biçimde anlaşılması hedeflenmektedir. Elde edilecek

bulgular, yalnızca bireysel düzeyde psikolojik müdahalelerin etkililiğini artırmakla kalmayacak, aynı zamanda ceza infaz kurumu bağlamında geliştirilecek psikososyal hizmetlerin toplum ruh sağlığına katkı sunmasına da olanak tanıyacaktır.

Son olarak, mevcut literatür tarandığında, klinik ve klinik olmayan adli örneklerde üstbilişlerin öfke ile ilişkisinde öfke ruminasyonunun aracı rolünü inceleyen başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu yönüyle araştırmanın, ilgili alana özgün ve yenilikçi bir katkı sunması beklenmektedir.



2. LİTERATÜR İNCELEMESİ

2.1. Metakognitif Terapi Yaklaşımı: Kuramsal Temel, Kavramsal Yapılar ve Psikolojik Sorunlardaki Rolüne İlişkin Araştırmalar

Wells (2009), bilişsel davranışçı kuramların psikolojik bozukluğun ortaya çıkmasında düşünce içeriğine atfedilen önemi eleştirerek bir olay ya da kendimiz ve çevremizle ilgili nasıl düşündüğümüzün daha derin bir etkiye sahip olduğunu öne sürerek üstbilişsel kuramın, düşünme ve duygu bozukluklarının düşünce ve inanç süreçlerinden ayrı olarak üst bilişler ile ilişkili olduğunu ileri sürmektedir. Bilişsel stratejiler genellikle bilgiyi artırmayı veya davranışı kontrol etmeyi amaçlarken, üstbilişsel stratejiler düşünceyi düzenlemeyi amaçlayarak bilişsel stratejilerden ayrılmaktadır (Wells, 1995). Bu noktada üst biliş temelli değerlendirmelerin bilişsel-davranışçı temelli değerlendirmeleri dışlamamakla birlikte başa çıkma stratejilerini içerisine dahil ederek mevcut değerlendirmeleri güçlendireceği düşünülmektedir (Wells, 2000).

Üstbiliş sistemi, insanın bilişsel süreçlerinin işlevsel kalması ve uyumlu çalışabilmesi için kritik bir öneme sahiptir (Wells ve Cartwright-Hatton 2004). Özellikle, kişinin kendi bilişi (meta-bilişsel bilgi) ve belirli bilişsel düzenleyici süreçler (meta-bilişsel düzenleme) hakkındaki inançlarının psikopatolojide önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir (Wells ve Matthews, 1994). Dolayısıyla bu sistemde ortaya çıkabilecek herhangi bir sorunun çeşitli psikopatolojilerin gelişmesi ve sürmesinde önemli bir değişken olacağı düşünülmektedir (Wells ve Cartwright-Hatton 2004). Bu yaklaşıma göre, kişilerin olayları değerlendirmelerini etkileyen düşünceleri (işlevsel olmayan bilişleri) hakkında bir takım olumlu ve olumsuz inançlara (üstbilişlere) sahiptirler. Bu tarzdaki üstbilişler kişilerin uyumsuz tepki tarzı geliştirmelerine yol açmaktadır (Cartwright-Hatton ve Wells 1997, Gwilliam vd., 2004).

Wells'in üstbilişleri merkezi bir konuma alarak psikolojik sorunların ortaya çıkması ve sürdürülmesinde etkili olduğunu belirttiği kurumsal modele yönelik ilk yazıları 1994'te yayımlanmıştır (Wells ve Matthews, 1994). Sonraki birkaç yıl içerisinde kurama dayalı geliştirilen müdahale yöntemlerinin etkinliğini araştıran

çeşitli çalışmalar yayınlanmıştır (Papageorgiou ve Wells, 1999, 2000; Wells ve Matthews, 1996; Wells, 2000). Üstbilişsel kuram ve terapi üzerine yapılan çalışmaların artarak devam etmekte olduğu görülmektedir (Papageorgiou ve Wells, 2009; Wells, 2009, 2013; Wells ve King, 2006).

Metakognitif terapide, bilişsel davranışçı terapiden farklı olarak düşünce ve inançların geçerliliği sorgulanmak yerine uyumsuz başa çıkma eğilimine yol açan kontrol edilmesi zor ve ruminatif üst bilişler değiştirilmeye çalışılır (Wells, 2009). Düşünceleri kontrol etmenin önemi ve gerekliliğine ilişkin üstbilişsel inançlar, bireylerin olumsuz düşüncelerine odaklanma ve bunları izleme eğilimini artırarak bu düşüncelerle başa çıkma gerekliliği hissiyle ruminasyon düzeyinde artışa yol açabilir (Casseli, 2017). Ruminasyonun kontrol edilemezliğine ilişkin olumsuz üstbilişsel inançların ise ruminasyon üzerinde üstbilişsel kontrolün uygulanmasını engelleyebileceği belirtilmektedir (Wells, 2008). Yani metakognitif terapinin odak noktası, kişinin kendi bilişleri hakkındaki inançlarıdır. Örneğin depresyonu tedavi ederken metakognitif terapi bir dizi olumsuz otomatik düşüncenin içeriğinden ziyade ruminasyon sürecini hedef alır (Wells, 2009). Tekrarlayan olumsuz düşünce tarzını esnetebilmek için dikkat eğitimi gibi teknikler öne sürülmektedir. Bu depresif düşüncenin kontrol edilemezliği hakkında olumsuz üst bilişsel inançların sorgulanması ve üzüntüyle başa çıkma ve ona cevap bulma yolu olarak düşünmenin gerekliliği ile ilgili olumlu inançların sorgulanmasıyla birleştirilir (Wells, 2009).

2.1.1. Üstbiliş Kavramı

Bir şeyin ne kadarının yapılabildiğini anlamak ya da hatırlanmadığı halde o bilgiye sahip olduğunu bilmek düşünce, anı gibi bilişsel süreçleri değerlendirme veya izleme yeteneğine bağlıdır. Bu değerlendirmeye dayanarak kişi, düşüncelerini kontrol edebilir ve bu düşünceleri daha fazla işlemenin gerekli olup olmadığına karar verebilir. Yani neyi bildiğimizi bilmek üst bilişin özünü vurgulamaktır (Shinamura, 2000).

Üstbilişsel inançlar dikkatin neye yönlendirildiği ve bilince nelerin getirileceğini noktasında belirleyicidir ve düşünce ve duyguların düzenlenmesinde aktif rol oynar (Wells, 2009). Üstbilişsel kavramsallaştırma klinik psikolojide

psikolojik bozuklukların anlaşılması ve tedavisi için son zamanlarda temel oluşturmaktadır. Üstbiliş bir kavram olarak, biliş hakkında sahip olunan inanç ve değerlendirmeleri ifade etse de, üstbilişin kapsayıcı ve işlevsel bir tanımını yapmak çok boyutlu doğasından ötürü kolay değildir (Yılmaz, 2007). Bugüne kadar farklı üstbiliş tanımları ortaya atılmıştır. Bu tanımların incelenmesi, meta biliş üzerine araştırmanın kavramsal yönünün açıklanabilmesi için kolaylaştırıcı olabilir.

Gelişim psikolojisi bağlamında Flavell (1979) tarafından ortaya konulan “üst biliş” terimi ‘kişinin kendi bilişi hakkındaki bilişi’ olarak tanımlanmış ve sonrasında bilişsel psikoloji, nöropsikoloji ve sosyal psikoloji dahil olmak üzere psikolojinin diğer alanlarına yayılmıştır (Nelson vd., 1999). Klinik psikoloji bağlamında üstbiliş, “düşüncenin kontrol edilmesi, düzenlenmesi ve yorumlanmasında yer alan psikolojik yapı, bilgi, olay ve süreç” olarak tanımlanmaktadır (Wells vd., 2004). Hanten (2004) üstbilişleri bilişsel süreçlerin farkında olma, değerlendirme ve gerekli durumlarda bunu düzenleyebilme olarak açıklarken Reeve ve Brown’a (1985) göre bireyin kendi bilişsel süreçlerini anlayabilme ve kontrol edebilme yeterliliğine sahip olmasıdır. Wells (1999) ise üstbilişi düşünme, düşünceyi izleme ve kontrol etme süreçleri hakkında sahip olunan inanç ve değerlendirme biçimi olarak ele almaktadır.

Üstbiliş “bilgi işleme sisteminin kendi organizasyonunun içeriğini ve süreçlerini izleyen, yorumlayan, değerlendiren, kontrol eden ve düzenleyen yönünü” ifade eder (Wells, 2000; Wells ve Purdon, 1999). Bilişsel süreçlerin bu faaliyetlerin çeşitli yönlerini izleyen ve kontrol eden bir "üstbiliş" eşliğinde gerçekleştirildiği düşünülebilir (Koriat, 1998). Benzer şekilde üstbilişin “kişinin bilişsel sistemi ve bu sistemin işleyişine ilişkin bilgi ve inancı içeren mevcut bilişsel durumunun farkındalığı ve düşüncenin öneminin değerlendirilmesi”ne karşılık geldiği söylenebilir (Wells, 1995). Özetle üstbilişin ne bildiğimize ilişkin bilgi ve ne düşündüğümüz hakkındaki düşünceyi içeren biliş üzerindeki dikkate karşılık geldiği söylenebilir (Irak ve Tosun, 2008).

Nelson ve Narens (1990), üstbilişin iki temel yönü olan üst bilişsel izleme ve kontrol mekanizmalarının bir formülasyonunu olarak üstbilişin üç soyut ilkesini ortaya koymuştur; bunlardan biri, bilişsel süreçlerin meta düzey ve nesne düzey olmak üzere birbirleriyle ilişkili iki düzeyde işlev görmesidir. İkinci ilke, meta düzeyin nesne

düzeyinin dinamik bir modelini içermesidir. Üçüncü ilke, bu düzeyler arasındaki bilgi akışının yönüne bağlı olarak izleme ve kontrol olarak adlandırılan iki düzey arasındaki etkileşimin varlığıdır (Nelson ve Narens, 1990; Nelson vd., 1999).

Üstbiliş araştırmalarında bilişsel süreçleri izlemek ve kontrol etmek merkezi bir yere sahiptir. Üst düzeyin nesne düzeyi tarafından mevcut durumu hakkında bilgilendirmesi (Nelson ve Narens, 1990) şeklinde tanımlanan izleme, öğrenilenlerin değerlendirilmesini içerir. Örneğin, bir öğrencinin sınava hazırlık sürecinde öğrenme düzeyini değerlendirerek ek çalışma ihtiyacına karar vermesi, üstbilişsel izleme ve kontrolün tipik bir örneğidir. Dolayısıyla üstbiliş bellekte depolananların izlenmesini ve gelecekteki işlemlerin başlatılması ve kontrol edilmesi ile ilişkilidir (Shinamura, 2000). Kontrol sürecinde yeni bir eylem başlatarak, önceki bir eylemi sürdürerek, değiştirerek veya bir etkinliği sonlandırarak nesne düzeyi değiştirilebilir. Bu nedenle, uygunsuz başa çıkma stratejilerinin seçimi kontrol sürecinde bozulmaya yol açarak psikolojik rahatsızlığın oluşumunda etkili olabilir (Wells, 2000).

Nelson ve Narrens (1990) üstbilişi üst düzey (meta level) ve nesne düzeyi (object level) olmak üzere birbiriyle ilişkili iki düzeyli bir yapı ile açıklayarak bu iki düzey arasında bilgi akışı olduğunu belirtmiştir. Nesne düzeyindeki sistemler semantik bellek gibi zihinsel temsillerdir. Üstbiliş, nesne düzeyinde bilgi işlemeyi izleyen ve bu izlemeye dayanarak bilgi işlemeyi kontrol eden bir üstdüzey sistem tarafından sağlanır (Shinamura, 2000). Üst düzeyin nesne düzeyi tarafından bilgilendirilmesine ‘üstbilişsel izleme’ adı verilir. Böylece üst düzey, nesne düzeyi tarafından mevcut durumu hakkında bilgilendirilir (Nelson ve Narens, 1990; Nelson vd., 1999). Bu bilgilendirmede veri toplamak için kullanılan yöntemin bireyin kendi iç gözlemleri hakkındaki değerlendirmelerinin olması sebebiyle, izlemede yanlılık ve çarpıtmalara neden olarak sisteme hatalı bilginin dahil olmasına yol açabileceği vurgulanmaktadır (Nelson vd., 1999). Üst düzeyden nesne düzeyine olan bilgi akışı ise ‘üstbilişsel kontrol’ olarak nitelendirilmektedir. Bu düzeyde bilgi, nesne düzeyi sürecindeki durum ya da sürecinin kendisini değiştirerek nesne düzeyinde bir tür eylem gerçekleştirir. Bu da meta düzeyin nesne düzeyine daha sonra ne yapması gerektiğini bildirmiş olduğunu göstermektedir (Nelson ve Narens, 1990; Nelson vd., 1999). Bu nedenle, üstbiliş, nesne düzeyindeki bilgiyi izleyen ve bu izlemeden çıkan bilgiye bağlı

olarak bilgi işlemeyi kontrol eden bir meta düzey sistemi tarafından yönetilir (Shinamura, 2000).

Çok boyutlu bir yapı olduğu ifade edilen üstbiliş sistemin; üstbilişsel bilgi, üstbilişsel deneyim ve üstbilişsel strateji olmak üzere üç bileşenden oluştuğu vurgulanmaktadır (Flavell, 1979; Nelson vd., 1999; Wells, 1995). Üstbilişsel bilgi, bireyin kendi düşünme süreçleri hakkında sahip olduğu inanç ve teorileri ifade etmektedir. Bunun yanı sıra kişinin bellek veya konsantrasyon kapasitesine ilişkin inançları da buna dahil edilmektedir (Wells, 1995). Metakognitif kurama göre, üstbilişsel bilgi de iki türde ele alınmaktadır (Wells ve Matthews, 1994; Wells, 2000): (1) Açık (deklaratif) inançlar ve (2) örtük (prosedürel) inançlar. Açık bilgi, bilinçli bir şekilde fark edilebilen ve sözel olarak ifade edilebilen bilgidir. Yaygın kaygı bozukluğuna sahip olan bireylerin kaygının kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna yönelik inançlara sahip olması buna örnek gösterilebilir (Wells, 1995). Örtük bilgi ise, biliçdışı bir süreç olup doğrudan sözlü olarak ifade edilemeyen bilgidir. Bu bilgi türü; dikkati yönlendirme, belleği tarama ve yargıları oluştururken sezgileri (heuristics) kullanma gibi süreçleri kontrol ederek düşünmeye yardımcı süreçler olarak tanımlanabilir. Örtük veya prosedürel bilgi, bireylerin sahip olduğu "düşünme becerilerini" temsil etmektedir (Wells, 2009).

Üstbilişsel deneyimler, bireyin kendi zihinsel süreçlerine dair yaptığı değerlendirmeler ile bu değerlendirmelere eşlik eden bilişsel ve duygusal yaşantıları içermektedir (Wells, 2000). Örneğin, yaygın anksiyete bozukluğunda gözlemlenen "endişe hakkında endişelenme" durumu, bu tür deneyimlere bir örnek olarak gösterilebilir (Wells, 2000). Bu deneyimler, bireylerin bilişsel görevleri yerine getirirken kullandıkları üstbilişsel bilgi ve stratejileri etkileyebilmekte; dolayısıyla kişiler, sahip oldukları üstbilişsel inançları yaşadıkları yeni deneyimler doğrultusunda güncelleyebilmekte ya da yeniden yapılandırabilmektedir (Flavell, 1979). Ayrıca, üstbilişsel deneyimler bireyin öznel yaşantılarını da kapsamaktadır. Örneğin, bir anının hatırlanamamasına karşın, o bilgiye zihinde erişimin mümkün olduğuna dair güçlü bir içsel his taşımada bu kapsama dahil edilmektedir (Wells, 2009).

Üstbilişsel stratejiler, bireylerin bilişsel sistemlerinin işleyişini kontrol etme amacıyla verdikleri tepkiler olarak tanımlanabilir. Bu stratejiler, düşünme süreçlerini

yoğunlaştırma ya da bastırma işlevi görebildiği gibi, izleme süreçlerinin geliştirilmesine de katkı sağlayabilmektedir (Wells, 2000).

Üstbilişsel yapılara ilişkin yukarıda bahsedilen üstbilişsel bilgiler, Wells'in (2000) ortaya koyduğu metakognitif kuramın dayandığı kendini düzenleyen yürütücü işlev (self-regulatory executive function) modelindeki üstbilişsel inançlara ya da üstbilişlere; üstbilişsel stratejiler ise yine bu modelde tanımlanan bilişsel dikkat sendromu ve bileşenlerine (örn., tekrarlayıcı düşünme) karşılık gelmektedir.

2.1.2. Kendini Düzenleyen Yürütücü İşlev Modeli

Wells ve Mathew (1996) tarafından geliştirilen Kendini Düzenleyen Yürütücü İşlev (KDYİ) modeli, üstbilişsel kuramın temel dayanaklarından biridir. Bu model, bilişsel yaklaşımların bilişi sınırlı biçimde ele aldığını savunarak, psikolojik bozuklukların oluşumunda etkili olabilecek üstbilişsel inançlar ile bu inançlara dayalı stratejilerin dikkate alınması gerektiğini öne sürmektedir (Wells ve Mathew, 1996). KDYİ modeli, psikolojik rahatsızlıkların gelişimi ve devamında bilgi işleme süreçlerine dahil olan üstbilişsel bileşenlerin ayrıntılı bir şekilde kavramsallaştırılmasına olanak tanımaktadır (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004). Modelin temel varsayımlarından biri, psikopatolojiye ilişkin inançların, düşünme ve başa çıkma süreçlerini yönlendiren üstbilişsel bir yapı içerdiğidir.

KDYİ modeli duygusal açıdan hassas bireylerin ruminasyon ve endişenin işlevi ve sonuçlarına ilişkin altta yatan (üstbilişsel) inançlar doğrultusunda ruminatif düşünme veya endişeye kapıldıklarını varsayan genel bir bilgi işleme modelidir (Roelofs vd., 2010). Modele göre ruminasyon ve endişe duygusal rahatsızlıklara doğrudan veya olumsuz üstbilişler aracılığıyla dolaylı olarak (örneğin, düşünce ve duyguların tehdit edici değerlendirmelerini artırarak) katkıda bulunabilmektedir. Daha açık bir ifadeyle, olumlu üstbilişsel inançlar (örneğin, "Ruminasyon yapmak başa çıkmama yardımcı olacaktır") perseveratif olumsuz düşünmeyi başlatır ve sürdürürken olumsuz üstbilişsel inançlar (örneğin, "Düşüncelerim üzerinde kontrolüm yok") perseveratif olumsuz düşünme ile duygusal bozukluklar arasındaki bağlantıya katkıda bulunur (Wells ve Matthews, 1994). Üstbilişler tarafından aktive edilen endişe, tekrarlayıcı düşünme eğilimi, kaçınmacı başa çıkma ve dikkati tehdi

odaklama normal uyum sürecini engelleyerek tehlike hakkında sürekli düşünme ve semptomların sürmesine yol açmaktadır (Wells, 2009). Bununla birlikte model, bilişsel süreçlerin üç etkileşimli düzeyde yayıldığını öne sürmektedir. Bu düzeyler, otomatik ve refleksif işleme (düşük seviyeli işleme), çevrimiçi bilinçli işleme (bilişsel stil) ve üstbilişsel nitelikteki, uzun süreli bellekte depolanan bilgi veya inançları içermektedir (Wells, 2009).

KDYİ modeli, tüm psikolojik bozukluklara karşı hassasiyetin ve bu rahatsızlıkların sürdürülmesinin, Bilişsel Dikkat Sendromu (BDS) olarak adlandırılan belirli bir biliş örüntüsünün etkileşimiyle nedensel olarak bağlantılı olduğunu ileri sürer (Wells, 2013). BDS, genel olarak kişinin negatif düşünceler, inançlar ve duygularla başa çıkmak için verdiği yanıtı ifade eder (Wells, 2013). BDS, endişe veya ruminasyon gibi aktif ve tekrarlayan düşünme stilleri, azalan bilişsel işlevler, iç veya dış tehditlere ilişkin sürekli dikkat ve işlevsiz inançların değiştirilmesini engelleyen uyumsuz başa çıkma stratejilerinin kullanımı gibi benliğe odaklanmış abartılmış bir dikkatten oluşur. Bu sendrom, bilişin içeriğinden bağımsızdır ve endişe/ruminasyon ve dikkat hakkında meta-bilişsel bilgi etkileşiminden kaynaklanır (Wells, 2009).

KDYİ modeline göre, psikolojik bozuklukların sürdürülmesi, tekrarlayıcı olumsuz düşünme (örneğin endişe, takıntı ve geviş getirme), tehdite odaklı izleme ve düşünce bastırma gibi uyumsuz başa çıkma stratejilerinin seçilmesi ve uygulanması sonucunda gerçekleşir. Bu stratejiler, işlevsiz öz inançların değişimini sağlayamamakla birlikte, benlikle ilişkili olumsuz düşünceleri artırarak BDS oluşumuna zemin hazırlar (Wells, 2013). BDS, kendine odaklı dikkat, tehdit izleme ve tekrarlayan bilişlerle ilişkili uyumsuz başa çıkma stratejilerinden oluşmakta; bu durum bireyin istenmeyen bilişsel ve duygusal yaşantılar karşısında yeterli meta-bilişsel farkındalık geliştirmesini ve esnek meta-bilişsel kontrol uygulamasını engellemektedir (Moeller ve Bech, 2008). Sorunlu durumlarda BDS'nin aktive olması, bireyin sahip olduğu meta-bilişsel bilgiye dayalı bilişsel süreçleri yönlendirmekte ve bu durum, KDYİ modelinin çok sayıda bozukluğa özgü meta-bilişsel model ve tedavi protokolünün geliştirilmesine zemin hazırlamaktadır (Yılmaz, 2007).

Sonuç olarak BDS, duyguların sürdürülmesi, olumsuz düşüncelerin pekişmesi ve tehdit algısının devam ettirilmesi gibi çeşitli sonuçlar doğurmaktadır. Bu etkiler,

özellikle panik bozukluğun gelişiminde belirgin şekilde gözlemlenmektedir. Panik ataklar birçok bireyde kendiliğinden ortaya çıkabilirken, sonraki ataklara ilişkin endişe duymak ve bedensel belirtileri izlemeye yönelmek BDS'nin işlevsel yönleri olarak kaygının sürmesine ve panik atakların tetiklenme olasılığının artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle, BDS örüntüsüne yatkın bireylerin kaygıyı sürdürerek panik atakları devam ettirme ihtimali daha yüksektir. Ayrıca, bu örüntünün kaygının kontrol edilemez ve zararlı sonuçlar doğuracağına dair inançları güçlendirdiği vurgulanmaktadır (Wells, 2009). Psikolojik bozukluğa sahip bireylerin düşünce kalıpları BDS'nin bir göstergesi olarak kontrol altına alınması zor, benlikle ilgili konulara odaklı, tekrarlayıcı ve yoğun düşünsel süreçlerle karakterize edilmekte ve yüksek düzeyde öz odaklı (self focus) dikkatle ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Wells, 2009).

Metakognitif kuramın temeli olan KDYİ modeline göre düşünmeyle ilgili hatalı inançlar doğası gereği üstbilişsel olup benlik ve dünya hakkındaki inançları içeren sıradan bilişsel alan içerisinde yer almaz. Üstbilişsel inançlar, pozitif üstbilişsel inançlar ve negatif üstbilişsel inançlar aracılığıyla bu uyumsuz yanıt döngüsünü sürdürmektedir (Wells, 2009). Pozitif üstbilişler, bilişsel dikkat sendromunun içerisinde yer alan endişe, ruminasyon, tehdit izleme ve/veya diğer stratejileri kullanmanın yararlılığına ilişkin inançlardır. Bunlara “Endişe edersem işlerim hallolur.” veya “Tehlikeye odaklanmak güvende olmamı sağlayacak.” gibi inançlar örnek verilebilir. Wells (2009), ilk bakışta mantıklı değerlendirilecek bu inançların hatalı ve çarpıtılmış bir doğası olduğunu öne sürmüştür. Negatif üstbilişler ise, düşünce ve sıradan inançların anlamı, kontrol edilemezliği ve tehlikeliliği hakkındaki inançlardır. Bunlar, "Düşüncelerim üzerinde hiçbir kontrolüm yok" veya “Kaygılı hissetmek, işlerin yolunda gitmeyeceği anlamına gelir.” gibi inançları içerir. Bu noktada üstbilişsel yaklaşımın temel noktasının kişinin bilişlerinden ziyade bilişleri hakkındaki inançları olduğu söylenebilir (Wells, 2013).

Üstbilişsel kuram doğrultusunda, psikolojik bozuklukların oluşumu ve sürekliliğinin temelinde olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançların yön verdiği işlevsiz inançlar ile önyargılı düşünme tarzının olduğu bilinmektedir (Wells, 2000; Wells ve Matthews, 1994). KDYİ modeline göre ise endişe ve ruminasyon gibi tekrarlayıcı düşünme biçimleri, genellikle içsel bir tetikleyiciye yanıt olarak gelişen başa çıkma

stratejileridir. Bu bağlamda, klasik Bilişsel Davranışçı Terapi’de odaklanılan negatif otomatik düşünceler ve inançlar, psikolojik bozuklukların temel nedeni olmaktan ziyade; patolojik sürecin bir parçası olan tekrarlayıcı düşünme tarzını tetikleyicisi, içeriği ya da sonucu olarak değerlendirilmektedir (Wells, 2008).

Metakognitif kuram çerçevesinde üstbilişlerin duygusal sorunlar ve psikolojik bozukluklar üzerindeki etkisi, sıklıkla Üstbilişler Ölçeği (ÜBÖ; Cartwright-Hatton ve Wells, 1997) ile bu ölçeğin 30 maddeden oluşan kısa formu olan Üstbilişler Ölçeği-30 (ÜBÖ-30; Wells ve Cartwright-Hatton, 2004) aracılığıyla araştırılmıştır. Psikolojik sorunların ortaya çıkışı ve devamında etkili olduğu düşünülen çeşitli üstbilişsel inanç ve süreçleri değerlendirmek amacıyla geliştirilen ÜBÖ-30, beş alt boyuttan oluşmaktadır: (1) endişenin yararlı olduğuna dair olumlu inançlar, (2) endişenin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna yönelik olumsuz inançlar, (3) dikkat ve bellek süreçlerine ilişkin bilişsel güvensizlik, (4) düşüncelerin kontrol edilmesi gerektiğine ve kontrol kaybının doğurabileceği sonuçlara dair inançlar, (5) düşüncelerin izlenmesi ve dikkatin içsel süreçlere yönlendirilmesine ilişkin bilişsel farkındalık (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004).

2.1.3. Üstbilişler ve Öfke Arasındaki İlişkilere Yönelik Araştırmalar

Üstbilişsel inançlar ve ruminasyonun, tetikleyici olayların sıklığından bağımsız biçimde öfke üzerinde ileriye dönük anlamlı etkiler oluşturduğu bulunmuştur. Özellikle, düşünceleri kontrol etme ihtiyacına dair üstbilişsel inançların, ruminasyondan bağımsız olarak öfke üzerinde doğrudan etkili olduğu belirlenmiştir (Casselli vd., 2017). Üstbilişsel inançların ruminasyon ve öfke üzerinde rol oynayabileceğine dair mevcut az çalışmalardan biri olan Moeller (2016)’in klinik olmayan bir örnekleme yürüttüğü çalışmada, olumlu ve olumsuz meta bilişsel inançların öfkeli duygular hakkında düşünme eğilimi ile ilişkili olduğu ortaya konulmuştur. Ruminasyona ilişkin olumlu inançlara sahip bireylerin, olumsuz inançlara sahip bireylere göre daha düşük düzeyde öfkeye sahip oldukları ve bu durumun onları kolayca ruminasyona girmeye yönelttiği belirtilmektedir (Krans vd., 2014). Öfke kontrol sorunu olan hastalar ile yapılan benzer başka bir ön çalışmanın sonucunda ise hem olumlu hem de olumsuz üstbilişsel inançların varlığı tespit edilmiştir (Simpson ve Papageorgiou, 2003). Bu bulgular, üstbilişsel teori ve terapötik

yaklaşımların öfke sorunlarının ele alınmasında potansiyel bir değer taşıdığını ortaya koymaktadır (Casselli vd., 2017).

Öfkeye yatkın bireylerde görülen bilişsel çarpıtmalar ve algısal bozulmalar özellikle yanlış değerlendirmeler, suçlama ve adaletsizlik algısı bu bireyleri şizofreni hastalarıyla benzer bilişsel örüntüler içinde konumlandırmaktadır (Kassinove ve Sukhodolsky, 1995).

2.2. Ruminasyon

Duygu değerlendirme teorilerine göre, duygusal tepkilerin temel belirleyicisi, bir kişinin bir olay hakkında düşünme veya değerlendirme biçimidir (Lazarus, 1991; Scherer vd., 2001). Öfke uyandıran durumlar, düşünme ve hissetme arasındaki ilişkiyi araştırmak için ideal bir bağlam sağlar. Günlük yaşamda farklı şekillerde engellenme ile karşılaşıldığında bazı insanlar, üzücü değerlendirmeleri zihinsel olarak tekrar tekrar canlandırır ve yaşadıklarının kendilerini nasıl hissettirdiğine odaklanırlar (Morrow ve Nolen Hoeksema, 1990). Bir kısmı ise üzücü olayları zihinsel olarak gözden geçirmeye ve bu deneyimleri bütünleştirmeye çalışarak olayın duygusal yükü ile baş etmeye çalışırlar (Pennebaker vd., 2003).

Martin ve Tesser (1996), ruminatif düşünceleri belirli bir tema etrafında dönen ve herhangi bir dışsal durumsal tetikleyici olmaksızın tekrar eden bilinçli düşünceler olarak tanımlamaktadır. Nolen-Hoeksema (2008) ise ruminasyonu, içerikten bağımsız biçimde bireyin duyguları ve yaşadığı sorunlar üzerine ısrarlı ve sürekli düşünme süreci olarak tanımlamaktadır. Buna göre ruminasyon bireyin bir problem veya duygusal tepkiye odaklanmasına ve olumsuz duygusal tepkinin sürmesine neden olur (Nolen-Hoeksema vd., 2008).

Birey, olumsuz duygu ve düşüncelerden kaçınmak ya da olası tehlikelere karşı hazırlıklı olmak gibi gerekçelerle ruminasyonu, sorunun bir parçası olarak değil, çözümüne yönelik zihinsel bir strateji olarak değerlendirebilir (Moeller, 2019). Ruminasyon, öfke duygularını artırma (Rusting ve Nolen-Hoeksema, 1998), öz denetimi azaltma ve saldırgan davranışları teşvik etme eğilimleri nedeniyle çoğunlukla işlevsiz bir duygu düzenleme stratejisi olarak değerlendirilmektedir (Denson vd.,

2011; Krans vd., 2014). Ruminasyonun problematik rolü, sağlıklı üniversite öğrencilerinde (Bushman, 2005; Denson vd., 2009), borderline alt-klinik özellikler taşıyan bireylerde (Selby vd., 2008; Selby ve Joiner, 2012) ve Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı almış klinik örneklerde (Abela vd., 2003; Baer ve Sauer, 2011; Martino vd., 2015) ortaya konmuştur. Bununla birlikte ruminasyon eğiliminin daha uzun süreli depresif semptomlar (Nolen-Hoeksema vd., 1993) ve artan sıklıkta depresif ataklar ile (Nolen-Hoeksema, 2000), anksiyete (Papageorgiou ve Wells, 2004; Nolen-Hoeksema vd., 2008) ve hatta travma tepkileri (Kubota vd., 2015) ile ilişkili olduğu gösterilmektedir. Ruminasyon en kapsamlı şekilde depresyon bağlamında çalışılmış olsa da bu bilişsel süreç, Rusting ve Nolen-Hoeksema'nın (1998) makalesinde de ele alındığı gibi, öfke literatüründe artan bir ilgi görmüştür (Martino vd., 2015). Öfke karşısında ruminasyon ve üzüntü karşısında ruminasyonun iki farklı yapıyı temsil etmekte; öfke ruminasyonu saldırganlığı, üzüntü ruminasyonun ise depresif ruh halini yordamaktadır (Peled ve Moretti, 2010).

2.2.1. Öfke Ruminasyonu

Öfke genel olarak bir duygu olarak nitelendirilse de öfke ruminasyonu bu duygu hakkında düşünme olarak tanımlanabilir (Sukhodolsky ve Golub, 2001). Öfke ruminasyonu, kişi için anlamlı bir öfkeye yol açan bir olay hakkında tekrarlayıcı bir şekilde düşünme biçimi olarak tanımlanmaktadır (Denson, 2013). Öfke ruminasyonun artan öfke duyguları (Rusting ve Nolen-Hoeksema, 1998), fizyolojik uyarılma (Ray, Wilhelm ve Gross, 2008), öfke kontrol sorunları (Novaco, 1975) ve saldırgan davranış (Bushman vd., 2005; Martino vd., 2013) dahil olmak üzere bazı uyumsuz sonuçlarla ilişkili olduğu ortaya konulmuştur. Ruminasyonun öfke üzerindeki etkisine ilişkin farklı araştırmalarda, ruminasyonun öfke üzerindeki olumsuz etkisini desteklemektedir (Anestis vd., 2009; García-Sancho vd., 2016; Casselli vd., 2017).

İnsanlar öfkeye neden olan anılara odaklandıklarında, öfke tepkilerini yeniden deneyimlediklerinde ve intikam düşünceleri üzerinde kafa yorduklarında öfke ruminasyonu yapmaya başlar (Caprara, 1986; Denson vd., 2006; Sukhodolsky vd., 2001). Dolayısıyla öfkeli duyguların veya intikam düşüncelerinin öfkeli ruminasyona eşlik ettiği söylenebilir (Sukhodolsky vd., 2001). Ancak öfkeli ruminasyonun kısa süreli öfke deneyimlerinden farklı olarak uzun bir süre devam ettiği ve bu yönüyle

dürtüsel tepkilerden ziyade intikam alma olasılığını artırma potansiyeliyle ayrılmakta olduğu söylenebilir (Denson, 2012).

Öfke ruminasyonu, kuramsal olarak üç temel süreci içeren bir yapı olarak “geçmişte yaşanan öfke deneyimlerinin zihinsel olarak yeniden canlandırılması, mevcut öfke deneyimlerine odaklanan dikkat ve öfkeye ilişkin karşı olgusal düşünce” (yani, yaşanan olayın aslında meydana gelmemesi gerektiğine dair düşünceler) olarak tanımlanmaktadır. Bu yapıyı somutlaştırmak için randevusuna gelmeyen biriyle ilgili içsel bir monolog örnek verilebilir. Kişi, “Bu adam tarafından ekildiğime inanamıyorum!” diyerek içinde bulunduğu duruma dikkat kesilir; ardından, “Bu tam da eski sevgilimin yaptığı türden bir şeydi,” ifadesiyle benzer geçmiş deneyimlere dair anıları hatırlar; son olarak ise, “Burada beklemek yerine evde televizyon izliyor olabilirdim,” düşüncesiyle karşı olgusal bir değerlendirmede bulunur (Spielberger, 1988).

Martin ve Tesser (1996), öfkeli ruminasyonu doğrudan ele almamakla birlikte, ruminasyonun genellikle bir hedefe yönelik ilerlemenin engellenmesi veya kesintiye uğraması durumlarında ortaya çıktığını ileri sürmüştür. Buna karşılık, Wänke ve Schmid (1996) ise hedef engellenmesinin ruminasyonun ortaya çıkması için zorunlu bir ön koşul olup olmadığını sorgulamış; ruminasyonun, bireyin arzuladığı durum ile mevcut durum arasındaki tutarsızlığı fark etmesiyle başladığını belirtmiştir (Akt. Denson, 2012). Öfke ruminasyonu bastırılmış öfke yapısına benziyor gibi görünse de, öfke ruminasyonu bastırıldıktan sonra öfkeye ne olduğunu aydınlatmaya çalışır. Dolayısıyla, öfkenin bastırılması sonrasında oluşacak ruminasyon için malzeme sağlayabilir (Sukhodolsky, 2001).

Denson (2012), öfkeli ruminasyonu bilişsel, nörobiyolojik, duygusal, yürütücü kontrol ve davranışsal olmak üzere beş düzeyi kapsayan çoklu sistem modeli çerçevesinde açıklamıştır. Bu model, bireylerin öfke uyandıran olaylar hakkında neden ve nasıl ruminasyon geliştirdiklerini ve bu sürecin sonuçlarını ortaya koymaktadır. Modele göre öfkeli ruminasyon, psikolojik ve biyolojik düzeyde belirli tepkileri harekete geçirmektedir. Bireylerin öfke yaratan bir durumla karşılaşmasının ardından, bu durumla ilgili ruminasyonlara ne ölçüde katıldıkları ve öfkeli ruminasyona eğilimleri, yürütücü kontrol kapasiteleriyle şekillenmektedir. Bu bağlamda, sıklıkla ruminasyon yapan ve yürütücü kontrolü zayıf olan bireylerde öfkeli

ruminasyonun görülme olasılığı daha yüksektir (Denson, 2012). Bununla birlikte öfke ruminasyonu, kişisel çatışma veya sosyal adaletsizlikle ilgili durumlara yönelik kışkırtma sonucunda da ortaya çıkabilir (Rusting ve Nolen-Hoeksema, 1998; Sukholdolsky vd., 2001).

Öfke hakkındaki olumsuz ve olumlu inançlar, öfkeli ruminasyon gibi uyumsuz zihinsel stratejilerin seçiminde rol oynayarak (Moeller, 2019), öfke duygusunun daha daha fazla sürmesine ve çoğalmasına yol açmaktadır (Brushman, 2002 ve Brushman 2001).

2.3. Öfke

Öfke, çoğunlukla bir hedefe ulaşma çabasının engellenmesiyle oluşan hayal kırıklığı ya da hakaret, tehdit ve yaralanma gibi düşmanca davranışlara verilen tepki olarak ortaya çıkar (Strickland, 2001). Bu duygu, paradoksal biçimde hem tatmin edici hem de ürkütücü bir deneyim sunar. Öfke genellikle kontrol edilmesi gereken bir duygu olarak değerlendirilse de kronik öfke sorunları yaşayan bireylerde tedavi sürecini zorlaştıran etmenlerden biri, bu kişilerin öfkelenme deneyiminden haz alabilmeleridir. Öfkenin saldırganlığa dönüşme riski ve sosyal dışlanmaya yol açma ihtimali kaygı verici olsa da stresle başa çıkma sürecinde sağladığı algılanan işlevsellik, bireyde öfkeye yönelik tatmin duygusunu artırabilmektedir (Novaco, 1976).

Öfke de korku gibi fiziksel hayatta kalmak için ilkel bir mekanizma sağlamaktadır. Öfke ve korkuya kalp atış hızı ve kan basıncının artması, hızlı nefes alma ve kas gerginliği gibi benzer fizyolojik değişimler eşlik eder (Strickland, 2001). Bununla birlikte korkuyu karakterize eden adrenalin tarafından üretilen "savaş ya da kaç" tepkisinin aksine, öfke hem adrenalin hem de başka bir hormon olan noradrenalin salgılanmasına yol açar. Öfkenin diğer fiziksel belirtileri arasında kaş çatma, diş gıcırdatma, dik dik bakma, yumruk sıkma, ürperme ve titreme, seğirme, boğulma, kızarma ve uyuşma bulunur (Strickland, 2001).

Öfke, hafif rahatsızlık ve uyarılmışlık halinden yoğun düşmanlık ve saldırganlığa kadar farklı şiddet düzeylerinde deneyimlenebilen bir duygudur. Bu duygunun en ciddi sonucu olan şiddet eğilimli davranışların, genellikle öfkenin

yoğunluk derecesiyle ilişkili olduğu belirtilmektedir (Spielberger, 1988). Her ne kadar öfke, saldırganlıktan ayrı bir duygusal durum olarak değerlendirilse de, çoğu zaman bir provokasyona karşı verilen davranışsal tepkilerle ortaya çıkmaktadır (Novaco, 1976). James-Lange kuramına (1890) göre, birey provokatif bir durum karşısında geri çekildiğinde yaşanan fizyolojik uyarılma kaygı olarak yorumlanırken, durumla yüzleştğinde veya ona yaklaştığında bu uyarılma öfke biçiminde algılanır. Novaco'ya (1976) göre ise, bireyin kişisel kontrol algısının zayıfladığı durumlarda kaygının ortaya çıkma olasılığı artmakta ve öfke duygusu bireyin kontrolü yeniden sağlama çabasıyla tetiklenebilmektedir. Öfke, öznel bir deneyim olmakla birlikte; duygusal, fizyolojik ve bilişsel bileşenlerin etkileşimiyle oluşan çok boyutlu bir yapı arz etmektedir (Dobson ve Craig, 1996).

Öfke uyarımının en temel işlevlerinden biri, bireyin eyleme geçme kapasitesini artırarak güçlü davranışsal tepkilere zemin hazırlamasıdır. Bu durum, örneğin kapı çarpmak veya ses tonunu yükseltmek gibi belirgin motor tepkilerle kendini gösterebilir. Öfkenin bir diğer işlevi ise, bireyin kendini ifade etme ve sosyal etkileşimlerde konumunu belirleme aracı olarak rol oynamasıdır. Öfkeli bireylerin, sosyal olarak değer verilen özelliklere sahip olduklarını iddia etmeleri, bu duruma örnek teşkil eder (Novaco, 1976). Her ne kadar öfke dışavurumu saldırganlıkla ilişkilendirilse de bu dışavurum aynı zamanda diğer insanlara bireyle nasıl ilişki kurmaları gerektiğine dair dolaylı bir mesaj iletir ve bu yönüyle bireyin sosyal imajını koruma veya güçlendirme amacı taşıyabilir. Novaco'ya (2010) göre öfke, bireyin karşılaştığı zorluklar karşısında fiziksel ve psikolojik kaynaklarını harekete geçirerek işlevsel tepkiler geliştirmesini desteklemekte; tehdide yönelik dikkatin odaklanmasını sağlamakta, olumsuz duyguların dışavurumuna olanak tanımakta ve kişisel kontrol algısını güçlendirmektedir.

Öfkenin kaynakları bireyler arasında ve yaşam dönemlerine göre farklılık gösterebilmektedir. Yetişkinlerde öfke genellikle yoksunluk ya da sosyal engellenme gibi durumlarla ilişkilendirilirken, çocuklarda bu duygu daha çok kısıtlayıcı kurallardan kaynaklanmaktadır (Strickland, 2001). Ancak öfkeye neden olan etmenler her zaman açık biçimde tanımlanamayabilir; aynı birey bazı durumları farklı zamanlarda öfke uyandırıcı olarak yorumlayabilir. Bu durum, öfkenin hem bireysel yatkınlıklar hem de durumsal faktörlerle etkileşim içinde ortaya çıktığını göstermektedir (Törestad, 1990). Örneğin, öfkeye yatkın bireylerin semantik olarak

öfkeyle ilişkili uyaranlara daha hızlı tepki verdikleri, bu nedenle öfke uyandırabilecek durumları bilişsel olarak daha çabuk işledikleri ve bu sürecin daha kolay öfkelenmelerine neden olabileceği ifade edilmektedir (Parrott vd., 2005).

Öfkenin değerlendirilmesi ve düzenlenmesinde etkili olan bazı bilişsel yanılgılar, bireyin duygusal tepkilerini anlamlandırma ve yönetme süreçlerinde önemli rol oynamaktadır. İlk olarak, öfkenin bazı olayların doğası gereği kaçınılmaz olarak ortaya çıktığı yönündeki yaygın inanç eleştirilmektedir. Oysa olayların tek başına öfkeyi tetiklemediği, öfkenin daha çok olayın birey tarafından nasıl yorumlandığıyla ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Ortony vd., 1988). İkinci olarak, öfkenin temel bir duygu olmasına rağmen, bazı durumlarda algılanan kayba karşı gelişen korku ya da incinmenin ikincil bir ifadesi olduğu ve bu yönünün göz ardı edilebildiği ileri sürülmektedir (Fava vd., 1990). Üçüncü olarak, öfke sonucunda verilen tepkilerin her zaman uyarlanabilir ve gerekli olduğu yönündeki inancın, kişilerarası ilişkilerde olumsuz sonuçlara yol açabileceği belirtilmektedir (Nelson, 1999). Özetle bu tür bilişsel yanılgıların, öfkenin değerlendirilmesi ve ifadesinde çarpıtmalara yol açarak, duygunun işlevsel ve sağlıklı biçimde düzenlenmesini engelleyebileceği söylenebilir.

Novaco'ya (2010) göre, öfke işlevsel bir değere sahip olmakla birlikte, çok sık ve yoğun biçimde ortaya çıktığında, süresi uzadığında ya da aşırı saldırganlığı tetiklediğinde klinik bir sorun hâlini alabilmektedir. Öfkenin çağrışımları ikili bir yapıya sahiptir; bir yandan delilikle ilişkilendirilen patlayıcı ve yıkıcı duygularla bağlantılıyken, diğer yandan hayatta kalma mekanizmalarıyla ilişkili enerji verici ve güçlendirici bir deneyim olarak da değerlendirilmektedir (Novaco, 2010). İşlemsel modele göre, yüksek öfke eğilimindeki bireylerin daha yoğun stres yaşadıkları ve bu stresle başa çıkma becerilerinin zayıf olduğu öne sürülmektedir. Bu bireyler yalnızca stresli durumlara karşı daha büyük tepkiler vermekle kalmaz, aynı zamanda başkalarında da benzer tepkiler uyandırma eğilimindedir (Deffenbacher, 1992; Diong ve Bishop, 1999). Bunun yanı sıra yüksek düzeyde öfke deneyimlemenin, daha fazla stres, algılanan sosyal desteğin azalması, kaçınma davranışlarının artması, düşük psikolojik iyi oluş ve daha yoğun sıkıntı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Diong vd., 2005).

2.3.1. Durumluk-Sürekli Öfke

Spielberger ve diğerleri (Spielberger, 1988; Spielberger vd., 1988; Spielberger, 1995), öfkenin daha sistematik bir biçimde anlaşılabilmesi amacıyla durumluk-sürekli kişilik kuramını öfke bağlamında uyarlamışlardır. Bu kuram çerçevesinde, durumluk öfke; bireyin karşılaştığı anlık durumlara verdiği, öznel duygusal deneyimler ve fizyolojik tepkilerle şekillenen geçici bir emosyonel-fizyolojik tepki durumu olarak tanımlanmaktadır. Söz konusu tepki, hafif kızgınlık düzeyinden yoğun öfkeye kadar uzanan bir spektrumda ortaya çıkabilmekte ve kısa zaman dilimleri içerisinde değişkenlik gösterebilmektedir.

Sürekli öfke ise bireyin öfkeye karşı genel duyarlılığını ve bu tür duygusal tepkileri sıklıkla yaşama eğilimini yansıtan, nispeten sabit bir kişilik özelliğidir. Bu doğrultuda, yüksek düzeyde sürekli öfkeye sahip bireylerin çevresel uyarıcılara daha sık ve daha yoğun öfke tepkileri verdikleri belirlenmiştir (Deffenbacher vd., 1996). Bu bireylerin, çok sayıda durumu öfke tetikleyici olarak algıladıkları, kışkırtıcı durumlara karşı daha işlevsiz başa çıkma stratejileri benimsedikleri ve öfkeyi hem dışa vurum yoluyla (örneğin saldırgan davranışlar) hem de bastırma biçiminde (örneğin içsel sıkıntı) ifade ettikleri ifade edilmektedir (Deffenbacher vd., 1996). Bu durum, öfkenin daha ciddi düzeyde davranışsal ve duygusal sonuçlar doğurmasına yol açabilmektedir. Sonuç olarak, sürekli öfke; bireyin öfkeyi daha sık, daha yoğun ve daha uzun süreli deneyimlemesine neden olan kalıcı bir eğilim olarak tanımlanmaktadır (Parrott, 2005).

Spielberger ve diğerleri tarafından geliştirilen durumluk-sürekli öfke kuramı, sürekli öfkeyi bireyin öfkeye yönelik genel eğilimi olarak tanımlar. Bu kuram çerçevesinde Deffenbacher ve diğerleri (1996), sürekli öfkeye ilişkin beş temel teorik öngörü ortaya koymuştur:

1. Kolay Öfkelenme Eğilimi: Sürekli öfke düzeyi yüksek bireyler, daha kolay öfkelenir. Bu bireyler gündelik yaşamda daha fazla sayıda öfke uyandırıcı durumla karşılaştıklarını ve daha sık öfke yaşadıklarını bildirirler.
2. Daha Yoğun Öfke Tepkisi: Yüksek sürekli öfkeye sahip bireyler, tahrik edildiklerinde daha güçlü ve yoğun öfke tepkileri verirler.

3. Uyumsuz Öfke İfadesi: Bu bireyler öfke duygularını daha az yapıcı, daha az işlevsel ve daha olumsuz yollarla ifade etme eğilimindedir. Öfkeyle başa çıkma becerileri düşüktür.
4. Olumsuz Sonuçlarla Karşılaşma Riski: Sürekli öfke düzeyi yüksek bireyler, yaşadıkları öfkenin sıklığı ve yoğunluğu nedeniyle, öfkeye bağlı daha fazla veya daha ciddi olumsuz sonuçlar yaşama eğilimindedir.
5. Öfkeye Özgü Bir Kişilik Eğilimi: Sürekli öfkenin, öfkeye özgü bir kişilik özelliğini yansıttığı varsayılmaktadır. Bu nedenle sürekli öfkenin, öfkeyle ilişkili yapılarla, öfke içermeyen yapılara kıyasla daha güçlü ilişkiler göstermesi beklenmektedir.

Parrott ve diğerlerinin (2005) araştırmasında, yüksek düzeyde sürekli öfke bildiren bireylerin öfkeyle ilgili anlamsal uyaranları bilişsel olarak işlemeye daha eğilimli oldukları; bu durumun, öfke uyandıran durumlarla karşılaştıklarında daha yoğun öfke yaşama eğilimlerinden kaynaklı olduğu bulunmuştur. Başka bir deyişle, yüksek düzeyde sürekli öfke bildiren bireylerin öfkelerinin tetiklenmesine yönelik seçici dikkatlerinin yüksek olduğu söylenebilir.

Öfke, her ne kadar klinik bir tanı olarak sınıflandırılmasa da bireyin sosyal işlevselliğini ve günlük yaşamdaki stres etkenlerine verdiği tepkileri olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Parrott, 2005; Novaco, 2010). Yapılan araştırmalar, kronik öfkenin fiziksel ve sözel saldırganlık (Hazaleus ve Deffenbacher, 1986; Parrott ve Zeichner, 2002), yoğun alkol kullanımı (Liebsohn vd., 1994) ve yetersiz problem çözme becerileri (Novaco, 1975) ile anlamlı bir ilişki içinde olduğunu göstermektedir. Ayrıca öfkenin saldırgan davranışlarla ilişkili olması, hem uzun süreli yatış gerektiren psikiyatri hastanelerinde hem de kamu ve adli kurumlarda önemli bir sorun alanı olarak karşımıza çıkmasına neden olmaktadır (Novaco, 2010).

2.3.2 Öfkenin Psikopatolojiler İle İlişkisi

Öfke, kontrol altında tutulduğunda kişisel güvenliği sağlamada ve önemli yaşam hedeflerine ulaşmada uyarlanabilir bir işlev görür. Ancak, aşırı sık, yoğun ya da uzun süreli tetiklendiğinde ve saldırganlığa yol açtığında klinik bir sorun olarak ortaya çıkabilir (Novaco, 2009). Başka bir ifadeyle, öfke deneyimi kendiliğinden

problem oluşturmaz; düzensizleştğinde sorun haline gelir. Anksiyete ve depresyondan farklı olarak, öfkeye yönelik tanısal bir kategori bulunmamaktadır; yalnızca saldırgan davranışın temel belirti olarak kabul edildiği Aralıklı Patlayıcı Bozukluk bu kapsama girmektedir (Novaco, 2010). Çoğu öfke ölçeği ve envanteri klinik popülasyonlar göz önünde bulundurularak geliştirilmemiştir. Bu kapsamda geliştirilen Novaco Öfke Ölçeği (Novaco, 2003) dahi psikopatolojik belirtileri yansıtmakta veya psikopatoloji sınıflandırmaları ile bütünleşmiş değildir. Ancak öfkenin pek çok klinik tanıda eşlik edici olabileceği görüldüğünden bazı tanılar ile ilişkisinin verilmesinin açıklayıcı olabileceği düşünülmektedir.

Öfke, uzun süredir travmatik tepkilerin temel bir bileşeni olarak kabul edilmektedir. Orth ve Wieland'ın (2006) gerçekleştirdiği bir meta-analiz, öfkenin travmaya maruz kalmış yetişkinlerde travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Her ne kadar öfke, akut stres bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) gibi bazı durumlarda bir belirti olarak görülebilsen de TSSB dışında genel olarak anksiyete bozukluklarında yaygın bir şekilde yer almamaktadır. Öfkenin, anksiyeteden ziyade depresif bozukluklarla daha güçlü bir ilişki içinde olduğu düşünülmektedir (Novaco, 2010). Ancak, beş farklı anksiyete bozukluğu grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada (Moscovitch vd., 2008), spesifik fobisi olanlar hariç tüm anksiyete bozukluğu hastalarının, öfke, düşmanlık ve saldırganlık düzeylerinde klinik olmayan kontrol grubuna kıyasla daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Buna ek olarak, Gould ve diğerlerinin (1996) yürüttüğü çalışmada, panik bozukluğu olan hastalarda "öfke atakları" görüldüğü ve bu grubun en yüksek öfke puanlarına sahip olduğu bildirilmiştir.

2.4. Depresyon

Duygulanımda çökkünlük, ilgi ve istek kaybı, hareketlerde yavaşlama, zevk almada zorluk, karamsarlık, değersizlik, suçluluk, pişmanlık, uyku ve iştahta bozulma ve cinsel isteksizlik gibi belirtilerle açıklanan depresif bozukluklar ülkemizde olduğu gibi dünyada da önemli bir ruh sağlığı sorunudur (Küey, 1998). Depresyonun hem yaygın ve kronik bir ruhsal bozukluk olması (Beshai vd., 2011) hem de ciddi işlevsel yıkıma yol açması nedeniyle en yıpratıcı psikiyatrik durumlar arasında yer almaktadır (Mrazek vd., 2014).

Depresyon semptomları genel olarak dört ana başlık altında sınıflandırılabilir: (1) Duygudurum belirtileri, gün boyu süren ve dışarıdan gözlemlenebilen belirgin mutsuzluk ya da keyifsizlik; (2) Bilişsel belirtiler, değersizlik düşünceleri ve geleceğe ilişkin olumsuz beklentiler; (3) Somatik belirtiler, uyku ve iştah düzenindeki bozulmalar; (4) Motor belirtiler, psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte, ‘önceden haz veren etkinliklerden artık keyif alamama durumu’ olarak tanımlanan anhedoni bu dört kategoriyle net biçimde örtüşmemekte, fakat depresyonun ayırt edici belirtilerinden biri olarak kabul edilmektedir (Gönül, 2012). Bu semptomlar depresyonun çeşitli psikolojik, bilişsel ve fiziksel belirtilerle kendini gösteren kompleks bir sendrom olduğunu göstermektedir (Güleç vd., 2005).

Ceza infaz kurumlarında hüküm almanın ardından ortaya çıkan ruhsal hastalıklardan, özellikle depresyon, yaygınlığı nedeniyle küresel ölçekte ciddi bir halk sağlığı sorunudur (Fazel ve Seewald, 2012; Andreoli vd., 2014). Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) verilerine göre, her dokuz tutuklu/hükümlü bireyden biri ruhsal bir bozukluk yaşamaktadır ve bu bireylerin büyük çoğunluğu depresyon ve anksiyete semptomları bildirmektedir. Bu popülasyondaki yüksek oran, aşırı kalabalıklık, şiddet, zorunlu izolasyon, mahremiyet ve anlamlı aktivitelerden yoksunluk, sosyal izolasyon, geleceğe ilişkin kaygılar ve ceza infaz kurumlarında sunulan yetersiz ruh sağlığı hizmetleri gibi çeşitli çevresel ve kurumsal etkenlere bağlanmaktadır (Zlotnick vd., 2008).

Hükümlü ve tutuklular arasında depresyonun yaygınlığına ilişkin çeşitli araştırmalar, bu ruhsal bozukluğun ceza infaz kurumlarında yüksek oranda görüldüğünü ortaya koymaktadır (Bedaso, 2018; Alemayehu vd., 2019; Sakelladis, 2010). Depresyonun bu yüksek prevalansı, kötü yaşam koşulları (dar alanlar, mahremiyet kaybı, kalabalık ortamlar), sınırlı sosyal ilişkiler, yetersiz ruh sağlığı hizmetleri, anlamlı aktivitelerden yoksunluk, sosyal izolasyon ve geleceğe dair güvensizlik gibi bir dizi faktörle ilişkilendirilmektedir (Santos vd., 2019; Favril vd., 2020). Ayrıca, ruhsal bozukluklara sahip hükümlülerin fiziksel çatışmalara karışma ve ceza infaz kurumu kurallarını ihlal etme olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Kastos vd., 2023).

Depresyon tanısı alan tutuklu/hükümlü'lerin kendine zarar verme davranışları sergileme, kronik sağlık problemleri ve bulaşıcı hastalıklara yakalanma olasılıklarının daha yüksek olduğu; ayrıca ceza infaz kurumuna girmeden önceki yaşam kalitelerinin daha düşük olma riskinin bulunduğu bildirilmektedir (Sakelliadis vd., 2010; Andreoli, 2014). Depresyonun nedenlerine ilişkin bireysel inançları inceleyen Furnham ve diğerlerinin (2016) çalışmasında, sosyal yoksunluk, kişilerarası çatışmalar, travmatik yaşantılar, duygusal yoksunluk ve olumsuz öz-imaj gibi psikososyal faktörlerin öne çıktığı görülmüştür. Bununla birlikte Wang (2022), depresyonun etiyolojisinde genetik ve biyolojik belirleyiciler, nörokimyasal dengesizlikler, yetersiz beslenme, cinsiyet hormonları, stres, travma, madde kullanımı, fiziksel sağlık sorunları ve mevsimsel değişikliklerin de önemli rol oynadığını belirtmektedir.

Kadın hükümlüler açısından ceza infaz kurumunda bulunma durumu, sosyal temasın ve toplumsal rollerin ani kaybı, aile ziyaretlerinin yetersizliği ve artan izolasyon gibi etkenler depresyonla ilişkilendirilmiştir (Pinese vd., 2010; Yi vd., 2017). Bununla birlikte psikolojik bir bozukluğa sahip olma durumunun kadın hükümlüler için başka bir kırılma noktası olduğu ve bu durumun onları klinik tanımlı olmayan kadın hükümlülere göre sağlık problemlerine karşı daha savunmasız bıraktığı ortaya konulmaktadır (Binswanger vd., 2010).

Ceza infaz kurumlarında yürütülen bazı çalışmalarda depresyonla ilişkili klinik faktörler cinsiyete göre farklılık göstermektedir (Bermudez vd., 2009; Essau vd., 2010). Kadınların erkeklerden farklı olarak duygusal dışavuruma ve içsel süreçlere yönelme eğilimi ve ruminatif düşünmeye daha yatkın olmaları sebebiyle stres etkenlerini daha yoğun ve engelleyici algılayarak geleceğe ilişkin karamsar bir tutum geliştirdikleri belirtilmektedir. Bu durumun da benzer şekilde kadın hükümlülerin aleyhine gelişmekte olduğu düşünülebilir.

2.4.1. Depresyon ve Öfke Arasındaki İlişkilere Yönelik Araştırmalar

Öfkenin depresyon ile arasındaki ilişkiye bakıldığında bu ilişkinin saldırgan davranışlardan şiddet eylemlerine kadar uzandığı görülmektedir. Hillbrand ve diğerlerinin (1995) adli hastalar üzerinde yaptığı çalışmalar, kendine zarar verme ile kişiler arası şiddetin sıklıkla birlikte görüldüğünü ve şiddet uygulayan hastaların önemli bir kısmının kendine zarar verme ile başkalarına saldırma arasında geçiş

yaptığını ortaya koymuştur (Hillbrand, 1995; Hillbrand, vd., 1994). Başka bir çalışmada, öfke ve depresyonun yatarak tedavi gören ergen hastalar arasında intihar riskiyle ilişkili olduğu belirlenmiştir (Cautin vd., 2001). Ayrıca, ayrıca öfke ve depresyonun her ikisinin de şiddet davranışı ve suçlulukla bağlantılı olduğu ortaya konulmuştur (Blitstein vd., 2005; Sigfusdottir vd., 2004).

Termine ve Izard (1988) ile Berkowitz'in (1990) bulguları birlikte değerlendirildiğinde, öfke ve üzüntünün duygusal olarak iç içe geçmiş tepkiler olabileceği anlaşılmaktadır. Her iki çalışma da, özellikle acı, ayrılık veya olumsuz yaşantılar karşısında hem bebeklerde hem yetişkinlerde bu iki duygunun birlikte ya da birbirine benzer biçimde ifade edildiğini göstermektedir. Bu durum, öfke ve üzüntünün benzer tetikleyicilere karşı gelişen ve kimi zaman eş zamanlı ortaya çıkan duygular olduğunu düşündürmektedir.

Berkowitz'in (1990) bilişsel-neoassociationistic modeli, olumsuz duygulanım ile öfke ve saldırganlık arasındaki ilişkisel yapıyı açıklamaktadır. Bu modele göre, üzüntü ve depresyon gibi hoş olmayan duygular ile öfkeye ilişkin duygular, düşünceler, anılar ve saldırgan eğilimler arasında çağrışımsal bir bağlantı vardır. Bu bağlantı, olumsuz duygulanımın öfke ve saldırgan tepkilerin ortaya çıkmasında etkili olabileceğini göstermektedir (Berkowitz, 1990).

Depresif kişilerde, öfkenin ifade edilmesinin sosyal sonuçları hakkındaki olumsuz inançlar (örneğin, başkaları tarafından reddedilme korkusu, kontrolü kaybetme korkusu, başkalarına zarar verme korkusu) nedeniyle öfkelerini bastırdıkları ortaya konulmuştur. Riley ve diğerlerinin (1989) depresif hastaların öfkeyi normal kontrol grubuna ve travma sonrası stres grubuna kıyasla daha fazla bastırdığını tespit etmiştir. Bununla birlikte, depresyon panik ataklara benzetilen 'öfke atakları' ile ilişkilendirilebilir (Fava vd., 1990).

Brody vd., (1999) ise depresyondan kurtulan kişilerin, hiç depresyon geçirmemiş kişilere kıyasla daha yüksek düzeyde öfke bastırma eğiliminde olduklarını ve öfkelerini ifade etmeden korktuklarını bulmuştur. Bu korkuların ilişkilerin zarar görmesi endişesi ve geçmiş yoğun öfke deneyimleriyle bağlantılı olduğu belirtmektedir. Bu bulgular Van Praag (1998)'in depresyonun çoğu zaman kaygı ve öfke bozukluklarıyla ilişkili olduğu yönündeki görüşüyle uyumludur. Öfke uyarılmasının kontrolünde bastırmanın etkisiz bir strateji olduğunu ayrıca anlık bir

rahatlama sunduğundan olumsuz bir şekilde pekiştirilebildiği ve böylece uzun vadede etkisiz bile olsa sürdürülebileceğini belirtilmektedir (Moeller, 2019).

2.4.2. Depresyon ve Üstbilişler Arasındaki İlişkilere Yönelik Araştırmalar

Papageorgiou ve Wells (2003, 2004), KDYİ modeline dayanarak hem klinik hem de klinik olmayan bağlamlarda ruminasyon ve depresyon arasındaki ilişkileri açıklayan bir üstbilişsel model geliştirmiştir. Klinik versiyonda bireylerin ruminasyonu, mevcut durum ile istenen hedef durum arasındaki tutarsızlıkları azaltmak amacıyla başlattıklarını belirten olumlu üstbilişlerin etkili olduğu öne sürülmektedir. Ancak ruminasyon bu tutarsızlıkları azaltmada beklenen çözümleyici işlevi yerine getiremediğinde, bu süreç ruh halinin düşmesine, etkili problem çözmenin engellenmesine ve sonuç olarak olumsuz üstbilişlerin gelişimine zemin hazırlayabilir. Bu olumsuz üstbilişlerin depresif belirtileri pekiştirdiği ileri sürülmektedir. Ayrıca, bilişsel yeterliliğe olan güvenin azalmasının, hem ruminasyonun sosyal sonuçlarına ilişkin olumsuz inançlara hem de başa çıkma amacıyla ruminasyona duyulan olumlu inançlara katkı sağladığı belirtilmektedir (Papageorgiou ve Wells'in 2003, 2004).

Ruminasyonun farklı psikolojik bozukluklarla ilişkili olduğu (Nolen-Hoeksema ve Watkins 2011) ve depresyon içinde özel bir kırılganlık faktörü olduğu belirtilebilir (Nolen-Hoeksema vd., 2008). Üstbilişsel model, olumlu üstbilişsel inançlara (“ruminasyon başa çıkmama yardımcı olur”) sahip kişilerin ruminatif süreçlere girmeye daha yatkın olduğunu öne sürmektedir. Öte yandan, olumsuz üstbilişsel inançların (“ruminasyon kontrol edilemez”) ruminasyonla ilgili olumsuz değerlendirmelere yol açarak depresif semptomatolojiyi artırdığı ortaya konulmaktadır (Cano-Lopez vd., 2020).

Üstbilişlerin bireylerin ruminasyon düzeylerindeki artışı yordaması ve bu artışın, ruminasyonun üstbilişler aracılığıyla depresif belirtilerdeki artışı anlamlı olarak açıklaması; hem klinik (Roelofs vd., 2010) hem de klinik olmayan (Cano-Lopez vd., 2020; Papageorgiou ve Wells, 2003) örneklemelerde yürütülen araştırmalarla tutarlılık göstermektedir. Örneğin Cano-Lopez ve diğerleri (2021) hem klinik hem de klinik olmayan bireylerde işlevsiz üstbilişsel inançlara sahip olmanın daha yüksek düzeyde ruminasyon ve artmış depresif belirtilerle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

Depresyona üstbilişsel bir çerçeveden bakıldığında, depresyonun şiddeti bireylerin sahip olduğu bilişsel ve üstbilişsel özellikler ile düşüncelere yönelik verilen tepkilerle ilişkilidir (Papageorgiou ve Wells 1999). Çalışmalar, kaygılı ve depresif düşünceler arasında üstbilişsel açıdan farklılıklar bulunduğunu göstermektedir. Özellikle depresif düşünceler, geçmişe odaklanma eğilimindedir ve bu düşüncelere genellikle düşük düzeyde problem çözme çabası ile problem çözme yetisine ilişkin düşük güven düzeyi eşlik etmektedir (Papageorgiou ve Wells, 1999). Özetlenecek olursa depresyon ve üstbiliş alanındaki çalışmalarda, özellikle tekrarlayan depresyonlara (Corcoran ve Segal, 2008; Scherer-Dickson, 2004) ve depresyonun yinelemesinde belirleyici bir faktör olarak kabul edilen ruminasyona odaklanıldığı görülmektedir (Papageorgiou ve Wells, 2001, 2003).

2.4.3. Depresyon ve Ruminasyon Arasındaki İlişkilere Yönelik Araştırmalar

Susan Nolen-Hoeksema'nın (1991) depresif ruminasyona ilişkin öncü nitelikteki Tepki Tarzı Teorisi'nin ortaya konulmasının ardından, yapılan çok sayıda araştırma ruminasyonun depresyonun ortaya çıkışında ve sürdürülmesinde belirleyici bir rol oynadığını göstermiştir (Krans vd., 2014). Tepki Tarzı Teorisi'ne göre (Nolen-Hoeksema, 1991), ruminasyon çeşitli mekanizmalar aracılığıyla duygusal sıkıntıyı, özellikle de depresif belirtileri, artırmakta ve uzatmaktadır. İlk olarak, ruminatif düşünce biçimi, bireyin depresif ruh halinin bilişsel süreçler üzerindeki etkisini artırarak mevcut durumunu anlamlandırma çabasında daha fazla olumsuz düşünce ve anıya yönelmesine yol açmaktadır. İkinci olarak, ruminasyon bireyin düşünce içeriğini daha kötümser ve kaderci bir yapıya büründürerek etkili problem çözme süreçlerini engellemektedir. Üçüncü olarak ise, ruminatif süreçler araçsal davranışları sekteye uğratarak stres düzeyinde artışa neden olmaktadır. Nolen-Hoeksema ve Davis (1999), kronik ruminasyonun sosyal destek kaynaklarının kaybına yol açabileceğini ve bunun da depresif belirtileri daha da derinleştirebileceğini ileri sürmüştür. Bu mekanizmalar, depresyonun ilk belirtilerinin şiddetlenmesine, majör depresif atakların gelişimine ve mevcut depresif dönemlerin uzamasına katkıda bulunur (Roelofs vd., 2010; Sarin vd., 2005 ve Nolen-Hoeksema, 2008).

Ruminasyonun depresyonu şiddetlendirdiğine, olumsuz düşünmeyi artırdığına, problem çözme yetisini bozduğuna, davranışa müdahale ettiğine ve sosyal desteği

aşındırdığına dair kanıtlar bulunmaktadır (Nolen Hoeksema vd., 2008). Özetle ruminasyon, olumsuz bilişsel tarzlarla olan ilişkisinin ötesinde depresyonla benzersiz bir ilişkiye sahip olduğu ve nevrotiklik, kötümserlik, mükemmeliyetçilik ve diğer bazı olumsuz bilişsel tarzlar kontrol edildikten sonra dahi depresyonla ilişkili olmaya devam ettiği belirtilmektedir (Nolen-Hoeksema vd., 1994; Spasojevic ve Alloy, 2001).

2.5. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Son yıllarda yapılan çalışmalar psikolojik bozuklukların oluşmasında ve sürmesinde bilişsel faktörlerin yanı sıra üstbilişsel faktörlerinin de önemli olduğuna işaret etmektedir. Bu çalışmalarda, üstbilişsel faktörlerin hem psikopatolojiye özgü hem de tüm bozukluklarda ortak olan çeşitli etkilere sahip olduğu ortaya konmuştur (Batmaz, 2014; Wells, 2013 ve Wells, 2020).

Üstbilişlerin psikopatolojik semptomatoloji üzerindeki rolü daha çok kaygı ve depresif belirtiler üzerinden incelenmiş olup, öfke ve saldırganlık ile olan bağlantıları yeterince ele alınmamıştır. Nitekim, pek çok psikolojik problemde öfke ve saldırganlık da kaygı ve depresyon belirtileri kadar yaygın görülmektedir (Novaco, 2010, Moscovitch vd., 2008, Gould vd., 1986). Bununla birlikte hem adli bireylerde (Ford, 1991; Lindqvist vd., 2005 ve Şeker, 2021) hem de klinik vakalarda öfkenin şiddet ve saldırganlıkla birlikte karşımıza çıkan önemli psikolojik problemler arasında ele alınabileceği söylenebilir.

Literatür incelendiğinde üstbilişsel inançlar ve öfke ruminasyonu gibi üstbilişsel faktörlerin hem öfke (Caselli vd., 2017 ve Kara vd., 2023) hem de depresif belirtiler üzerinde (Riley vd., 1989 ve Cona-Lopez vd., 2020) ilişkisi bulunan farklı araştırmaların olduğu görülmektedir. Bu bağlamda bu çalışma üstbilişlerin öfke ile ilişkisinde psikopatolojik tanıdan bağımsız rolünün ortaya konması ve daha etkili psikoterapötik müdahalelerin geliştirilmesi açısından kritik önem taşımaktadır.

Üstbilişlerin öfke ve depresyon üzerindeki etkilerinin öfke ruminasyonu aracılığıyla olabileceği işaret eden çalışmalar mevcut olmasına karşın bu mekanizmaların klinik ve klinik olmayan bireyler ve özellikle adli bireyler üzerinde incelendiği çalışmalar oldukça kısıtlı şekillerde ele alınmıştır. Dolayısıyla mevcut

çalışmanın amacı, klinik ve klinik olmayan adli bireylerde üstbilişlerin öfke ve depresif belirtiler üzerindeki etkisinde öfke ruminasyonun aracı rolü olup olmadığının incelenmesidir. Böylece bu bireylerde işlevsel (adaptif) öfkeden patolojik ya da kriminal sonuçları olan öfkeye giden süreçte önemli rol alabilecek çeşitli psikolojik mekanizmaların ve aralarındaki etki mekanizmalarının aydınlatılması hedeflenmektedir. Böylelikle hem klinik hem de klinik olmayan adli vakalarda öfke ve depresif belirtiler üzerinde çeşitli psikolojik faktörlerin ne gibi etki mekanizmaları üzerinden etki ettiğinin ortaya konması bu bireylere yönelik psikolojik müdahalelerin etkinliğini artırmakla kalmayıp aynı zamanda toplum ruh sağlığı açısından da önemli katkılar sağlayacaktır.

Literatür incelendiğinde, adli ve klinik örneklemeler üzerinde gerçekleştirilen çalışmalarda üstbilişlerin öfke ile ilişkisini inceleyen araştırmalar bulunmakla birlikte, öfke ruminasyonun bu ilişki üzerindeki aracı rolünü ele alan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu yönüyle, söz konusu araştırmanın literatüre özgün ve önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yukarıda yapılan açıklamalar ışığında kurulan hipotezler aşağıdaki gibidir:

H1a. Klinik adli bireylerde üstbilişler ile sürekli öfke arasındaki ilişkide öfke ruminasyonun aracı rolü vardır.

H1b. Klinik adli bireylerde üstbilişler ile durumluk öfke arasındaki ilişkide öfke ruminasyonun aracı rolü vardır.

H1c. Klinik adli bireylerde üstbilişler ile depresif belirti düzeyi arasındaki ilişkide öfke ruminasyonun aracı rolü vardır.

H2a. Klinik olmayan adli bireylerde üstbilişler ile sürekli öfke arasındaki ilişkide öfke ruminasyonun aracı rolü vardır.

H2b. Klinik olmayan adli bireylerde üstbilişler ile durumluk öfke arasındaki ilişkide öfke ruminasyonun aracı rolü vardır.

H2c. Klinik adli bireylerde üstbilişler ile depresif belirti düzeyi arasındaki ilişkide öfke ruminasyonun aracı rolü vardır.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırma Deseni

Bu araştırma, kesitsel ve betimsel bir desenle yürütülmüş olup, deneysel bir müdahale içermeyen nicel bir çalışmadır. Araştırma kapsamında, öfke ruminasyonun üstbilişler ile durumluk-sürekli öfke ve depresyon belirtileri ile ilişkisinde aracı rolü incelenmiştir. Bu doğrultuda kurulan model, değişkenler arasındaki nedensel olmayan ilişkileri ortaya koymayı amaçlayan ilişkisel (korelatif) bir araştırma niteliği taşımaktadır.

3.2. Katılımcılar

Bu çalışma 10.03.2025 ve 27.03.2025 arasında Bakırköy Kadın Kapalı Ceza İnfaz Kurumundaki tutuklu ve hükümlü kadınlar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Çalışmaya toplamda 154 klinik ve klinik olmayan adli birey katılmıştır. Katılımcıların 75 (%48.7)'i klinik adli, 79 (%51.3)'u klinik olmayan adli bireylerden oluşmaktadır. Klinik adli bireylerin yaşları 19 ile 58 arasında (Ort. = 33.04, SS =9.46) klinik olmayan adli bireylerin yaşları ise 18 ile 57 arasında (Ort. = 32.89, SS =9.05) değişkenlik göstermektedir. Klinik adli bireylerden 37'si depresyon, 12'si anksiyete bozukluğu, 7'si madde kullanım bozukluğu, 8'i bipolar bozukluk, 4'ü uyum bozukluğu, 4'ü psikotik bozukluk, 2'si atipik affektif bozukluk ve 1'i de insomnia tanılarına sahiptir. 75 klinik adli katılımcının tanıları, ceza infaz kurumundaki hasta sağlık dosyalarından alınmıştır. Hasta sağlık dosyalarındaki klinik tanılar Uzman Psikiyatrist tarafından konulmuştur.

Katılımcıların 20'si (%13) evli, 79'u (%51.3) bekar, 52'si (%33.8) boşanmış/dul ve 3 (%1.9)'ü de medeni durumunu diğer olarak belirtmiştir. Buna göre katılımcıların yarısının bekar olduğu görülmektedir. Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde 17 kişi (%11) ilkokul ve ilkokul altı, 30'u ortaokul, (%19.5) 63'ü lise, (%40.9) 19'u yüksek okul, 25'i ise (%16.2) lisansüstü eğitim seviyesine sahiptir. Katılımcıların yarısından fazlasının lise ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Çocuk sahibi olan kadınların sayısı 81 (%52.6) iken çocuk sahibi olmayanların sayısı (%47.4)'tür. Kadın tutuklu/hükümlü'lerin ceza infaz kurumuna girmeden önce

Çalışma durumları incelendiğinde; serbest meslekte çalışan 45 kişi, (%29.2) işi statüsünde çalışan 28 kişi, (%18.2) memur olan 12 kişi, (%7.8) alışmayan 30 kişi (%19.5) ve diğeri olarak belirten 39 kişi (%25.3) olduğu görölmektedir.

Katılımcıların 81'i (%52.6) tutuklu 72'si hükümlü (%46.8) olarak ceza infaz kurumunda bulunmaktadır. Cez süreleri incelendiğinde 1-5 yıl arası ceza alanlar 29 kişi, (%18.8) 5-10 yıl arası 13 kişi, (%8.4) 10-15 yıl arası 19 kişi, (%12.3) 15-20 yıl arası 7 kişi, (%4.5) 20 yıl ve daha üstü ise 11 kişi (%7.1) olduğu görölmektedir. Bununla birlikte tutuklu/hükümlüler'in ceza infaz kurumunda şimdiye kadar geçirdikleri süreye bakıldığında 0-6 aydır ceza infaz kurumunda olan kişi sayısının 58 (%37.7), 6 ay 1 yıl arası olanların 30 kişi, (%19.5) 1-5 yıl arası 55 kişi (%35.7), 5-10 yıl arası 5 kişi (%3.2), 10 yıl ve üzeri ceza infaz kurumunda olan kişi sayısının ise 4 (%2.6) olduğu görölmüştür.

Katılımcıların aile ya da yakınlarıyla görüşme sıklığı sorulduğunda, ayda bir veya daha az görüş yapanların sayısı 24, (%15.6) haftada 1 veya daha fazla görüş yapanların kişi 102 kişi, (%66.2) hiç görüş yapmayanların 12 kişi (%7.8) ve diğeri olarak belirtenlerin 15 kişi (%9.7) olduğu görölmüştür. Geçmişte psikiyatrik bir tedavi aldığını belirten 42 kişi, (%27.3) tedavi almadığını belirten 59 kişi, (%38.3) şu anda bir tedavi gördüğünü belirten kişi sayısı ise 53'tür (%34.4). Alkol ve madde kullanım durumu sorulduğunda katılımcıların 49'u (%31.8) geçmişte hiç alkol ve madde kullanmadığını, 104'ü ise (%67.5) kullandığını belirtmiştir. Geçmişte intihar girişiminde bulunup bulunmadığı sorulan katılımcılardan 62'sinin (%40.3) bir ya da birden fazla kez intihar girişimde bulunduğu, 92 kişinin ise (%59.7) intihar girişiminde bulunmadığı öğrenilmiştir. Son zamanlarda intihara ilişkin fikir ya da planı olan kişi sayısının ise 27 (%17.5) olduğu belirtilirken, intihara ilişkin fikir ya da planı olmayan kişi sayısı ise 126'dır (%81.8).

Tablo 3.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		N	%
Cinsiyet	Kadın	154	100
Eğitim Düzeyi	İlkokul ve altı	17	11
	Ortaokul	30	19.5
	Lise	63	40.9
	Yüksekokul	19	12.3
	Lisans	23	14.9
	Yüksek lisans	2	1.3
Medeni Durum	Evli	20	13
	Bekar	79	51.3
	Boşanmış/dul	52	33.8
	Diğer	3	1.9
Çocuk Sahibi Olma	Evet	81	52.6
	Hayır	73	47.4
Ceza İnfaz Kurumunda Bulunulan Statü	Tutuklu	81	52.6
	Hükümlü	72	46.8
Hükümlü/Tutuklu Olmadan Önceki Çalışma Durumu	Serbest meslek	45	29.2
	İşçi	28	18.2
	Memur	12	7.8
	Çalışmayan	30	19.5
	Diğer	39	25.3
Ceza İnfaz Kurumunda Geçirilen Toplam Süre	0- 6 ay	30	19.5
	1-5 sene	55	35.7
	5-10 sene	5	3.2
	10 yıl ve üzeri	4	2.6
Görüş Sıklığı	Ayda 1 veya daha az	24	15.6
	Haftada 1 veya daha fazla	102	66.2
	Hiç	12	7.8
	Diğer	15	9.7
Psikiyatrik Tedavi	Geçmişte mevcut	42	27.3
	Tedavi yok	59	38.3
	Şu an almakta olan	53	34.4
Alkol ve Madde Kullanım Durumu	Hiç kullanmayan	49	31.8
	Kullanım var	104	67.5
Geçmiş İntihar Girişimi	Var	62	40.3
	Yok	92	59.7
Son Zamanlarda İntihara İlişkin Fikir ya da Plan	Evet	27	17.5
	Hayır	126	81.8

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Üstbilişler Ölçeği, Durumluk Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği, Öfkeye İlişkin Derin Düşünme Ölçeği, Hasta Sağlık Ölçeği kullanılmıştır.

3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Demografik Bilgi Formu'nda katılımcıların; yaş, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu gibi kişisel bilgilerin yanı sıra tutuklu ya da hükümlü olma durumları, ceza infaz kurumlarında bulundukları süre, ne kadar süre hüküm aldıkları, geçmiş madde ve alkol kullanımı, psikiyatrik tedavi geçmişi ve durumu, geçmiş intihar girişimi/leri ve intihara ilişkin fikir ve planının mevcut varlığına ilişkin sorular yöneltilmiştir.

3.3.2. Üstbilişler-30 Ölçeği (ÜBÖ-30)

Bu çalışmada katılımcıların üstbilişsel inanç ve süreçlerini değerlendirmek amacıyla, Wells ve Cartwright-Hatton (2004) tarafından geliştirilen ve Türkçe uyarlaması Yılmaz, Gençöz ve Wells (2008) tarafından yapılan ÜBÖ-30 kullanılmıştır. Psikolojik bozuklukların ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde rol oynadığı düşünülen çeşitli üstbilişsel inanç ve süreçleri ölçmeyi amaçlayan bu ölçek, toplam 30 maddeden oluşmakta ve katılımcılar her maddeyi "Katılmıyorum (1)" ile "Tamamen Katılıyorum (4)" arasında derecelendirdikleri 4'lü Likert tipi bir ölçekle yanıtlamaktadır. ÜBÖ-30, birbiriyle ilişkili ancak kavramsal olarak farklı beş alt boyuttan oluşmaktadır: (1) endişenin işlevsel olduğuna yönelik inançları değerlendiren olumlu inançlar, "olumlu inançlar" (2) endişenin kontrol edilemez ve tehlikeli olduğuna dair inançları ölçen olumsuz inançlar, "olumsuz inançlar", (3) bireyin belleğine ve dikkatine olan güven düzeyini belirleyen "bilişsel güvensizlik", (4) kişinin düşünceleri kontrol etme gerekliliğine ve kendi düşüncelerini kontrol etmemesinin sonuçlarına ilişkin inançlarını değerlendiren "düşünceleri kontrol ihtiyacı" ve (5) kişinin kendi düşüncelerini izleme ve farkına varma eğilimini ve dikkatin içe dönük olarak odaklanmasını değerlendiren "bilişsel farkındalık". ÜBÖ-30 ölçeğinden alınabilecek toplam puanlar 30 ile 120 arasında değişmekte olup puanlardaki artış, üstbilişsel inanç ve süreçlerde patolojik yönde bir yükselmeye işaret etmektedir (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004). Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı tüm

ölçek için .87, olumlu inançlar için .89, olumsuz inançlar için .80, bilişsel güvensizlik için .89, düşünceleri kontrol ihtiyacı için .73 ve bilişsel farkındalık için .80 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada tüm ölçek için iç tutarlılık katsayısı .87 bulunmuştur.

3.3.3. Hasta Sağlık Ölçeği-Somatik, Anksiyete ve Depresif Semptomlar

Bu çalışmada katılımcıların kaygı ve depresif semptom düzeylerini değerlendirmek amacıyla, Kroenke, Spitzer ve Williams (2010) tarafından geliştirilen ve Türkçeye uyarlaması Yazıcı-Güleç, Güleç, Şimşek, Turhan ve Aydın-Sünbül (2012) tarafından yapılan Hasta Sağlık Anketi Somatik, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Ölçeği (HSÖ-SADS) kullanılmıştır. Toplam 31 maddeden oluşan HSÖ-SADS, hem bütüncül biçimde hem de dört alt ölçek şeklinde ayrı ayrı uygulanabilmektedir: Somatizasyon (HSÖ-15), Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB-7), Depresyon (HSÖ-9) ve Panik Bozukluk (P-5). 7 maddeden oluşan HSÖ-YAB-7, katılımcıların son iki haftada yaşadıkları yaygın anksiyete semptomlarını değerlendirmektedir. Dokuz maddeden oluşan HSÖ-9 ise aynı zaman dilimi içerisindeki depresif semptomların sıklığını ölçmektedir. Her iki alt ölçek de "Hiçbir zaman (0)" ile "Hemen hemen her gün (3)" arasında değişen dört dereceli Likert tipi bir ölçekle puanlanmaktadır. HSÖ ölçekleri, yaygın psikolojik semptomları ayrı ayrı ya da Somatik, Anksiyete ve Depresif Semptomlar (SADS) başlığı altında bir bütün olarak değerlendirmek üzere geliştirilmiştir (Kroenke, Spitzer ve Williams, 2010). Ölçeğin Türkçe formuna ilişkin geçerlik ve güvenirlik çalışması Yazıcı-Güleç ve arkadaşları (2012) tarafından gerçekleştirilmiş olup, iç tutarlılık katsayıları somatizasyon alt ölçeği için .82, kaygı için .84, depresyon için .86 ve tüm ölçek için .92 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise depresyon alt ölçeği için iç tutarlılık katsayısı .88, kaygı alt ölçeği için ise .87 olarak tespit edilmiştir.

3.3.4. Durumluk-Sürekli Öfke Ölçeği

Araştırmada katılımcıların öfke duygusunu ölçmek amacıyla Spielberger (1988) tarafından geliştirilen Durumluk- Sürekli Öfke Ölçeğini kullanılmıştır. Ölçeğin Sürekli Öfke alt boyutunun Türkçeye uyarlaması Özer (1992) tarafından, Durumluk Öfke alt boyutunun ise Cankardaş ve Şalcıoğlu (2021) tarafından yapılmıştır. Durumluk Öfke boyutu Türkçeye ilk olarak Kalay ve arkadaşları (2017) tarafından uyarlanmış ancak ölçeğin psikometrik özellikleri üniversite öğrencileri üzerinde test

edilmiştir ve ölçeğin eşzamanlı geçerliliğini sınamak için 18-31 yaş grubu örneklemde 11-15 yaş grubunda geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu bildirilen Novaco Öfke Envanteri kullanılmıştır. Bu araştırma katılımcıları yetişkin ve klinik tanıya sahip bireylerden oluştuğu için Cankardaş ve Şalcıoğlu (2021) tarafından uyarlaması yapılan versiyonun kullanımının daha uygun olacağı düşünülmüştür. Durumluk- Sürekli Öfke Ölçeğinin her bir alt boyut 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri "Hemen "Hiçbir Zaman" (1) ile "Hemen Her Zaman" (4) arasında değişen 4'lü bir skalada derecelendirilmektedir. Ölçekteki ters madde bulunmamaktadır ve maddeler öfkenin yokluğundan ziyade varlığını esas alarak ölçüm yapmaktadır. Özer (1992)'in çalışmasında SL-ÖFKE ölçeğinin öğrenci gruplarında elde edilen alfa değerleri .67 ile .82 arasında değişmektedir. Cankardaş ve Şalcıoğlu ölçeğin iç tutarlılığı şiddet deneyimlemiş kadınlardan elde edilen verilerde alfa değerini .94 olarak bulmuştur. Bu çalışmada ölçeğin durumluk öfke alt ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı .93, sürekli öfke alt ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı ise .90 bulunmuştur.

3.3.5. Öfke İfade Tarzı Ölçeği

Araştırmada katılımcıların öfke ifade tarzını ölçmek amacıyla yine Spielberger (1988) tarafından ve Özer (1992) tarafından Türkçeye uyarlaması yapılan Öfke İfade Tarzı Ölçeği kullanılmıştır. Toplamda 24 maddeden oluşan ölçek üç alt boyuta sahiptir ve her alt boyut 8 maddeden oluşmaktadır. Bunlar öfke-dışa (2,7, 9,12,14,19,22,23) öfke-içe (3,5,6,10,13,16,17,21) ve öfke-kontrol (1,4,8,11,15,18,20,24)'dür. Ölçek maddeleri "Hemen "Hiçbir Zaman" (1) ile "Hemen Her Zaman"(4) arasında değişen 4'lü bir skalada derecelendirilmektedir. Ölçekteki ters madde bulunmamaktadır ve maddeler öfkenin yokluğundan ziyade varlığını esas alarak ölçüm yapmaktadır. Özer (1992) tarafından Öfke Tarzı alt ölçeklerinin iç tutarlılığı öfke kontrol boyutu için .80 ile .86, öfke dışa için .72 ile .83 ve öfke içte alt boyutu içinse .60 ile .73 arasında bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı öfke kontrol boyutu için .84, öfke dışa için .81 ve öfke içte alt boyutu içinse .72 olarak bulunmuştur.

3.3.6. Öfkeye İlişkin Derin Düşünme Ölçeği (ÖİDDÖ)

Bu çalışmada katılımcıların öfke ruminasyonunu ölçmek amacıyla Sukhodolsky ve diğerleri (2001) tarafından geliştirilen ve Satıcı (2014) tarafından Türkçeye uyarlaması yapılan Öfkeye İlişkin Derin Düşünme Ölçeği kullanılmıştır. Toplam 19

maddeden oluşan bu ölçekte, katılımcılar her bir maddeyi “*Hiçbir zaman* (1)” ile “*Her zaman* (4)” arasında değişen 4’lü Likert tipi bir skalada derecelendirmektedir. Ölçek 4 alt boyuttan oluşmaktadır: (1) “öfke sonrası düşünce” (2) “intikam düşünceleri” (3) “öfke hatıraları” (4) “nedenleri anlama” dır. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Bu araştırmada her bir alt boyuttaki maddeler toplanarak tek bir boyut halinde kullanılmıştır. Yükselen puanlar toplam öfkeye ruminasyon düzeyinin arttığına işaret etmektedir. Ölçeğin iç tutarlık katsayıları öfke sonrası düşünme alt ölçeği için .78, öfke anıları için .73, intikam düşünceleri için .66 ve nedenleri anlama için .64 olarak bulunmuştur (Satıcı, 2014). Bu çalışmada ise tüm ölçek için iç tutarlılık katsayısı .94 olarak bulunmuştur.

3.4. İşlem

Yapılacak olan çalışma için ilk olarak Tez Danışmanı, Anabilim Dalı Başkanı ve İstanbul Kültür Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsünden Tez Öneri Formu ile izin alınmış ardından Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan etik kurul onayı alınmıştır. Bunun ardından Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğüne araştırma talebinde bulunulmuş ve gerekli izin süreçleri tamamlanmıştır. Araştırmada kullanılacak olan Üstbilişler-30 Ölçeği, Hasta Sağlık Ölçeği, Durumluk-Sürekli Öfke Ölçeği, Öfke İfade Tarzı ve Öfkeye İlişkin Derin Düşünme Ölçeği için ölçek geliştiricilerinden gerekli izinler alınmıştır. Toplamda 164 kadın tutuklu/hükümlü’ye ölçek formu elden iletilmiştir. 7 veride hata ya da eksiklik tespit edildiğinden, 1 veride katılımcının uyruğunun Türk olmaması sebebiyle, 1 veride kişinin ölçeğe devam etmek istememesi üzerine analize dahil edilmemiştir. Toplamda 154 katılımcının cevabı analize alınmıştır. Veri toplama süreci ise 10.03.2025’de başlamış olup 27.03.2025’te sona ermiştir. Uygulama için katılımcıların açık onam ve rızası alınmıştır.

3.5. Veri Analizi

Verilerin analizi için SPSS 26 paket programından yararlanılmış, anlamlılık düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir. Veriler analize dahil edilmeden önce, ölçek puanlarının normallik dağılımları incelenmiş ve bu normallik dağılım analizi sonucunda tüm ölçek puanlarının basıklık-çarpıklık (skewness-kurtosis) değerinin -1,5 ile +1,5 aralığında olduğu gözlenmiştir. Bu sonuç doğrultusunda, verilerin normal dağılım gösterdiği ve

veri setinin parametrik testler için uygun olduğu kabul edilmiştir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Araştırmaya katkı sağlayan katılımcıların demografik bilgilerinin dağılımı için Frekans Analizi, değişkenler arasındaki olası ilişkileri incelenmek için Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Üstbilişler ile depresyon belirtiler düzeyi ve durumluk- sürekli öfke düzeyleri arasındaki ilişkide öfke ruminasyonun aracı (mediator) rolü klinik ve klinik olmayan örneklemelerde ayrı ayrı olarak Hayes (2013) tarafından geliştirilen Process Macro eklentisi kullanılarak Model 4 çerçevesinde incelenmiştir. Bununla birlikte ölçek puanlarının klinik ve klinik olmayan adli gruplar arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla t testi ve demografik değişkenlerin sonuç değişkenleri ile arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla da tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde ilk olarak demografik değişkenlere göre durumluk-sürekli öfke ve depresif belirti düzeylerine ilişkin bulgular, sonrasında klinik ve klinik olmayan adli gruplarda öfke ve depresyon belirtilerine ilişkin bulgular, ardından araştırma değişkenleri arasındaki ilişkilere ait korelasyon analizi bulguları ve son olarak da araştırma hipotezlerine ilişkin aracılık analizi bulguları sunulmuştur.

4.1. Demografik Değişkenlere Göre Durumluk-Sürekli Öfke ve Depresif Belirti Düzeyleri

Verilerin analizinde ilk olarak, araştırmada yer alan demografik değişkenler (eğitim düzeyi, çocuk sahibi olma ve geçmiş alkol ve madde kullanımı) ile durumluk-sürekli öfke ve depresif belirti düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla bağımsız örneklem t testi ve ANOVA yürütülmüştür. Katılımcıların eğitim düzeyi, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu ve alkol ve madde kullanım öyküsüne göre sürekli öfke (Tablo 4.2), durumluk öfke (Tablo 4.3) ve depresif belirti düzeylerinin (Tablo 4.4) tanımlayıcı istatistik değerleri ilgili tablolarda yer almaktadır.

Tablo 4.1. Sürekli öfke düzeyinin demografik değişkenlere göre ortalama, standart sapma ve test istatistiği sonuçları

		N	X	SS	İstatiksel Test
Eğitim Düzeyi	İlkokul ve altı	17	18.88	11	$F_{(3,150)} = 6.44$
	Ortaokul	30	19.60	19.5	
	Lise	63	18.16	6.78	
	Yüksekokul ve üstü	44	19.98	7.26	
Medeni Durum	Evli	20	20.50	6.19	$F_{(3,421)} = 4.19$
	Bekar	79	19.66	6.96	
	Boşanmış/dul	52	17.70	7.53	
	Diğer	3	16.33	4.51	
Çocuk Sahibi Olma	Evet	81	18.51	7.16	$t_{(151)} = .99$
	Hayır	73	19.63	6.94	
Alkol ve Madde Kullanım Durumu	Hiç kullanmayan	49	15.92	5.90	$t_{(112)} = -4.183^{**}$
	Kullanım var	104	20.50	7.14	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Tablo 4.2. Durumluk öfke düzeyinin sosyodemografik değişkenlere göre ortalama standart sapma ve test istatistiği sonuçları

		N	X	SS	İstatiksel Test
Eğitim Düzeyi	İlkokul ve altı	17	18.06	8.30	$F_{(3,150)} = 1.91$
	Ortaokul	30	16.57	6.29	
	Lise	63	15.68	6.51	
	Yüksekokul ve üstü	44	19.02	8.77	
Medeni Durum	Evli	20	18.05	6.92	$F_{(3,421)} = 4.19$
	Bekar	79	17.54	7.59	
	Boşanmış/dul	52	16.25	7.59	
	Diğer	3	12.33	2.52	
Çocuk Sahibi Olma	Evet	81	16.64	7.45	$t_{(150)} = .75$
	Hayır	73	17.55	7.49	
Alkol ve Madde Kullanım Durumu	Hiç kullanmayan	49	14.80	5.46	$t_{(131)} = -2.94^*$
	Kullanım var	104	18.06	8.03	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Katılımcıların durumluk öfke, sürekli öfke ve depresif belirti düzeylerinin eğitim durumlarına göre değişip değişmediğini belirlemek için ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Tek yönlü ANOVA sonuçları sürekli öfke, durumluk öfke ve depresif belirti düzeylerinin eğitim durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığını ortaya koymuştur (sırasıyla, $(F_{(3,150)} = 6.44; p > 0.05; F_{(3,150)} = 1.91; p > 0.05; F_{(3,150)} = .65; p > 0.05)$). Bir diğer tek yönlü ANOVA sonucuna göre sürekli öfke, durumluk öfke ve depresif belirti düzeylerinin medeni duruma göre sırasıyla anlamlı bir şekilde farklılaşmadığını ortaya koymuştur (sırasıyla, $(F_{(3,421)} = 4.19; p > 0.05; F_{(3,421)} = 4.19; p > 0.05; F_{(3,421)} = 4.19; p > 0.05)$).

Tablo 4.3. Depresif belirti düzeyinin demografik değişkenlere göre ortalama standart sapma ve test istatistiği sonuçları

		N	X	SS	İstatiksel Test
Eğitim Düzeyi	İlkokul ve altı	17	13.67	7.50	$F_{(3,150)} = .65$
	Ortaokul	30	15.09	7.59	
	Lise	63	13.79	7.27	
	Yüksekokul ve üstü	44	15.64	7.83	
Medeni Durum	Evli	20	15.15	7.09	$F = (3,421) = 4.19$
	Bekar	79	15.59	7.11	
	Boşanmış/dul	52	12.72	8.06	
	Diğer	3	15.00	7.55	
Çocuk Sahibi Olma	Evet	81	13.71	3.71	$t_{(151)} = 1.49$
	Hayır	73	15.49	15.49	
Alkol ve Madde Kullanım Durumu	Hiç kullanmayan	49	12.08	7.23	$t_{(96)} = -2.84^*$
	Kullanım var	104	15.67	7.39	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına göre durumluk öfke, sürekli öfke ve depresif belirti düzeyleri arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır. Testin sonucu, katılımcıların sürekli öfke, durumluk öfke ve depresif belirti düzeylerinin çocuk sahibi olma durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermediğini sırasıyla ortaya koymuştur (sırasıyla, $t_{(151)} = .99$, $p > .05$; $t_{(150)} = .75$, $p > .05$; $t_{(151)} = 1.49$, $p > .05$). Buna göre, çocuk sahibi olan kadın tutuklu/hükümlüler'in durumluk öfke, sürekli öfke ve depresif belirti düzeyi ortalaması çocuk sahibi olmayan kadın tutuklu/hükümlüler'e göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Bir diğer t-testi sonucuna göre kadın tutuklu/hükümlüler'in ceza infaz kurumuna girmeden önceki yaşamlarında alkol ve madde kullanıp kullanmama durumlarının sürekli öfke, durumluk öfke ve depresif belirti düzeyi ortalamalarına göre anlamlı olduğu ortaya koymuştur (sırasıyla, $t_{(112)} = -4.183$, $p < .001$; $t_{(131)} = -2.94$, $p < .01$; $t_{(96)} = -2.84$, $p < .01$). Buna göre, ceza infaz kurumuna girmeden önce alkol ve madde kullanımı olan kadın hükümlü ve tutukluların durumluk öfke, sürekli öfke ve depresif belirti düzeyi ortalamasının alkol ve madde kullanmayan kadın hükümlü ve tutuklulara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

4.2. Klinik ve Klinik Olmayan Adli Gruplarda Öfke ve Depresyon Belirtilerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.4. ve Tablo 4.5.'te görüldüğü üzere, klinik ve klinik olmayan adli gruptaki bireylerin ölçek puanlarına ait ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla bağımsız gruplar t-testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, üstbilişler toplam düzeyi, negatif inanç, bilişsel güvensizlik, bilişsel farkındalık alt boyutu ve öfke ruminasyonu düzeyine ait ortalamaların klinik ve klinik olmayan gruplar arasında anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir (sırasıyla, $(t_{(140)} = -2,54, p < .05; t_{(140)} = -3,33, p < .01; t_{(140)} = -3,99, p < .001; t_{(140)} = 2,89, p < .01; t_{(140)} = -2,21, p < .05)$). Bununla birlikte, üstbilişlerin pozitif inançlar ve düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutlarına ait ortalamaların gruplar arasında anlamlı olarak farklılaşmadığı ortaya konulmuştur (sırasıyla, $(t_{(140)} = -1,48, p > .05; t_{(140)} = -1,08, p > .05)$). Buna göre, klinik gruptaki bireylerin üstbilişler toplam düzeyi, negatif inançlar, bilişsel güvensizlik alt boyutu ve öfke ruminasyonu düzeylerinin klinik olmayan gruptaki bireylere kıyasla daha yüksek, bilişsel farkındalık alt boyutunun ise daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Klinik ve klinik olmayan adli gruptaki bireylerin durumluk öfke, sürekli öfke, öfke kontrol, öfke içte ve öfke dışta alt boyutu anksiyete ve depresyon belirtileri düzeylerine ait ortalamaların gruplar arasında anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur (sırasıyla, $(t_{(140)} = -2,18, p < .05; t_{(140)} = -4,02, p < .001; t_{(140)} = 3,15, p < .01; t_{(140)} = -2,95, p < .01; t_{(140)} = -2,51, p < .05; t_{(140)} = -2,80, p < .01; t_{(140)} = -4,17, p < .001)$). Buna göre, klinik adli gruptaki bireylerin durumluk ve sürekli öfke düzeyi, öfke içte ve öfke dışta düzeyi, anksiyete ve depresyon belirtileri düzeyleri ve öfke kontrol düzeylerinin klinik olmayan adli gruptaki bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek, öfke kontrol düzeyinin ise daha düşük olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.4. Klinik ve klinik olmayan adli grupların üstbilişler ve öfke ruminasyona ilişkin ortalama, standart sapma ve t-testi değerleri (N=154)

	Grup	N	$\bar{X}$	SS	Test İstatistiği
ÜB-TOP	Klinik olmayan adli	79	61.50	11.81	-2.54*
	Klinik adli	75	67.50	15.07	
ÜB-Pİ	Klinik olmayan adli	79	9.66	3.50	-1.48
	Klinik adli	75	10.60	4.32	
ÜB-Nİ	Klinik olmayan adli	79	12.07	4.66	-3.33**
	Klinik adli	75	14.77	5.34	
ÜB-BG	Klinik olmayan adli	79	9.78	3.52	-3.99***
	Klinik adli	75	12.80	5.58	
ÜB-DK	Klinik olmayan adli	79	13.00	4.29	-1.08
	Klinik adli	75	13.76	4.44	
ÜB-BF	Klinik olmayan adli	79	16.98	3.90	2.90**
	Klinik adli	75	15.12	4.08	
ÖFRU-TOP	Klinik olmayan adli	79	40.55	12.63	-2.21*
	Klinik adli	75	45.48	14.85	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

ÜBÖ-TOP: Üstbilişler Toplam Düzeyi; ÜBÖ-Pİ: Üstbilişler-Pozitif İnançlar Düzeyi; ÜBÖ-Nİ: Üstbilişler-Negatif İnançlar Düzeyi; ÜBÖ-BG: Üstbilişler-Bilişsel Güvensizlik Düzeyi; ÜBÖ-DKİ: Üstbilişler-Düşünceleri Kontrol Düzeyi; ÜBÖ-BF: Üstbilişler-Bilişsel Farkındalık düzeyi; ÖFRU-TOP: Öfke Ruminasyonu Toplam Düzeyi.

Tablo 4.5. Klinik ve klinik olmayan adli bireylerde durumluk ve sürekli öfke, öfke ifade tarzı, anksiyete ve depresyon belirti düzeylerine ilişkin ortalama, standart sapma ve test istatistiği değerleri (n=154)

	Grup	n	$\bar{X}$	SS	Test İstatistiği $t_{(140)}=$
DÖ-TOP	Klinik olmayan adli	79	15.80	5.97	-2.183*
	Klinik adli	75	18.41	8.58	
SÖ-TOP	Klinik olmayan adli	79	16.90	5.37	-4.02***
	Klinik adli	75	21.30	7.91	
ÖFİT-TOP	Klinik olmayan adli	79	52.90	7.52	-1.04
	Klinik adli	75	54.28	8.72	
ÖFİT-ÖFK	Klinik olmayan adli	79	24.38	5.41	3.15**
	Klinik adli	75	21.59	5.60	
ÖFİT-ÖFD	Klinik olmayan adli	79	13.47	3.67	-2.51*
	Klinik adli	75	15.35	5.40	
ÖFİT-ÖFİ	Klinik olmayan adli	79	15.06	4.11	-2.951**
	Klinik adli	75	17.35	5.38	
ANK	Klinik olmayan adli	79	8.50	5.87	-2.80**
	Klinik adli	75	11.21	6.15	
DEP	Klinik olmayan adli	79	12.23	7.43	-4.17***
	Klinik adli	75	17.01	6.79	

$p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

DÖ-TOP: Durumluk Öfke Toplam Düzeyi; SÖ-TOP: Sürekli Öfke Toplam Düzeyi; ÖFİT-TOP: Öfke İfade Tarzı Toplam Düzeyi; ÖFİT-ÖFK: Öfke İfade Tarzı- Öfke Kontrol Düzeyi; ÖFİT-ÖFD: Öfke İfade Tarzı Öfke Dışa Düzeyi; ÖFİT-ÖFİ: Öfke İfade Tarzı Öfke İçe Düzeyi, ANK: Anksiyete Belirtileri Düzeyi; DEP: Depresyon Belirtileri Düzeyi.

4.3. Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkilere Ait Korelasyon Analizi Bulguları

Klinik ve kilinik olmayan adli gruptaki katılımcıların üstbiliş, durumluk sürekli öfke, öfke ifade tarzı, öfke ruminasyonu, anksiyete ve depresyon belirti düzeyleri arasındaki ilişkileri test etmek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi uygulanmıştır. Analiz bulguları Tablo 4.6. ve Tablo 4.7.'de sunulmaktadır.

Tabloda görüldüğü üzere klinik adli gruptaki bireylerin araştırma değişkenleri arasındaki korelasyon analizi sonuçlarına göre, üstbiliş düzeyleri ile öfke ruminasyonu düzeyleri arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ($r=.62, p<.001$); sürekli öfke düzeyi arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ($r=.60, p<.001$); durumluk öfke düzeyi arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.48, p<.001$); dışa vurulan öfke düzeyi arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.48, p<.001$); içte tutulan öfke düzeyi arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ($r=.59, p<.001$); depresyon belirti düzeyleri arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.45, p<.001$); anksiyete belirti düzeyi arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ($r=.55, p<.001$) ilişkiler vardır. Öfke ruminasyon düzeyi ile sürekli öfke düzeyi arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ($r=.70, p<.001$); durumluk öfke düzeyi arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ($r=.68, p<.001$); öfke kontrol düzeyi arasında negatif yönde orta düzeyde ($r=-.41, p<.001$); dışa vurulan öfke ($r=.67, p<.001$); içte tutulan öfke ($r=.70, p<.001$); depresyon belirtileri düzeyi ($r=.67, p<.001$) ve anksiyete belirti düzeyi arasında ise pozitif yönde yüksek düzeyde ($r=.65, p<.001$) ilişkiler olduğu bulgulanmıştır.

Klinik olmayan adli gruptaki bireylerin araştırma değişkenleri arasındaki ilişkilere yönelik Pearson korelasyon testi sonuçlarına göre üstbiliş düzeyleri ile öfke ruminasyon düzeyleri arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.46, p<.001$); sürekli öfke düzeyleri arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.39, p<.001$); durumluk öfke düzeyi arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.49, p<.001$); içte tutulan öfke düzeyi arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.44, p<.001$); depresyon belirti düzeyi arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.32, p<.01$); anksiyete belirti düzeyi arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.39, p<.001$) ilişkiler mevcuttur. Öfke ruminasyon düzeyi ile sürekli öfke düzeyi arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ($r=.70, p<.001$); durumluk öfke düzeyi arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ($r=.64, p<.001$); öfke kontrol düzeyi arasında negatif yönde orta düzeyde ($r=-.33, p<.01$); dışa vurulan öfke düzeyi

arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r=.47, p<.001$); içte tutulan öfke düzeyi arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ($r=.65, p<.001$); depresyon belirtileri düzeyi arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ($r=.67, p<.001$); anksiyete belirti düzeyi arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ($r=.70, p<.001$) ilişkiler olduğu bulgulanmıştır.



Tablo 4.6. Klinik adli gruptaki araştırma değişkenleri arasındaki ilişkilere dair korelasyon değerleri

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Üstbilişler	1														
2. Pozitif İnançlar	.70***	1													
3. Negatif İnançlar	.57***	.18	1												
4. Bilişsel Güvensizlik	.61***	.34**	.13	1											
5. Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	.76***	.42***	.37***	.27**	1										
6. Bilişsel Farkındalık	.53***	.37***	-.00	.07	.44***	1									
7. Durumluk Öfke	.48***	.28**	.58***	.20	.37**	.04	1								
8. Sürekli Öfke	.60***	.41***	.65***	.22	.43***	.15	.76***	1							
9. Öfke İfade Tarzı	.52***	.38**	.41***	.20	.40**	.28**	.59***	.61***	1						
10. Kontrol Altına Alınmış Öfke	-.21	-.18	-.34**	-.18	-.09	.20**	-.42***	-.47***	.16	1					
11. Dışa Vurulan Öfke	.48***	.39**	.47***	.21	.35**	.08	.70***	.80***	.62***	-.55***	1				
12. İçte Tutulan Öfke	.59***	.41***	.55***	.30	.40***	.17	.68***	.68***	.83***	-.22	.57***	1			
13. Öfkeye İlişkin Ruminasyon	.55***	.37**	.52***	.52**	.33**	.18	.68***	.70***	.59***	-.41***	.67***	.70***	1		
14. Anksiyete Belirtileri	.55***	.34**	.62***	.39**	.30**	.01	.68***	.62***	.50***	-.42***	.59***	.65***	.65***	1	
15. Depresyon Belirtileri	.45***	.22	.52***	.38**	.23*	-.02	.62***	.60***	.51***	-.37**	.57***	.65***	.66***	.81***	1
16. $\bar{X}$	67.05	10.60	14.77	12.80	13.76	15.12	18.41	21.30	54.28	21.59	15.35	17.35	45.48	11.21	17.01
17. SS	15.07	4.32	5.35	5.58	4.44	4.08	8.58	7.91	8.72	5.59	5.40	5.37	14.85	6.15	6.78

Not. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tablo 4.7. Klinik Olmayan Adli Gruptaki Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkilere Dair Korelasyon Değerleri

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Üstbilişler	1														
2. Pozitif İnançlar	.50***	1													
3. Negatif İnançlar	.66***	.08	1												
4. Bilişsel Güvensizlik	.37**	-.10	.25*	1											
5. Düşünceleri Kontrol İhtiyacı	.80***	.29**	.36**	.17	1										
6. Bilişsel Farkındalık	.57***	.28*	.10	-.17	.47***	1									
7. Durumluk Öfke	.49***	.08	.61***	.31**	.28**	.07	1								
8. Sürekli Öfke	.39***	-.00	.62***	.14	.25**	.05	.71***	1							
9. Öfke İfade Tarzı	.37**	.05	.30**	.25*	.23*	.25**	.32**	.23*	1						
10. Kontrol Altına Alınmış Öfke	-.07	.04	-.22	.01	.11	.32**	-.22**	-.47***	.58***	1					
11. Dışa Vurulan Öfke	.16	-.02	.36**	.12	-.01	-.03	.56***	.63***	.39**	-.34**	1				
12. İçte Tutulan Öfke	.44***	.05	.52***	.34**	.28**	.50	.60***	.48***	.72***	.05	.28**	1			
13. Öfkeye İlişkin Ruminasyon	.46***	.08	.65***	.20	.26**	.08	.64***	.70***	.35**	-.33**	.47***	.65***	1		
14. Anksiyete Belirtileri	.39***	.08	.63***	.24**	.15	-.05	.54***	.65***	.23**	-.34**	.38**	.52***	.70***	1	
15. Depresyon Belirtileri	.32***	-.03	.57***	.34**	.15	-.15	.48***	.55***	.32**	-.23*	-.31**	.61***	.67***	.72***	1
16. $\bar{X}$	61.50	9.66	12.07	9.78	13.00	16.98	15.79	16.90	52.91	24.38	13.47	15.06	40.55	8.50	12.22
17. Ss	11.81	3.50	4.66	3.52	4.29	3.90	8.58	5.37	7.52	5.41	3.67	4.12	12.63	5.87	7.43

Not. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

4.4. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Aracılık Analizi Bulguları

Üstbilişler ile depresyon belirtileri düzeyleri ve durumluk- sürekli öfke düzeyleri arasındaki ilişkide, öfkeye yönelik ruminasyonun aracı rolü rolü olup olmadığı incelenmiştir. Aracılık modelinin test edilmesine ilişkin regresyon analizleri, Hayes'in (2018) geliştirdiği PROCESS makro v4.2 kullanılarak Model 4 çerçevesinde yapılmış olup Bootstrap yöntemi ile 5000 tekrar örnekleme seçeneği tercih edilmiştir.

Baron ve Kenny'nin (1986) klasik aracılık analizine ve Sobel testine kıyasla, Hayes'in (2018) önerdiği Bootstrapping yöntemi daha güvenilir ve geçerli sonuçlar sunduğu ileri sürülmektedir (Hayes, 2022; Preacher, Rucker ve Hayes, 2007; Zhao, Lynch ve Chen, 2010). Bu doğrultuda, çalışmada aracılık analizleri Hayes (2018) tarafından geliştirilen PROCESS makro kullanılarak yürütülmüş ve 5000 yeniden örneklem içeren bootstrap yöntemi uygulanmıştır.

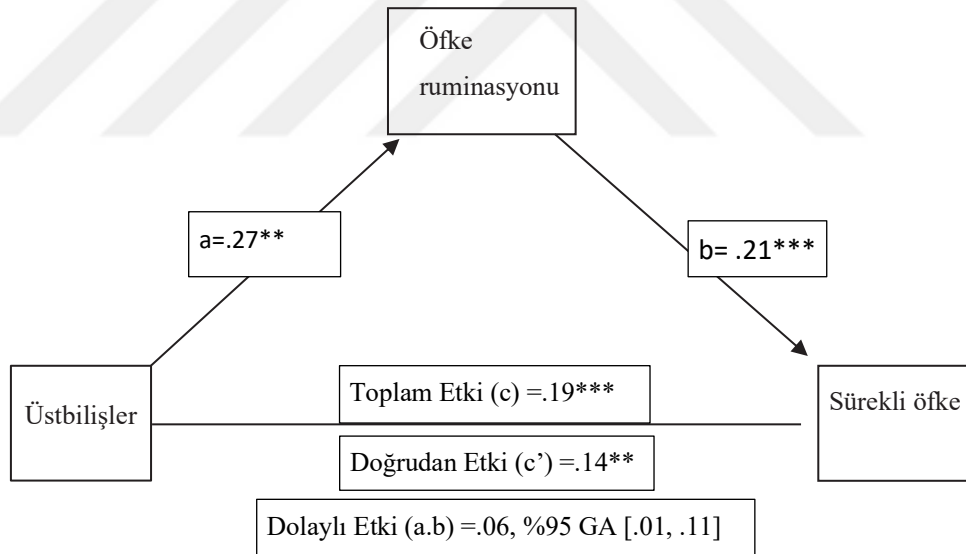
Bootstrap yöntemiyle gerçekleştirilen aracılık etki analizlerinde, araştırma hipotezinin desteklenebilmesi için elde edilen %95 güven aralığının sıfır (0) değerini içermemesi gerekmektedir. Başka bir ifadeyle, güven aralığının sıfır değerini kapsamaması, dolaylı etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir (MacKinnon, Lockwood ve Williams, 2004). Bu doğrultuda yapılan aracılık analizinin bulguları, şekil üzerinde gösterilmiştir.

Aracılık hipotezinin test edilmesine ilişkin analizlere geçmeden önce, regresyon analizi için gerekli ön koşulların (varsayımların) sağlanıp sağlanmadığı incelenmiştir. Bu doğrultuda ilk olarak hem klinik hem de klinik olmayan adli grupta sürekli öfke ile üstbilişler ve öfke ruminasyonu arasındaki korelasyonların doğrusal olup olmadığı basit saçılım diyagramları (scatterplots) üzerinden uyum çizgisine (fit line) bakılarak incelenmiş ve doğrusallık (linearity) varsayımının sağlandığı belirlenmiştir. Ayrıca, üstbilişler ve öfke ruminasyonu arasında çoklu doğrusal bağlantı (multicollinearity) sorunu olup olmadığını belirlemek için VIF (Varyans Artış Faktörü) ve tolerans değerleri incelenmiş olup, VIF değerlerinin 10'un altında ve tolerans değerlerinin de .20'nin üzerinde olduğu görülerek bir ihlal olmadığı saptanmıştır. Hata terimlerinin (residuals) bağımsızlığı Durbin-Watson (DW) katsayısı hesaplanarak incelenmiş ve 1.5-2.5 arasında bulunan bu değere göre otokorelasyon olmadığı belirlenmiştir. Bunun yanı sıra, hata terimlerinin normal

dağılım gösterip göstermediği, Normal P-P plot ve histogram ile görsel olarak değerlendirilmiş olup, normalliğin sağlandığını gözlenmiştir. Son olarak, eş varyanslılık (homoskedastisite) varsayımı, saçılım diyagramları (scatterplot) incelenerek değerlendirilmiş ve hata terimlerinin rastgele dağıldığını görülerek homoskedastisite ön koşulunun sağlandığı görülmüştür. Regresyon analizi için gerekli ön koşulların sağlandığına ilişkin tüm bu bulgular ışığında, verilerin regresyon analizi için uygun olduğuna karar verilmiştir. PROCESS makro (Model 4) ile yapılan aracılık analizine ilişkin bulgular aşağıda sırasıyla yer verilmiştir.

4.4.1. Klinik Adli Grupta Üstbilişler ile Sürekli Öfke Arasındaki İlişkide Öfke Ruminasyonun Aracı Rolü

H1a hipotezi doğrultusunda katılımcıların üstbiliş ile sürekli öfke arasındaki ilişkide öfke ruminasyonun aracı rolüne ilişkin sonuçlar Şekil 4.1.' de verilmiştir.



Not. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Şekil 4.1. Üstbilişler ile Sürekli Öfke Arasındaki İlişkide Öfke Ruminasyonun Aracı Rolü

Üstbilişlerin sürekli öfke üzerindeki etkisinin öfke ruminasyonu aracılığıyla dolaylı olarak ortaya çıkıp çıkmadığı, depresyon ve kaygı kontrol edildikten sonra incelenmiştir Şekil 4.1.'deki bulgular incelendiğinde, ilk olarak üstbilişlerin öfke

ruminasyonu üzerindeki yordayıcı etkisi (a yolu) pozitif yönde ve anlamlı bulunmuştur ($b = .27$, $SH = .06$, $p < .01$, %95 GA [.07, .46]). Benzer şekilde, öfke ruminasyonun sürekli öfke üzerindeki etkisi de (b yolu) pozitif yönde ve anlamlıdır ($b = .21$, $SH = .06$, $p < .001$, %95 GA [.09, .33]). Bu iki yolun çarpımıyla elde edilen dolaylı etki ($a \times b$ yolu) için hesaplanan %95 Bootstrap güven aralığı (GA) [.01, .11] olup, bu aralık sıfır (0) değerini içermediğinden, aracılık etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($b = .06$, $SH = .02$, %95 Bootstrap GA [.01, .11]). Bulgular, üstbilişlerin sürekli öfke üzerindeki yordayıcı etkisinin öfke ruminasyonu aracılığıyla dolaylı olarak gerçekleştiğini; diğer bir deyişle, öfke ruminasyonun üstbilişler ile sürekli öfke arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini göstermektedir. Bunlara ek olarak, üstbilişlerin sürekli öfke üzerindeki toplam etkisi ve doğrudan etkisine ilişkin bulgular incelendiğinde, toplam etki (c yolu) ($b = .19$, $SH = .05$, $p < .001$, %95 GA [.09, .30]) ve doğrudan etkinin (c' yolu) anlamlı olduğu görülmüştür ($c' = .14$, $SH = .05$, $p < .01$, %95 GA [.03, .24]).

Tablo 4.8. Hipotez 1a'ya İlişkin Aracılık Analizi Bulguları (n=75)

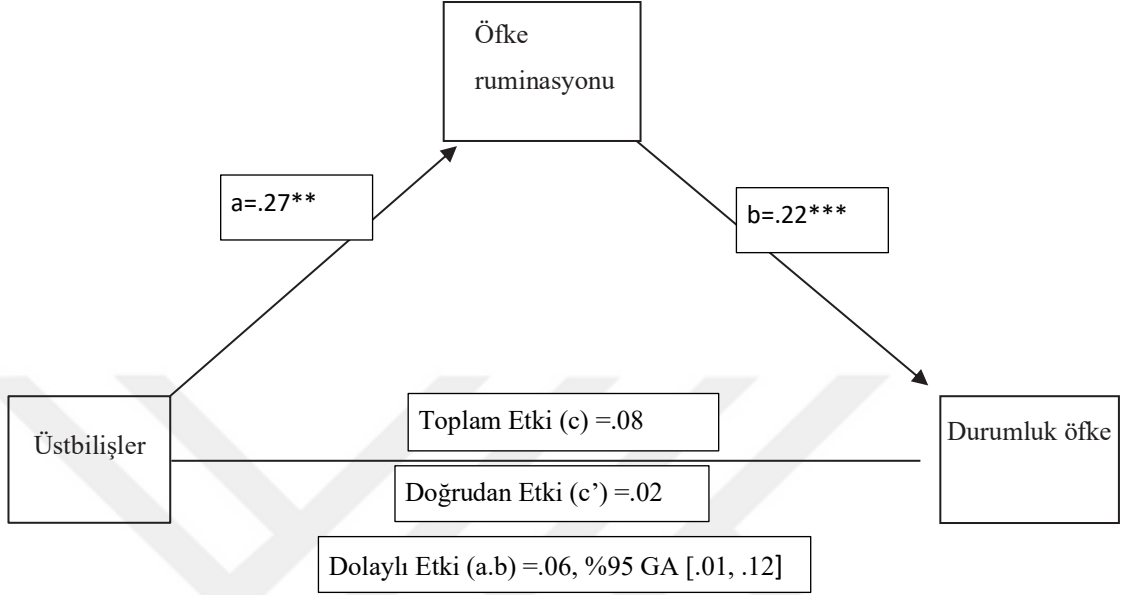
Yordayıcı Değişkenler	Sonuç Değişkenleri					
	Öfke ruminasyonu			Sürekli Öfke		
	b	SH	β	b	SH	β
Sabit	8.06	5.96				
Üstbiliş	.27**	.10	.27	.14**	.05	.26
Öfke ruminasyonu	-	-	-	.21***	.06	.39
Kaygı	.45	.36	.19	.16	.18	.13
Depresyon	.85*	.30	.39	.13	.16	.11
R ² = .53			R ² = .58			
F _(3, 71) = 26.7049, <i>p</i> <0.001			F _(4, 70) = 24.1802, <i>p</i> <0.001			

Not. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

SH: Standart hata; b: Standartlaştırılmamış regresyon katsayıları, β : Standartlaştırılmış regresyon katsayıları. Analiz sırasında kaygı ve depresif belirti düzeyleri kontrol edilmiştir.

4.4.2. Klinik Adli Grupta Üstbilişler ile Durumluk Öfke Arasındaki İlişkide Öfke Ruminasyonun Aracı Rolü

H1b hipotezi kapsamında katılımcıların üstbiliş ile durumluk öfke arasındaki ilişkide öfke ruminasyonun aracı rolüne ilişkin sonuçlar Şekil 4.2.'de verilmiştir.



Not. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Şekil 4.2. Üstbilişler ile Durumluk Öfke Arasındaki İlişkide Öfke Ruminasyonun Aracı Rolü

Üstbilişlerin durumluk öfke üzerindeki etkisinin öfke ruminasyonu aracılığıyla dolaylı olarak ortaya çıkıp çıkmadığı, depresyon ve kaygı kontrol edildikten sonra incelenmiştir. Şekil 4.2.'deki bulgular incelendiğinde, ilk olarak üstbilişlerin öfke ruminasyonu üzerindeki yordayıcı etkisi (a yolu) pozitif yönde ve anlamlı bulunmuştur ($b = .27$, $SH = .10$, $p < .01$, %95 GA [.07, .46]). Benzer şekilde, öfke ruminasyonun durumluk öfke üzerindeki etkisi de (b yolu) pozitif yönde ve anlamlıdır ($b = .22$, $SH = .07$, $p < .01$, %95 GA [.09, .35]). Bu iki yolun çarpımıyla elde edilen dolaylı etki ($a \times b$ yolu) için hesaplanan %95 Bootstrap güven aralığı (GA) [.01, .12] olup, bu aralık sıfır (0) değerini içermediğinden, aracılık etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($b = .06$, $SH = .03$, %95 Bootstrap GA [.01, .12]). Bulgular, üstbilişlerin durumluk öfke üzerindeki yordayıcı etkisinin öfke ruminasyonu aracılığıyla dolaylı olarak gerçekleştiğini; diğer bir deyişle, öfke ruminasyonun üstbilişler ile durumluk öfke arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini göstermektedir. Bunlara ek olarak, üstbilişlerin durumluk öfke üzerindeki toplam etkisi ve doğrudan

etkisine ilişkin bulgular incelendiğinde, toplam etki (c yolu) ($b = .08$, $SH = .06$, $p > .05$, %95 GA $[-.03, .20]$) ve doğrudan etkinin (c' yolu) anlamlı olmadığı görülmüştür ($c' = .02$, $SH = .06$, $p > .05$, %95 GA $[-.09, .14]$).

Tablo 4.9. Hipotez 1b'ye İlişkin Aracılık Analizi Bulguları (n=75)

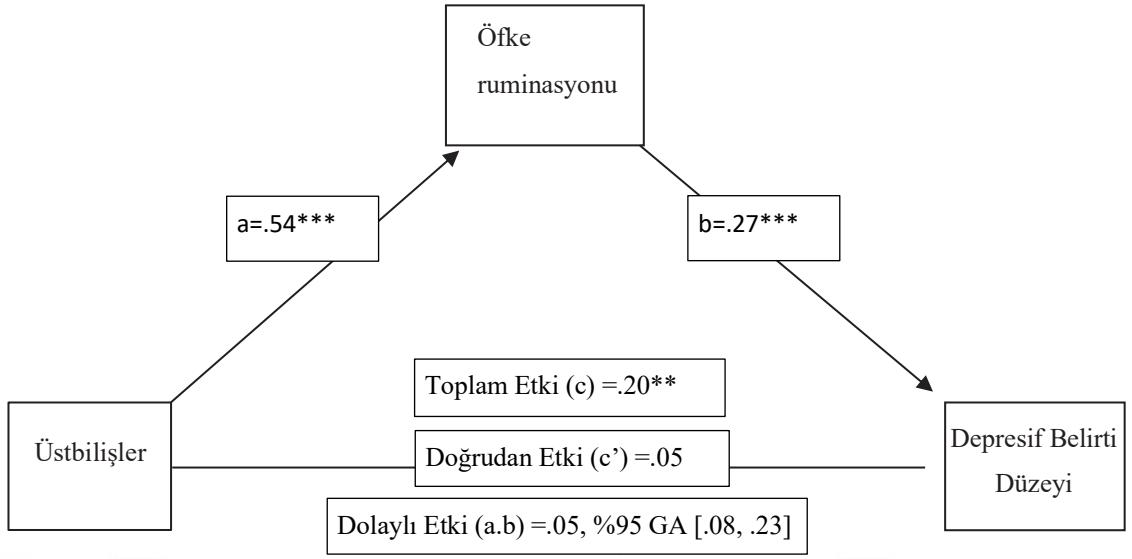
Yordayıcı Değişkenler	Sonuç Değişkenleri					
	Öfke ruminasyonu			Durumluk Öfke		
	b	SH	β	b	SH	β
Üstbiliş	.27**	.09	.27	.02	.05	.04
Öfke ruminasyonu	-	-	-	.22**	.06	.38
Kaygı	.45	.36	.19	.52	.20	.37
Depresyon	.85*	.30	.39	.06	.18	.04
	R ² = .53			R ² = .56		
	F _(3, 71) = 26.7049, <i>p</i> < 0.001			F _(4, 70) = 22.7344, <i>p</i> < 0.001		

Not. * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

SH: Standart hata; b: Standartlaştırılmamış regresyon katsayıları, β : Standartlaştırılmış regresyon katsayıları. Analiz sırasında kaygı ve depresif belirti düzeyleri kontrol edilmiştir.

4.4.3. Klinik Adli Grupta Üstbilişler ile Depresif Belirtiler Arasındaki İlişkide Öfke Ruminasyonun Aracı Rolü

H1c hipotezi doğrultusunda katılımcıların üstbiliş ile depresif belirti düzeyleri arasındaki ilişkide öfke ruminasyonun aracı rolüne ilişkin sonuçlar Şekil 4.3.'te verilmiştir.



Şekil 4.3. Üstbilişler ile Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişkide Öfke Ruminasyonun Aracı Rolü

Şekil 4.3.'teki bulgular incelendiğinde, ilk olarak üstbilişlerin öfke ruminasyonu üzerindeki yordayıcı etkisi (a yolu) pozitif yönde ve anlamlı bulunmuştur ($b = .54$, $SH = .10$, $p < .001$, %95 GA [.35, .73]). Benzer şekilde, öfke ruminasyonun depresyon belirti düzeyi üzerindeki etkisi de (b yolu) pozitif yönde ve anlamlıdır ($b = .27$, $SH = .05$, $p < .001$, %95 GA [.18, .37]). Bu iki yolun çarpımıyla elde edilen dolaylı etki ($a \times b$ yolu) için hesaplanan %95 Bootstrap güven aralığı (GA) [.08, .23] olup, bu aralık sıfır (0) değerini içermediğinden, aracılık etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($b = .15$, $SH = .04$, %95 Bootstrap GA [.08, .23]). Bulgular, üstbilişlerin depresyon belirti düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinin öfke ruminasyonu aracılığıyla dolaylı olarak gerçekleştiğini; diğer bir deyişle, öfke ruminasyonun üstbilişler ile depresyon belirti düzeyi arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini göstermektedir. Bunlara ek olarak, üstbilişlerin depresyon belirti düzeyi üzerindeki toplam etkisi ve doğrudan etkisine ilişkin bulgular incelendiğinde, toplam etkinin (c yolu) ($b = .20$, $SH = .05$, $p < .001$, %95 GA [.11, .30]) anlamlı, doğrudan etkinin ise (c' yolu) anlamlı olmadığı görülmüştür ($c' = .05$, $SH = .04$, $p > .05$, %95 GA [-.04, .15]).

Tablo 4.1.1. Hipotez 1c'ye İlişkin Aracılık Analizi Bulguları (n=75)

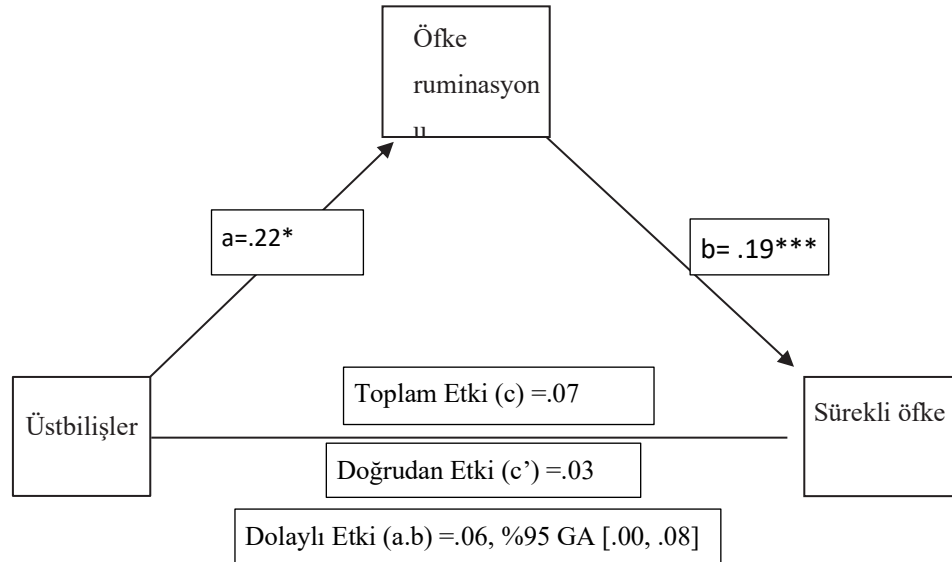
Yordayıcı Değişkenler	Sonuç Değişkenleri					
	Öfke ruminasyonu			Depresif Belirti Düzeyi		
	b	SH	β	b	SH	β
Üstbiliş	.54**	.10	.55	.06	.05	.13
Öfke ruminasyonu Sabit	-	-	-	.27***	.05	.59
$R^2 = .30$			$R^2 = .45$			
$F_{(1, 73)}=31.7492, p<0.001$			$F_{(2, 72)}=29.8448, p<0.001$			

Not. * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

SH: Standart hata; b: Standartlaştırılmamış regresyon katsayıları, β : Standartlaştırılmış regresyon katsayıları. Analiz sırasında kaygı ve depresif belirti düzeyleri kontrol edilmiştir.

4.4.4. Klinik Olmayan Adli Grupta Üstbilişler ile Sürekli Öfke Arasındaki İlişkide Öfke Ruminasyonun Aracı Rolü

Katılımcıların üstbiliş ile sürekli öfke arasındaki ilişkide öfke ruminasyonun aracı rolüne ilişkin sonuçlar Şekil 4.4'te verilmiştir.

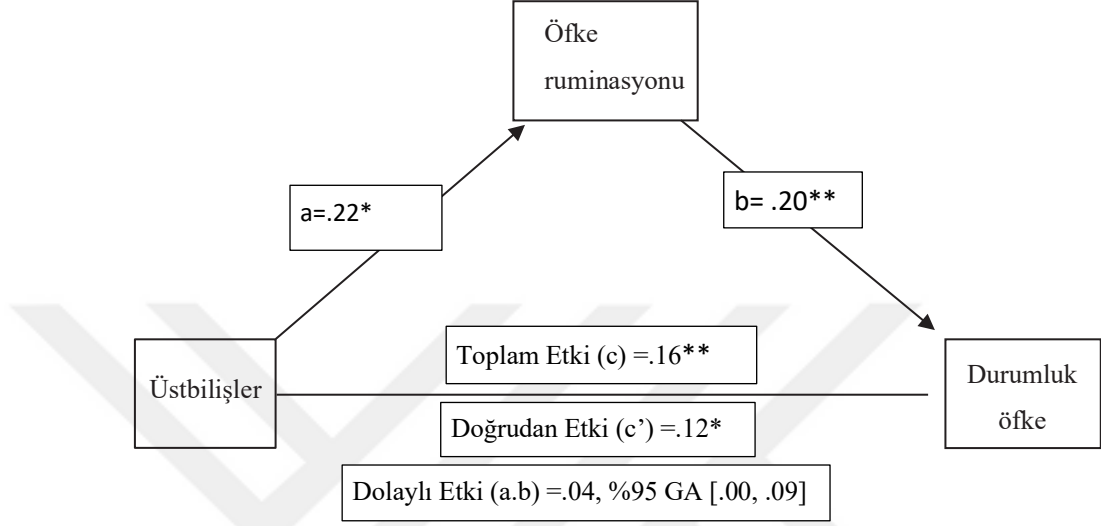


Not. * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

Şekil.4.4. Üstbilişler ile Sürekli Öfke Arasındaki İlişkide Öfke Ruminasyonun Aracı Rolü

4.4.5. Klinik Olmayan Adli Grupta Üstbilişler ile Durumluk Öfke Arasındaki İlişkide Öfke Ruminasyonun Aracı Rolü

Katılımcıların üstbiliş ile sürekli öfke arasındaki ilişkide öfke ruminasyonun aracı rolüne ilişkin sonuçlar Şekil 4.5.'te verilmiştir.



Not. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Şekil 4.5. Üstbilişler ile Durumluk Öfke Arasındaki İlişkide Öfke Ruminasyonun Aracı Rolü

Üstbilişlerin durumluk öfke üzerindeki etkisinin öfke ruminasyonu aracılığıyla dolaylı olarak ortaya çıkıp çıkmadığı, depresyon ve kaygı kontrol edildikten sonra incelenmiştir. Şekil 5.'deki bulgular incelendiğinde, ilk olarak üstbilişlerin öfke ruminasyonu üzerindeki yordayıcı etkisi (a yolu) pozitif yönde ve anlamlı bulunmuştur ($b = .22$, $SH = .09$, $p < .05$, %95 GA [.05, .39]). Benzer şekilde, öfke ruminasyonun durumluk öfke üzerindeki etkisi de (b yolu) pozitif yönde ve anlamlıdır ($b = .20$, $SH = .06$, $p < .01$, %95 GA [.08, .33]). Bu iki yolun çarpımıyla elde edilen dolaylı etki ($a \times b$ yolu) için hesaplanan %95 Bootstrap güven aralığı (GA) [.00, .09] olup, bu aralık sıfır (0) değerini içermediğinden, aracılık etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($b = .04$, $SH = .02$, %95 Bootstrap GA [.00, .09]). Bulgular, üstbilişlerin durumluk öfke üzerindeki yordayıcı etkisinin öfke ruminasyonu aracılığıyla dolaylı olarak gerçekleştiğini; diğer bir deyişle, öfke ruminasyonun üstbilişler ile durumluk öfke arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini göstermektedir. Bunlara ek olarak, üstbilişlerin

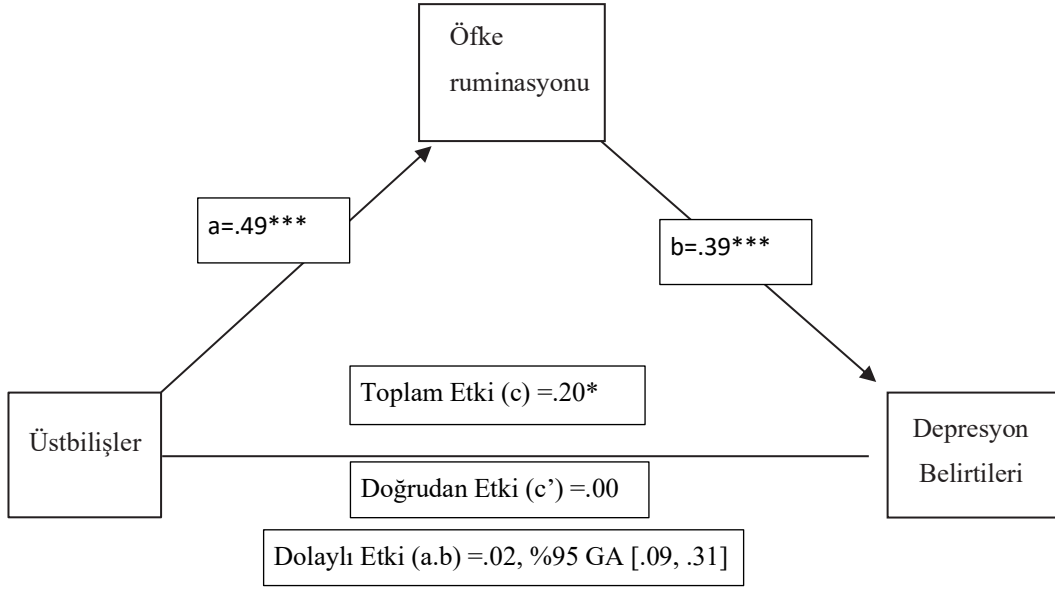
durumluk öfke üzerindeki toplam etkisi ve doğrudan etkisine ilişkin bulgular incelendiğinde, toplam etki (c yolu) ($b = .16$, $SH = .05$, $p < .01$, %95 GA [.06, .26]) ve doğrudan etkinin (c' yolu) anlamlı olduğu görülmüştür ($c' = .12$, $SH = .05$, $p < .05$, %95 GA [.02, .21]).

Yordayıcı Değişkenler	Sonuç Değişkenleri					
	Öfke ruminasyonu			Durumluk Öfke		
	b	SH	β	b	SH	β
Üstbilişler	.22*	.09	.20	.12*	.05	.23
Öfke ruminasyonu	-	-	-	.20**	.06	.43
Kaygı	.81**	.24	.38	.15	.14	.15
Depresyon	.85**	.18	.34	.00	.10	.00
	R ² = .59			R ² = .47		
	F _(3, 75) = 35.4261, <i>p</i> < 0.001			F _(4, 74) = 16.6214, <i>p</i> < 0.001		

SH: Standart hata; b: Standartlaştırılmamış regresyon katsayıları, β : Standartlaştırılmış regresyon katsayıları. Analiz sırasında kaygı ve depresif belirti düzeyleri kontrol edilmiştir.

Arasındaki İlişkide Öfke Ruminasyonun Aracı Rolü

ruminasyonun aracı rolüne ilişkin sonuçlar Şekil 4.6.'da verilmiştir.



Not. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Şekil 4.6. Üstbilişler ile Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişkide Öfke Ruminasyonun Aracı Rolü

Şekil.6'daki bulgular incelendiğinde, ilk olarak üstbilişlerin öfke ruminasyonu üzerindeki yordayıcı etkisi (a yolu) pozitif yönde ve anlamlı bulunmuştur ($b = .49$, $SH = .11$, $p < .001$, %95 GA [.28, .71]). Benzer şekilde, öfke ruminasyonun depresyon belirti düzeyi üzerindeki etkisi de (b yolu) pozitif yönde ve anlamlıdır ($b = .39$, $SH = .06$, $p < .001$, %95 GA [.28, .50]). Bu iki yolun çarpımıyla elde edilen dolaylı etki ($a \times b$ yolu) için hesaplanan %95 Bootstrap güven aralığı (GA) [.09, .31] olup, bu aralık sıfır (0) değerini içermediğinden, aracılık etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($b = .19$, $SH = .05$, %95 Bootstrap GA [.09, .31]). Bulgular, üstbilişlerin depresyon belirti düzeyi üzerindeki yordayıcı etkisinin öfke ruminasyonu aracılığıyla dolaylı olarak gerçekleştiğini; diğer bir deyişle, öfke ruminasyonun üstbilişler ile depresyon belirti düzeyi arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini göstermektedir. Bunlara ek olarak, üstbilişlerin depresyon belirti düzeyi üzerindeki toplam etkisi ve doğrudan etkisine ilişkin bulgular incelendiğinde, toplam etkinin (c yolu) ($b = .20$, $SH = .07$, $p < .05$, %95 GA [.07, .34]) anlamlı, doğrudan etkinin ise (c' yolu) anlamlı olmadığı görülmüştür ($c' = .00$, $SH = .06$, $p > .05$, %95 GA [-.11, .12]).

Tablo 4.1.4. Hipotez 2c'ye İlişkin Aracılık Analizi Bulguları (n=79)

Yordayıcı Değişkenler	Sonuç Değişkenleri					
	Öfke ruminasyonu			Depresif Belirti Düzeyi		
	b	SH	β	b	SH	β
Üstbilişler	.49***	.11	.46	.01	.06	.01
Öfke ruminasyonu	-	-	-	.39	.06	.67
R ² = .21			R ² = .45			
F _(1, 77) =20.6555, $p<0.001$			F _(2, 76) = 30.8384, $p<0.01$			

Not. * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

SH: Standart hata; b: Standartlaştırılmamış regresyon katsayıları, β : Standartlaştırılmış regresyon katsayıları. Analiz sırasında kaygı ve depresif belirti düzeyleri kontrol edilmiştir.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada klinik ve klinik olmayan bireylerde üstbilişler ile depresyon belirti düzeyi ve durumluk-sürekli öfke düzeyleri arasındaki ilişkide öfke ruminasyonun aracı rolü ve değişkenler arasındaki ilişkiler değerlendirilmiştir. İlk olarak hem klinik hem de klinik olmayan adli bireylerde üstbilişler, depresyon belirti düzeyi, durumluk-sürekli öfke, öfke ifade tarzı ve öfke ruminasyonu açısından fark olup olmadığına yönelik bağımsız gruplar t-testi ve tek yönlü varyans analizi bulguları tartışılmaktadır. İkinci olarak klinik ve klinik olmayan adli gruplar arasında üstbilişler ile depresyon belirti düzeyi, durumluk-sürekli öfke, öfke ifade tarzı ve öfke ruminasyonu arasındaki korelasyonlara dair sonuçlar daha önceki literatür bulguları ile karşılaştırmalı olarak tartışılmaktadır. Son olarak, mevcut çalışmanın temel hipotezleri doğrultusunda üstbilişler ile depresyon belirti düzeyi ve durumluk-sürekli öfke düzeyi arasındaki ilişkide öfke ruminasyonun aracılık rolüne ilişkin bulgular teorik ve ampirik literatür ışığında değerlendirilerek tartışılmıştır.

5.1. Demografik Değişkenlere Göre Öfke ve Depresif Belirtilere İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Klinik ve klinik olmayan adli bireylerde yürütülen mevcut çalışmada, katılımcıların durumluk öfke sürekli öfke ve depresif belirti düzeylerinin demografik değişkenlere göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla yapılan analizler sonucunda, ceza infaz kurumu öncesi alkol ve madde kullanımı olan kadın tutuklu/hükümlüler'in durumluk öfke ve sürekli öfke düzeyi, alkol ve madde kullanımı olmayanlara göre daha yüksektir. Tolunay (2015), erkek hükümlüler ile yaptığı çalışmasında, bu araştırmanın bulguları ile tutarlı olarak katılımcıların sürekli öfke ile madde kullanım öyküleri arasında anlamlı bir fark bulmuştur (Tolunay, 2015). Başka bir çalışmada ise madde kullanan erkek hükümlülerin, madde kullanımı olmayan hükümlülere göre öfkelerini daha iyi kontrol edebildikleri ancak sürekli öfke puanlarının benzer olduğunu ortaya koymaktadır (Şeker, 2021). Bu sonuçlar alkol ve madde kullanma durumunun öfke ile baş etmede ilişkili olduğunu ve öfkeyi sürdüren bir faktör olabileceğine işaret etmektedir.

5.2. Klinik ve Klinik Olmayan Adli Gruplar Arasında Araştırma Değişkenleri Açısından Farklılaşmalara Dair Bulguların Değerlendirilmesi

Klinik olan ve klinik olmayan adli gruplar arasında araştırma değişkenlerine açısından farklılaşma olup olmadığını belirlemek için bağımsız gruplar t-testi yapılmıştır. Öncelikle sonuç değişkenlerine ilişkin t-testi sonuçlarına bakılmıştır. Analiz sonucuna göre durumluk ve sürekli öfke, öfke içte ve öfke dışta alt boyutu ve anksiyete ve depresif belirti düzeylerinin klinik adli grupta olanların klinik olmayan adli gruba kıyasla daha yüksek olduğu, öfke kontrol alt boyutunun ise daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu bulgular psikopatolojinin öfke ve öfke kontrolü için kırılganlık unsuru oluşturabileceğini ve adli klinik tanılı bireylerin öfkeye ilişkin daha fazla sorun yaşayabileceği ve bu sorunlar ile baş etmede daha işlevsiz baş etme stilleri kullanabileceklerine işaret etmektedir. Ayrıca adli klinik grubun öfkelerini klinik olmayan gruba göre daha fazla bastırdığı ve daha az kontrol edebildikleri görüldüğünden bu grubun ceza infaz kurumları içerisinde öfke nedeniyle daha fazla problem yaşama riski ile karşı karşıya olduklarını düşündürmektedir.

Durumluk öfke, belirli bir zamana, duruma ve yoğunluğa bağlı olarak ortaya çıkan geçici bir duygusal durum iken; sürekli öfke, bireyin sıklıkla ve yoğun biçimde öfke yaşama eğilimini yansıtan kalıcı bir kişilik özelliğidir (Spielberger ve Sydeman, 1994; Spielberger vd., 1983). Durumluk öfkenin yüksek olması geçici koşullara bağlılıkla açıklanabilirken, sürekli öfkenin yüksek düzeyde olması, bireylerin öfkeyi daha sık ve kalıcı şekilde yaşama eğiliminde olduklarını ve bu durumun daha olumsuz sonuçlar doğurma potansiyeli taşıdığını göstermektedir. Bu bağlamda, klinik adli grupta sürekli öfke düzeyinin yüksek bulunması, bu bireylerin benzer kişilik örüntülerine sahip olabileceği ve öfkeyi daha kalıcı biçimde deneyimledikleri yönünde bir çıkarıma zemin hazırlamaktadır. Ceza infaz kurumu gibi stres düzeylerin yüksek olabileceği ortamlarda, klinik adli bireylerin öfkeye bağlı sorunları daha sık ve uzun süreli yaşama olasılıkları, bu grubu riskli bir topluluk haline getirmektedir. Ayrıca, klinik grupta durumluk öfke düzeyinin de yüksek olması, bu bireylerin duygu düzenleme becerilerinin daha düşük olduğunu düşündürmektedir. Klinik grubun hem öfke içte hem de öfke dışta düzeylerinin klinik olmayan gruptan daha yüksek bulunması ve klinik grubun kendi içinde öfke içte düzeyinin öfke dışta düzeylerine göre yüksek olması bu bireylerin öfke gibi olumsuz duygularla baş etmede bastırmayı

daha sık kullandıklarına işaret etmektedir. Bastırmanın yaygın şekilde kullanılması ise duyguların yeterince ifade edilememesine neden olmakta, bu da öfkenin sağlıklı biçimde dışa vurulmasını engellemektedir. Bu durum, klinik adli bireylerin, klinik olmayan adli bireylere kıyasla öfkelerini kontrol etmede daha fazla güçlük yaşadıklarını düşündürmektedir. Bunun yanı sıra Etzler ve diğerlerinin (2014), 57 yetişkin erkek hükümlü ile Durumluk Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasını yaptıkları araştırmada ise klinik olmayan adli bireylerde öfke içte düzey ortalamalarının öfke dışta düzeyine göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur. Bizim araştırmamızda ceza infaz kurumunda hükümlü ya da tutuklu olmuş olmanın bireyler üzerinde oluşturabileceği yoğun stresin, özellikle klinik adli örnekleme yer alan bireylerde öfke kontrol becerilerinde belirgin zayıflıklarla ilişkilendirilebileceğini göstermektedir. Klinik örnekleme yer alan bireylerin psikopatoloji düzeylerinin yüksek olması ve bilişsel başa çıkma stratejilerindeki işlevsizliğin de bu durumu pekiştiren etmenler arasında olduğu değerlendirilebilir.

Klinik adli grubun, klinik olmayan adli gruba göre daha yoğun ve daha sık öfke deneyimleme eğiliminde olmaları ve öfkelerini hem dışa vurmaya hem de öfkeyi bastırarak içe doğru ifade etmeye daha meyilli olmaları başka çalışmalar ile tutarlıdır (Barbour vd., 1998; Cullari, 1994; De-Moja ve Spielberger, 1998; Etzler vd., 2014; Spielberger, 1999). Kadın ve erkek yetişkin katılımcıların ile yapılan bir çalışmada depresif bireylerle klinik tanı almamış bireyler karşılaştırılmıştır. Bunun sonucunda depresif bireylerin daha yoğun içe dönük öfke yaşadıkları, bununla birlikte kişilerarası öfke deneyimlerinin daha fazla olduğu ortaya konulmuştur (Şahin vd., 2011). Benzer şekilde depresyon tanısı almış üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada içe yöneltilmiş öfke düzeylerinin daha yüksek, öfke kontrol düzeylerinin ise daha düşük olduğu bulunmuştur (Güleç vd., 2005). Brody ve arkadaşları (1999) ise depresyondan kurtulan kişilerin, hiç depresyon geçirmemiş kişilere kıyasla daha yüksek düzeyde öfkelerini bastırdıkları ve öfkelerini ifade etmekten korktuklarını bulmuş, bunun da geçmiş yoğun öfke deneyimleriyle ilişkili olabileceği öne sürülmüştür. Bu Van Praag (1998)'ın çoğu depresyonun kaygı ve öfke bozukluklarıyla ilişkili olduğu ve bu nedenle bu etkilerin sıklıkla depresyona eşlik ettiği görüşüyle uyumluluk göstermektedir.

Yapılan araştırmalar bizim çalışmamızın bulguları ile tutarlı olacak şekilde yüksek düzeyde sürekli öfkenin psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğunu göstermektedir. McDermut ve diğerlerinin (2009), 1687 psikiyatri hastalarıyla gerçekleştirdiği çalışmada, yüksek düzeyde sürekli öfkenin daha fazla psikiyatrik rahatsızlık ve daha düşük psikososyal işlevsellik düzeyleri ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca, klinik olmayan örneklemlemlerle karşılaştırıldığında, klinik örneklem ile yapılan bazı çalışmalarda yaygın anksiyete bozukluğu (Erdem vd., 2008) ve depresyon (Koh, vd., 2002) gibi bazı tanı gruplarında sürekli öfke düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde 80 psikiyatrik hasta ve genel nüfustan 1211 kişi ile öfke düzeylerinin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada psikiyatrik hasta grubunun daha yoğun ve daha sık öfke deneyimleme eğiliminde oldukları ayrıca öfkeyi bastırarak veya içte tutarak içe doğru ifade etmeye daha meyilli oldukları belirtilmektedir (Lievaart vd., 2016). Bu bulgular, görece adaptif bir tepki olan durumluk öfkeye kıyasla sürekli öfkenin (zellikle de yüksek düzeyinin) ve ie yöneltilen öfkenin psikopatolojik durumlarla daha fazla ilişkili olabileceğine işaret etmektedir. Adli bir grup ile yapılan ve bu grubun neredeyse yarsının başta depresyon, bipolar bozukluk, anksiyete bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu gibi psikopatoloji tanısı almış adli bireylerin oluşturduğu bizim çalışmamızda, klinik olmayan adli bireylerin sürekli öfke düzeylerine ilişkin ortalamaların anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmektedir.

Öfke kontrolü öfkenin mantığa bürünme, bastırma ve inkar gibi çeşitli savunmalarla kontrol edilmesine karşılık gelmektedir ve yüksek öfke kontrolü öfkenin kontrol altına alındığını gösterir (zer, 1994). Adli klinik ve adli klinik olmayan bireyler ile yapılan bu araştırmada öfke kontrolünün klinik adli gruplarda daha yüksek bulgulanırken; Lievaart ve diğerlerinin (2016) Hollanda’da çeşitli psikiyatri tedavi merkezlerinden çoğunluğun erkek hastalardan oluştuğu klinik örneklem ve lisans öğrencileri ve genel nüfustan oluşan klinik olmayan örneklem gruplarını karşılaştırdığı çalışmada öfke kontrol düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu durum, öfke kontrolü düzeylerinin rneklemen niteliğine göre farklılık gösterebileceğini ortaya koymaktadır. Bizim araştırmamızda adli bireyler içerisinde klinik tanılı olanların, klinik tanılı olmayan gruptakilere göre öfke kontrol düzeylerinin daha düşük olması bu farkın ceza infaz kurumundaki klinik tanılı bireylerin duygularını kontrol etme becerilerinin daha az gelişmiş olabileceğini, diğer yandan adli klinik olmayan bireylerin ise ceza infaz kurumundaki iyi hal durumlarının bozulmaması sebebiyle

öfkelerini ifade etmek yerine, öfkelerini kontrol etmeyi tercih edebileceklerini düşündürmektedir.

Klinik olan ve klinik olmayan adli bireylerde üstbilişler ve öfke ruminasyonu düzeylerinin klinik ve klinik olmayan adli gruplara göre farklılaşıp farklılaşmadığını bakıldığında ise üstbilişler toplam düzeyi, olumsuz inanç, bilişsel güvensizlik ve öfke ruminasyonu düzeyine ait ortalamaların klinik adli grupta daha yüksek; bilişsel farkındalık düzeyinin ise daha düşük olduğu görülmüştür. Bu bulgular psikolojik bozukluklara karşı hassasiyet ve bu rahatsızlıkların sürdürülmesinde bunun yanı sıra psikopatolojiye ilişkin inanç, düşünce ve başa çıkma süreçlerinde üstbilişlerin bağlantısını göstermektedir.

Metakognitif kuramın temelini oluşturan model, KDYİ modelidir (Wells ve Matthews, 1994, 1996; Wells, 2000). Bu model, duygusal bozuklukların ortaya çıkışı ve sürdürülmesinde bilişsel ve üstbilişsel süreçlerin, yukarıdan aşağıya işleyen bir kontrol mekanizması aracılığıyla etkili olduğunu ileri sürmektedir (Wells, 2009). KDYİ modeli duygusal açıdan hassas bireylerin ruminasyon ve endişenin işlevi ve sonuçlarına ilişkin üstbilişleri sonucunda ruminatif düşündükleri veya endişeye kapıldıklarını varsaymaktadır (Roelofs vd., 2010). Modele göre ruminasyon ve endişe duygusal rahatsızlıklara doğrudan veya olumsuz üstbilişler aracılığıyla dolaylı olarak katkıda bulunabilmektedir. Daha açık bir ifadeyle, olumlu üstbilişsel inançlar perseveratif olumsuz düşünmeyi başlatır ve bunu sürdürürken olumsuz üstbilişsel inançlar olumsuz düşünme ile duygusal bozukluklar arasındaki bağlantıyı artırır (Wells ve Matthews, 1994). Dolayısıyla modele göre, psikolojik bozuklukların sürdürülmesi, tekrarlayıcı olumsuz düşünme, tehdit odaklı izleme ve düşünce baskılama gibi uyumsuz başa çıkma stratejilerinin seçilmesi ve uygulanması sonucunda gerçekleşir (Wells, 2009).

Sun ve meslektaşları yaptığı çalışmada KDYİ modelinin temel öngörüsü olan işlevsiz üstbilişlerin psikiyatrik bozukluklarda yükseldiğini desteklemekte ve bu yükselişte olumsuz üstbilişsel inançların özellikle önemli olduğunu vurgulamaktadır (Sun vd., 2017). Visinet ve diğerleri (2017), yürüttükleri çalışmada kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilişkili olumsuz inançlar ile düşünceleri kontrol etme ihtiyacına dair üstbilişlerin, patolojik endişe ve depresyon üzerinde en güçlü

yordayıcılar olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte olumsuz üstbilişsel inançların ruminasyonla ilgili olumsuz değerlendirmelere yol açarak depresif semptomatolojiyi artırdığı da bu araştırmalar ile tutarlılık göstermektedir (Cano-Lopez vd., 2020).

5.3. Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkilere Dair Bulgularının Değerlendirilmesi

Çalışmanın ikinci kısmında hem klinik hem de klinik olmayan gruplarda sonuç değişkenleri arasındaki korelasyon bulgularına bakılmıştır. Klinik grupta durumluk öfkenin sürekli öfke ile pozitif yönde güçlü düzeyde bir ilişki; depresyon ile ilişkisinde pozitif yönde güçlü düzeyde bir korelasyon ortaya konmuştur. Bununla birlikte sürekli öfkenin depresyon ile ilişkisinde pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmuştur. Klinik olmayan gruptaki sonuç değişkenleri arasındaki korelasyon bulgularına bakıldığında benzer şekilde durumluk öfkenin sürekli öfke ile pozitif yönde güçlü düzeyde bir ilişki; depresyon ile ilişkisinde pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki ortaya konmuştur. Bununla birlikte sürekli öfkenin depresyon ile ilişkisinde pozitif yönde güçlü bir ilişki bulunmuştur. Klinik gruptaki tüm sonuç değişkenlerin korelasyon düzeylerinin klinik olmayan gruba göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgular ile tutarlı olan başka bir çalışmada 110 psikiyatrik yatan hasta ve 59 psikiyatrik hasta olmayan kişinin öfke puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Bunun sonucunda psikiyatrik yatışı olan hastaların normal karşılaştırma grubuna kıyasla daha fazla öfke deneyimledikleri ortaya konulmuştur.

Üstbilişler; depresyon belirti düzeyi, durumluk-sürekli öfke, öfke ifade tarzı alt boyutları ve öfke ruminasyonuna ilişkin korelasyon bulguları incelendiğinde klinik grupta üstbilişlerin durumluk-sürekli öfke, öfke içte ve öfke dışta alt boyutu, anksiyete ve depresyon belirti düzeyleri arasında pozitif ilişkiler söz konusudur. Bu bulgulara benzer şekilde Gilbert ve diğerleri (2004) 50 depresif hasta ile yaptığı ve bastırılmış öfke, kapana kısılmışlık ve depresyon arasındaki ilişkileri incelediği araştırmasında, depresyon hastalarının çoğunun öfkeyi bastırdıklarını ortaya koymuştur. Araştırmalar, depresif bireylerin öfkenin ifade edilmesine ilişkin sosyal sonuçlara dair olumsuz inançlara sahip olduklarını (örneğin başkaları tarafından reddedilme, kontrolü kaybetme ya da başkalarına zarar verme korkusu gibi) ve bu nedenle öfkelerini bastırma eğiliminde olduklarını ortaya koymuştur. Riley ve diğerleri (1989) de depresif hastaların öfkeyi normal kontrol grubuna ve travma sonrası stres grubuna

kıyasla daha fazla bastırıldığını tespit etmiştir. Bizim araştırmamızda da klinik adli gruptaki kişilerin depresyon ve anksiyete belirti düzeyleri ile öfke içte alt boyutları arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu görülmektedir.

Araştırmalar, üstbilişsel inançların öfke üzerinde ileriye dönük anlamlı etkiler oluşturduğunu ortaya koymuştur. Caselli ve diğerleri (2017) tarafından yürütülen çalışmada, üstbilişsel inançlar ile ruminasyonun bireylerin yaşadıkları tetikleyici olayların sayısından bağımsız olarak öfke düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Kara ve diğerleri (2023) benzer şekilde üstbilişsel inançların düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutunun öfke ve saldırganlık ile pozitif ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Simpson ve Papageorgiou'nun (2003) öfke kontrol güclüğü yaşayan bireylerle gerçekleştirdiği bir ön çalışmada ise katılımcılarda hem olumlu hem de olumsuz üstbilişsel inançların bulunduğu saptanmıştır.

Klinik dışı bir örneklem üzerinde gerçekleştirilen Moeller'in (2016) çalışmasında hem olumlu hem de olumsuz üstbilişsel inançların öfkeye yönelik düşünme eğilimiyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur. Bizim araştırmamızda üstbilişler ile öfke ruminasyonu ve depresif belirtiler arasında pozitif yönde orta ve güçlü düzeyde (sırasıyla) ilişkiler görülmektedir. Bu sonuçlar Cano-Lopez ve diğerlerinin (2020) yürüttüğü olumsuz üstbilişsel inançların hem ruminasyon hem de depresyonla güçlü korelasyona sahip olduğunun bildirildiği güncel bir çalışmanın sonuçları ile de örtüşmektedir. Bu bulgular üstbilişsel inançların öfke düzeyi ve ilişkili bilişsel faktörlerde önemli bir rol oynayabileceğine işaret etmektedir.

Öfke ruminasyonun depresyon ve anksiyete belirti düzeyi, durumluk-sürekli öfke, öfke içte ve öfke dışta alt boyutları ile arasındaki ilişkiler incelendiğinde; öfke ruminasyonun ilgili tüm değişkenler ile pozitif ilişkiler gösterdiği bulgulanmıştır. Çalışmamızın bu bulgusu öfke ruminasyonun artıkça durumluk-sürekli öfkenin ve depresyon belirtilerinin arttığına işaret etmektedir. Nolen-Hoeksema (2008), ruminasyonu bireyin duyguları ve yaşadığı sorunlar üzerine ısrarlı ve sürekli düşünme süreci olarak tanımlamaktadır. Bu süreç, bireyin belirli bir sorun ya da duygusal tepkiye yoğunlaşmasına ve olumsuz duyguların devamlılık göstermesine neden olmaktadır (Nolen-Hoeksema vd., 2008). Bu ruminasyonun psikolojik rahatsızlıklarla olan ilişkisini ve bu ilişkideki sürdürücü rolünü açıklamada işlevsel gözükmemektedir.

Tepki tarzları teorisine göre (Nolen-Hoeksema, 1991), ruminasyon çeşitli mekanizmalar yoluyla duygusal sıkıntıyı, özellikle depresyonu, şiddetlendirip uzatmaktadır. Ruminasyon eğiliminin daha uzun süreli depresif semptomlar (Nolen-Hoeksema vd., 1993; Roelofs vd., 2010) ve sıklığı artan depresif ataklarla (Nolen-Hoeksema, 2000) ilişkili olduğunu gösteren araştırmalar bu teori ile tutarlılık göstermektedir. Selby ve diğerleri ise (2008), bu bulgulara benzer şekilde öfke ruminasyonu ile borderline kişilik yapılanması, anksiyete, depresyon ve alkol kullanımı arasında önemli ilişkiler bulmuştur.

Moeller'e (2019) göre, tehdit durumunda öfke; kaygı ve diğer olumsuz duyguların bastırılarak kontrol edilmesini pekiştirmektedir. Benzer şekilde, ruminasyonun da problem çözmeye yönelik nihai bir hedef doğrultusunda öfkeye tutunma aracı olarak işlev gördüğü ve pekiştirme mekanizmalarıyla sürdürüldüğü öne sürülmektedir. Bizim yaptığımız çalışmada hem klinik hem de klinik olmayan adli grupta durumluk ve sürekli öfkenin öfke kontrolü ile negatif bir korelasyona sahip olduğu, bununla birlikte öfke ruminasyonun durumluk ve sürekli öfke ile ilişkisinde pozitif yönde güçlü bir ilişkiye sahip olduğu görülmektedir. Bu bulgular öfkeyle bir türlü anlaşıpma sağlayamamış ve bu durum sebebiyle adli süreçlere karışmış kişilerin sınırlı kontrol ve sınırlı kaynaklara sahip olma ve zorlayıcı koşullar sebebiyle öfke ile baş etmede, öfke ruminasyonunu tutunacak bir dal olarak görebildikleri ve hatta bu şekilde kendilerini güçlü hissedebildiklerini düşündürmektedir. Bununla birlikte Simpson ve Papageorgiou (2003) tarafından öfke kontrol sorunları yaşayan 10 katılımcıyla gerçekleştirilen nitel bir çalışmada, katılımcıların çoğunun ruminasyona yönelik olumlu üstbilişsel inançlar taşıdığı ortaya konulmuştur. Bununla birlikte ruminasyonun öfke durumunu düzenleme, sorunlara yönelik içgörü geliştirme ve bireyin öfkesini haklılaştırma çabasında işlevsel bir süreç olarak algılandığını belirtmektedir. Bulgular olumsuz üstbilişsel inançların, ruminasyonun öfke ve saldırganlık düzeylerini artırdığını, buna karşılık olumlu üstbilişsel inançların ruminasyonun bireyin kendini haklı görmesine, öfkeyle başa çıkmasına ve zorlukları daha iyi anlamasına katkı sağladığını öne sürmektedir (Simpson ve Papageorgiou, 2003). Bizim araştırmamızda hem klinik hem de klinik olmayan adli bireylerde olumsuz üstbilişsel inançlar ile öfke ruminasyonu arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğunun bulgulanması Simpson ve Papageorgiou (2003)'ün çalışması ile örtüşmektedir.

Ruminasyonun öfke üzerindeki etkisine ilişkin farklı araştırmalar, ruminasyonun öfke üzerindeki olumsuz etkisini desteklemektedir (Anestis vd., 2009; Garcia-Sancho vd., 2016; Casselli vd., 2017). Cejudo ve diğerlerinin (2017) araştırmasında öfke ruminasyonu öfke içte ve öfke dışta alt boyutu ve kaygı ve depresyon ile pozitif ilişkili, öfke kontrol alt boyutuyla ise negatif ilişkili bulunmuştur. Benzer başka çalışmalarda da öfke ruminasyonunun öfke içte alt boyutu ile ilişkili olduğu ortaya konulmuştur (DiGiuseppe ve Tafrate, 2007; Takebe vd., 2016). Tüm bu araştırmalar bizim araştırmamızdaki hem klinik hem de klinik olmayan adli grupta öfke ruminasyonun öfke içte ve öfke dışta alt boyutu ile pozitif yönde ilişkili olması ile tutarlılık göstermektedir. Bizim araştırmamızda ayrıca bu ilişkinin klinik adli grupta daha güçlü olduğu da ortaya konulmaktadır. Bununla birlikte bizim araştırmamızda öfke ruminasyonunun Cejudo ve diğerlerinin (2017) araştırmasına benzer şekilde depresyon belirtileri ile pozitif yönde ve güçlü bir ilişkiye ayrıca öfke kontrol alt boyutuyla negatif yönde bir ilişkiye sahip olduğu görülmektedir.

Öfke ruminasyonunun bu araştırmada olduğu gibi sürekli öfke ile ilişkili olduğu çeşitli araştırmalarda da görülmüştür (Linden vd., 2003 ve Sukhodolsky vd., 2001). Yüksek sürekli öfkenin sık, yoğun ve uzun sürebilen durumluk öfke ataklarıyla karakterize olduğu dikkate alındığında (Deffenbacher vd., 1996), mevcut bulgular, yüksek sürekli öfkeye sahip bireylerin öfke yaşantılarına yönelik düşünme eğiliminde olduklarını ve bu bilişsel sürecin öfke ataklarının sıklığını, yoğunluğunu ya da süresini etkileyebileceğini göstermektedir (Owen, 2011). Öfke ruminasyonu, durumluk öfke ve sürekli öfke arasındaki doğrudan ilişkiler göz önüne alındığında, öfke ruminasyonu önce durumluk öfkeyi şiddetlendirebileceği ardından durumluk öfkenin, öfke hissini çeşitli durumlarla ilişkilendirerek yüksek sürekli öfkeye katkıda bulunabileceği öne sürülmektedir (Takebe vd., 2016).

5.4. Araştırma Hipotezlerine İlişkin Aracılık Analizi Bulgularının Değerlendirilmesi

Gerek klinik gerekse klinik olmayan adli bireylerde üstbilişlerin durumluk öfke, sürekli öfke ve depresyon belirtileri üzerindeki etkisinin öfke ruminasyonu

aracılığıyla dolaylı olarak gerçekleşip gerçekleşmediğine ilişkin elde edilen sonuçlara göre her iki grupta da öfke ruminasyonun üstbilişler ile durumluk-sürekli öfke ve depresyon belirti düzeyleri ile ilişkisinde aracı rolünün bulunduğu tespit edilmiştir. İlk olarak üstbilişlerin öfke düzeyleri ile ilişkisinde öfke ruminasyonun aracı rolü tartışılacak olup ardından üstbilişlerin depresif belirtiler üzerindeki etkisinde öfke ruminasyonun aracı rolü tartışılacaktır.

Klinik ve klinik olmayan adli grupların her ikisinde üstbilişlerin sürekli öfke ile ilişkisinde kaygı ve depresyon düzeyleri kontrol edildiğinde öfke ruminasyonun anlamlı bir aracı rol üstlendiği bulunmuştur. Bu doğrultuda, H1a ve H2a hipotezi desteklenmiştir. Benzer şekilde her iki grupta da üstbilişlerin durumluk öfke ile ilişkisinde kaygı ve depresyon düzeylerinin etkisi kontrol edildiğinde öfke ruminasyonun anlamlı bir aracı rolü olduğu görülmüştür. Bu bulgu doğrultusunda H1b ve H2b hipotezi kabul edilmiştir. Bununla birlikte aracı analizi sonuçları üstbilişlerin durumluk öfke ve sürekli öfke üzerinde pozitif anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu, üstbilişsel inançları ve öfke ruminasyonu yüksek olan bireylerin hem sürekli öfke hem de durumluk öfke düzeylerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Bu doğrultuda, öfke sorunları yaşayan adli vakaların klinik ya da klinik olmayan grupta yer almalarından bağımsız olarak öfkeye karşı etkili baş etme becerilerinden yoksun olduklarını ve işlevsel olmayan bilişsel yapılar geliştirmelerine bağlı uyumsuz tepki biçimleri sergiledikleri önceki araştırma bulgularıyla (Cartwright-Hatton ve Wells, 1997; Gwilliam vd., 2004) örtüşmektedir.

Yapılan araştırmada üstbilişler ile durumluk ve sürekli öfke arasındaki ilişkiler, öfkeye ilişkin sorunlarda üstbilişsel inançların rolüne dair ilk bulgularla uyumlu olup (Simpson ve Papageorgiou, 2003) bu durum, üstbilişsel teorinin depresif ruminasyonun anlaşılmasında olduğu gibi aşırı öfke ve ruminasyonun açıklanmasında da kullanılabileceğine yönelik çalışmalara katkı sunmaktadır (Papageorgiou ve Wells, 2003). Üstbilişsel kurama göre, bireylerin ruminasyon hakkındaki olumlu üstbilişsel inançları, olumsuz ve müdahaleci düşüncelerle başa çıkmak amacıyla ruminasyon sürecini doğrudan ya da dolaylı biçimde başlatabilir; bu durum öz-düzenlemeyi sağlama çabasıyla ilişkilidir (Wells, 2008). Moulds ve diğerleri (2010) yaptıkları deneysel çalışma ile üstbilişsel inançların ruminasyon olasılığını artırmadaki rolünü doğrulamaktadır. Casseli ve diğerleri (2007) üstbilişsel inançlar ve ruminasyonun,

öfke düzeylerini öngörmeye ileriye dönük belirleyiciler olarak işlev gördüğü ortaya koymuştur. Araştırma bulgularına göre hem ruminasyon hem de düşünceleri kontrol etmenin gerekliliği ve önemine ilişkin üstbilişsel inançlar, öfke düzeylerini anlamlı biçimde yordamaktadır (Casseli vd., 2007).

Bununla birlikte hem klinik hem de klinik olmayan grupta öfke ruminasyonun üstbilişler ve depresyon belirti düzeyleri ile ilişkisinde aracı rolünün bulunduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla H1c ve H2c hipotezleri kabul edilmektedir. Aracı etki hipotezlerinin testine ilişkin bulgular birlikte değerlendirildiğinde üstbilişlerin depresyon belirti düzeyi üzerinde pozitif anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu görülmektedir. Klinik ve klinik olmayan adli gruplar arasında yapılan araştırmada öfkeye yönelik ruminasyonun depresyon belirti düzeylerini artırması; Morrow ve Nolen-Hoeksema (1990)'nın ruminasyonun depresif bireylerde üzgün ruh halini artırdığı veya sürdürdüğünü belirttiği bulgular ile örtüşmektedir. Bununla birlikte ruminasyonun öfke ve saldırgan davranışları artırdığı farklı araştırmalar ile (Bushman vd., 2005; Rusting ve Nolen-Hoeksema, 1998) gösterilmektedir. Bushman ve diğerlerinin (2005) çalışmasında, bireyin bir kışkırtma üzerine yoğun şekilde düşünmesinin (ruminasyonun), bireyin daha sonra maruz kaldığı küçük bir rahatsızlığa karşı saldırgan davranışların artmasına yol açtığını ortaya koymaktadır. Bu bulgulara dayanarak bizim araştırmamızı oluşturan ceza infaz kurumundaki popülasyon dikkate alındığında yoğun öfke problemleri yaşayan bireylerin çoğunlukta olduğu söylenebilir. Bu bireylerin yüksek öfke ruminasyon düzeyine sahip olma riski göz önüne alındığında bunun yalnızca saldırgan davranışlar ve uyum güçlükleri ile değil, aynı zamanda depresif duygulanım, kendine zarar verme davranışları ve hatta intihar riski gibi ciddi sonuçlarla ilişkili olabileceği ileri sürülebilir.

Berkowitz'in (1990) olumsuz duygulanım ile öfke ve saldırganlık arasındaki ilişkiyi açıkladığı bilişsel-neoassociationistic modelinde üzüntü ve depresyon gibi olumsuz duyguların öfkeye ilişkin duygu, düşünce ve saldırgan eğilimlerle çağrışımsal bir bağlantı içerisinde olduğu ileri sürülmektedir. Bu görüşü destekleyen Termine ve Izard (1988) ile Berkowitz'in (1990) bulguları birlikte değerlendirildiğinde, öfke ve üzüntünün duygusal olarak iç içe geçmiş ve birlikte işleyen tepkiler olabileceği anlaşılmaktadır.

KDYİ modeline göre, psikolojik bozuklukların sürdürülmesi, tekrarlayıcı olumsuz düşünme, tehdite odaklı izleme ve düşünce baskılama gibi uyumsuz başa çıkma stratejilerinin seçilmesi ve uygulanması sonucunda gerçekleşir (Wells, 2009). Araştırmamızda elde edilen aracı hipotez test sonuçları, bu modelin hem klinik hem de klinik olmayan adli bireylerde işlevsel olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca, öfkeye ilişkin olumsuz ve olumlu inançların, bireylerin öfkeli ruminasyon gibi uyumsuz zihinsel stratejileri tercih etmelerinde etkili olduğu (Moeller, 2019) ve bunun öfke duygusunun daha uzun süreli ve yoğun şekilde deneyimlenmesine yol açtığı görülmektedir.

Sonuç olarak araştırmamızda öfke ruminasyonun hem üstbilişler ile öfke arasındaki ilişkide hem de üstbilişler ile depresyon belirti düzeyleri arasındaki ilişkide aracı rol oynadığı ortaya konulmuştur. Yani üstbilişleri ve öfke ruminasyonu yüksek olan klinik ve klinik olmayan adli katılımcıların öfke ve depresyon belirti düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgular, öfke ve öfkeye yönelik bilişsel süreçlerin yalnızca saldırgan davranışlarla değil, aynı zamanda depresif belirtilerle de yakından ilişkili olabileceğini göstermektedir.

Literatür incelendiğinde üstbilişler durumluk ve sürekli öfke ve depresyon belirti düzeyleri arasında ikili ilişkileri inceleyen araştırmalar bulunurken adli örneklemelerde öfke üzerine yapılan çok az çalışma olduğu görülmektedir. Bu çalışmalardan biri yetişkin erkek tutuklular ile yapılmıştır. Bu çalışmada saldırgan senaryolar (saldırganlıkla ilişkili olay dizilerini içeren kalıp davranış örüntüler) ruminasyon ve öfkeli ruminasyon arasındaki ilişkileri incelenmiştir. Bunun sonucunda saldırgan senaryo tekrarının, ruminasyon/öfke ruminasyonu ve saldırganlık arasındaki ilişkiye aracılık ettiği ortaya konulmuştur. Bununla birlikte saldırgan senaryo provası ile öfke ruminasyonu ve öfke ruminasyonu ile saldırgan davranış arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (Hosie vd., 2021).

Literatür incelendiğinde klinik ve klinik olmayan adli örneklemde üstbilişler, öfke ruminasyonu ve depresyon belirti düzeylerini tek bir modelde ele alan başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu yönüyle elde edilen bulgular alana özgün bir katkı sunmaktadır. Araştırmada elde edilen bulgular, Wells'in metakognitif kuramı doğrultusunda öfke ruminasyonunun işlevsel olmayan bilişsel süreçlerdeki rolünü

desteklemekte ve bu kuramın adli örneklerdeki geçerliliğini ortaya koymaktadır. Araştırmamızda öne sürülen tüm hipotezlerin istatistiksel olarak desteklenmiş olması, modelin hem kuramsal geçerliliğini hem de örneklem düzeyindeki açıklayıcılığını göstermesi açısından önemli görülmektedir. Bununla birlikte aracı değişken analizlerinin hem klinik hem de klinik olmayan adli gruplarda ayrı ayrı test edilmesi, değişkenler arası ilişkilerin örneklem bağlamında nasıl işlediğine dair daha derinlikli ve karşılaştırmalı bir bakış açısı sağlamaktadır.

Patolojik düzeyde öfke sorunu yaşayan bireyler, öfke duyguları yükselmeden önce bu duyguyu tanımakta çoğu zaman zorlanmaktadır. Bu durum, kışkırtıcı uyaranlara verilen tepkilerin dönüştürülmesi sürecinde, bireylerin bu tepkilere dair sahip oldukları inançların yeniden yapılandırılmasını önemli hâle getirmektedir (Krans vd., 2014). Öfkenin işlevsiz/uyumsuz bilişlerle bağlantılı olduğunu vurgulayan bazı çalışmalar mevcuttur (Owen, 2011; Denson, 2013). Dolayısıyla bireylerin öfkeye ilişkin bilişsel inançlarını yeniden yapılandırmaları ve öfke dışında hissettikleri incinme ya da korku gibi duyguları doğru bir şekilde tanımlayabilmeleri yaşadıkları sorunlara daha sağlıklı yaklaşımlarını sağlayabilir. Öfke durumlarında zihinsel bir strateji olarak ruminasyonun seçilmesinden sorumlu bilişsel yapıların değiştirilmesi öfke müdahalelerinde yardımcı olabilir (Moeller, 2019). Ayrıca bireylerin duygularına yönelik farkındalık kazanmalarının da öfke karşısında daha işlevsel ve çözüm odaklı stratejiler geliştirmelerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Nelson, 1999).

Üstbilişlere yönelik psikoeğitimin, saldırganlığı artıran işlevsel olmayan varsayımların fark edilerek yeniden yapılandırılmasına ve bu varsayımların daha yapıcı inançlarla değiştirilmesine katkı sağlayabilir (Nelson, 1999). Eckhart ve diğerlerinin (1998) yürüttüğü bir çalışma, bireylerin öfkeye ilişkin bilişlerini izlemeye yönelik verilen eğitimin, saldırganlık davranışları üzerinde olumlu etkiler yaratabileceğini göstermiştir. Bu bağlamda, üstbilişsel izleme eğitimi; öfkeye eğilimli bireylerin düşüncelerini daha uygun biçimlerde yeniden tanımlamalarını ve kendi kendine konuşma gibi üstbilişsel kontrol stratejileriyle daha kabul edilebilir tepkiler geliştirmelerini destekleyebilir (Nelson, 1999).

Denson ve diğerlerinin (2012) çalışmasında, öfke uyandıran bir anının hatırlanmasının ardından uygulanan başa çıkma stratejileri incelenmiş; ruminasyonun

öfkenin sürmesine neden olduğu, buna karşılık yoğun öfke sırasında dikkati başka yöne çevirme ve bilişsel yeniden değerlendirmenin öfke düzeyini azalttığı bulunmuştur. Bu bulgular, bilişsel yeniden yapılandırma gibi müdahale tekniklerinin öfke kontrolünde etkili olabileceğini göstermektedir. Özellikle, bu tür tekniklerin bireyin öfkeyi tetikleyen sosyal uyaranlara yönelik alternatif düşünceler geliştirmesini kolaylaştırarak, sosyal ya da kişilerarası ipuçlarını düşmanca yorumlama eğilimini değiştirmesine katkı sağladığı öne sürülmektedir. Bu tür tekniklerin uygulanmasıyla öfke duygusunun ve öfkeye bağlı davranışsal tepkilerin ortaya çıkma olasılığı azaltılabilir (Parrot, 2005). Ceza infaz kurumlarındaki öfke ve uyum sorunlarının yaygın olabileceği dikkate alındığında, öfke kontrolüne yönelik bilişsel müdahalelerin bu ortamlarda işlevsel olabileceği değerlendirilmektedir. Ceza infaz kurumunda bulunan bireylerin büyük bir kısmının ilerleyen süreçte topluma geri döneceği göz önüne alındığında, öfke potansiyelinin yüksek olduğu bu ortamlarda öfkenin sağaltımına yönelik müdahalelerin önemli bir gereksinim olduğu düşünülmektedir.

Öfke ruminasyonunun sürekli öfke ve öfke kontrolü açısından önemli bir risk faktörü olduğu görülmektedir. Bu durum, özellikle klinik ya da adli bağlamda öfke sorunları yaşayan bireylerde, ruminasyonu azaltmaya yönelik müdahalelerin önemini ortaya koymaktadır (Takebe vd., 2016). Öfke ruminasyon düzeyi yüksek bireylerin seçici biçimde tedavi edilmesinin, özellikle klinik tanıya sahip adli vakalar açısından etkili ve önleyici bir strateji olabileceği düşünülmektedir. Öte yandan, dikkat eğitimi ve üstbiliş odaklı terapi gibi müdahale yöntemlerinin, depresyon, üstbilişsel inançlar ve ruminasyonda anlamlı iyileşmeler sağladığı ve bu etkilerin uzun vadede korunduğu gösterilmiştir (Papageorgiou ve Wells, 2000; Wells vd., 2009). Bu bulgular, benzer müdahalelerin öfke ruminasyonunu azaltmada etkili olabileceğini ve üstbiliş temelli yaklaşımların öfke yönetiminde umut vadeden stratejiler sunabileceğini göstermektedir.

Öfkenin çeşitli psikopatolojilerle olan ilişkisinin yanında travma sonrası stres bozukluğunu yordayan değişkenlerden biri olduğu (Dyer vd., 2009, Olatunji vd., 2010) ve travmaya maruz kalmış bireylerin öfke düzeylerinin artarak fiziksel sağlık ve kişilerarası ilişkilerde olumsuz etkilere yol açtığını gösteren araştırmalar (Cankardeş ve Şalcıoğlu, 2021; Lasko vd., 1994, Jakupcak ve Tull 2005, Swan vd., 2005) bulunmaktadır. Travma yaşamış bireylerde öfkenin sıklıkla patolojik düzeye

ulaşabildiği göz önünde bulundurulduğunda, özellikle ceza infaz kurumu gibi yüksek riskli ortamlarda öfkenin bir tarayıcısı olarak travmanın da sistematik olarak değeriendirilmesi ve uygun psikososyal müdahalelerin göz önünde bulundurulmasının önem taşıyacağı düşünölmektedir.

Ceza infaz kurumları, toplumda yeterince müdahale edilemeyen ruhsal hastalıklar için önemli bir halk sağlığı müdahale alanı oluşturmaktadır. Bizim çalışmamızda katılımcıların neredeyse yarısını kişilik bozukluğu, duygudurum bozukluğu, madde kullanım bozukluğu gibi çeşitli ruhsal hastalığa sahip adli bireyler oluşturmaktadır. Bu bireylerin, klinik tanıya sahip olmayan adli bireylere kıyasla üstbilişsel inanç düzeylerinin ve öfke seviyelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, özellikle klinik tanısı olan tutuklu/hükümlöler'in ceza infaz kurumlarında psikolojik destek ve müdahaleye daha fazla ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Ayrıca, ceza infaz kurumundaki bireylerin büyük çoğunluğunun hükümlölüklerini tamamladıktan sonra topluma geri dönecek olması, ceza infaz kurumu temelli ruh sağlığı hizmetlerinin yalnızca bireysel iyilik halini değil, aynı zamanda toplumsal sağlık düzeyini de olumlu yönde etkileyebileceğini ortaya koymaktadır. Bu tür psikiyatrik müdahalelerin, ruhsal rahatsızlığı bulunan bireylerde yeniden suç işleme riskini azaltma potansiyeline sahip olduğu ileri sürölmektedir (Fazel ve Seewald, 2012).

Ceza infaz kurumlarında tutuklu/hükümlöler'in üstbilişsel inançlarının ve öfke ruminasyon düzeylerinin yüksek olma olasılığı, öfkeye bağı davranışsal problemlerin artışı açısından önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır. Şiddetli öfke patlamaları sonucunda bireyin kendine, çevresine ya da diğer hükümlölere zarar verme olasılığı, ceza infaz kurumundaki disiplin süreçlerinin devreye girmesine ve hükümlölünün iyi hal durumlarının etkilenmesine yol açabilmektedir. Ayrıca literatürde de vurgulandığı üzere, artan üstbilişler ve öfke ruminasyonunun depresyon ve kaygı gibi psikiyatrik belirtilerin gelişimine yol açtığından bu psikopatolojilerin ceza infaz kurum ortamlarında intihar riskiyle ilişkili olabileceğı düşünölmektedir. Bu nedenle, bu tür bilişsel süreçlerin özellikle ceza infaz kurumlarında erkenden tespit edilerek zamanında müdahale edilmesine yönelik bütöncöl önleyici uygulamaların hayata geçirilmesi büyük önem arz etmektedir. Araştırmamızda elde edilen bulgular, adli

psikoloji uygulamalarında öfke yönetimi ve müdahale programlarında üstbilişsel farkındalığın ve öfkeye ilişkin düşüncelerin önemine işaret etmektedir.

Bu güçlü yönler rağmen, çalışmamızın bulgularını genelleştirmeden önce dikkate alınması gereken birkaç sınırlama bulunmaktadır. İlk olarak, kullandığımız kesitsel tasarım nedeniyle bulgulara ilişkin nedensellik atfetmek mümkün değildir. Bir başka sınırlama, katılımcılardan isim ya da ceza infaz kurumunda kaldıkları koğuş bilgisi istenmemiş olsa da toplanan verilerin öz bildirimli olması ve bu nedenle yanıtların öznel veya önyargılı olma potansiyelidir. Son bir sınırlılık ise çalışmada tanılarüstü yaklaşım benimsendiği ve ayrıca kısıtlı sayıda karma klinik örnekleme ulaşılabilirdiği için araştırma değişkenlerinin psikopatolojilere özgü bulguları bu araştırmada yeterince sunulamamış olunmasıdır. Gelecekteki çalışmalarda daha dengeli klinik gruplar ve daha fazla katılımcı sayısı ile aynı bulguların tekrarlanması ve psikopatolojilere özgü sonuçlarının ortaya konulmasının literatüre ve alandaki uygulamacılara zenginlik katacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte üstbilişlere ilişkin ölçüm için kullanılan ÜBÖ-30 esas olarak CAS'ın bir biçimi olarak endişeye odaklanmıştır ve öfke ruminasyonu hakkındaki meta-bilişsel inançları doğrudan değerlendirmemiştir. Gelecekteki çalışmalar, meta-bilişsel öfke işlemeyi değerlendirmek için geliştirilen yeni ölçümlerin güvenilirlik ve geçerlilik çalışmalarının ardından bu kullanımdan faydalanabilir (Moeller, 2016).

Tüm sınırlamalara rağmen, bu araştırmanın bulguları, üstbilişsel inançların hem yüksek düzeyde öfke hem de artmış öfke ruminasyonu ile anlamlı biçimde ilişkili olduğunu ortaya koyarak, duygusal bozuklukların bilişsel süreçlerle açıklanmasında KDYİ modelinin geçerliliğini desteklemektedir. Araştırmamızda, klinik ve klinik olmayan adli bireylerde üstbilişsel inançlar ile öfke ve depresif belirtiler arasındaki ilişkide öfke ruminasyonunun aracı rolü doğrulanmış; bu da söz konusu modelin hem klinik hem de klinik olmayan adli popülasyonlar açısından açıklayıcı gücünü ortaya koymuştur. Bu yönüyle çalışmamız, metakognitif modelin adli örneklem özelinde test edildiği çok az çalışmadan biri olup, literatüre anlamlı bir katkı sunmaktadır. Ceza infaz kurumlarındaki adli bireylerin sıklıkla yoğun öfke, yetersiz baş etme stratejileri ve psikopatolojik belirtilerle mücadele ettiği dikkate alındığında, bu bireylerde üstbilişsel süreçleri hedef alan müdahalelerin geliştirilmesi, yalnızca bireysel ruh sağlığı açısından değil; aynı zamanda kriminal davranışların önlenmesi açısından

önemli sonuçlar doğurabilir. Özellikle öfke kontrol problemlerinin şiddet ve suça evrilme potansiyeli göz önünde bulundurulduğunda, üstbilişlerin ve şiddetli öfkenin erken dönemde değerlendirilmesi ve müdahale edilmesi, riskin azaltılması açısından kritik bir rol oynayabilir. Bu bağlamda, ilerleyen çalışmalarda metakognitif terapinin öfke ve saldırganlık ile kullanımı daha fazla araştırılmalı ve uygulamaya yönelik protokoller geliştirilmelidir.



KAYNAKÇA

- Abela, J. R., Payne, A. V., ve Moussaly, N. (2003). Cognitive vulnerability to depression in individuals with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 17(4), 319-329 [10.1521/pedi.17.4.319.23968](https://doi.org/10.1521/pedi.17.4.319.23968)
- Anestis, M. A., Anestis, J. C., Selby, E. A., ve Joiner, T. E. (2009). Anger rumination across forms of aggression. *Personality and Individual Differences*, 46, 192-196.
- Alemayehu, F., Ambaw, F., ve Gutema, H. (2019). Depression and associated factors among prisoners in Bahir Dar Prison, Ethiopia. *BMC Psychiatry*, 19, Article 88.
- Andreoli, S. B., Dos Santos, M. M., Quintana, M. I., Ribeiro, W. S., Blay, S. L., Taborda, J. G., ve de Jesus Mari, J. (2014). Prevalence of mental disorders among prisoners in the state of Sao Paulo, Brazil. *PLoS ONE*, 9, e88836.
- Barbour, K. A., Eckhardt, C. I., Davison, G. C., ve Kassinove, H. (1998). The experience and expression of anger in maritally discordant-nonviolent men. *Behavior Therapy*, 29, 173–191.
- Baer, R. A., ve Sauer, S. E. (2011). Relationships between depressive rumination, anger rumination, and borderline personality features. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(2), 142–150. [10.1037/a0019478](https://doi.org/10.1037/a0019478)
- Batmaz, S. (2014). The conceptual foundations of metacognitive therapy. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 3(1), 11–17.
- Bedaso, A., Kediyo, G., ve Yeneabat, T. (2018). Factors associated with depression among prisoners in southern Ethiopia: A cross-sectional study. *BMC Research Notes*, 11, Article 637.
- Bermudez, M. B., Nunes, D. R. P., Trentini, C. M., ve Izbicki, R. (2016). Prevalence and factors associated with depression in the elderly inmates. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19(4), 750–761.

- Berkowitz, L. (1990). On the formation and regulation of anger and aggression. *American Psychologist*, 45, 494–503.
- Beshai, S., Dobson, K. S., Bockting, C. L., ve Quigley, L. (2011). Relapse and recurrence prevention in depression: Current research and future prospects. *Clinical Psychology Review*, 31(8), 1349–1360.
- Binswanger, I. A., Merrill, J. O., Krueger, P. M., White, M. C., Booth, R. E., ve Elmore, J. G. (2010). Gender differences in chronic medical, psychiatric, and substance-dependence disorders among jail inmates. *American Journal of Public Health*, 100(3), 476–482.
- Blitstein, J. L., Murray, D. M., Lytle, L. A., Birnbaum, A. S., ve Perry, C. L. (2005). Predictors of violent behavior in an early adolescent cohort: Similarities and differences across genders. *Health Education and Behavior*, 32(2), 175–194.
- Brody, C. L., Haaga, D. A., Kirk, L., ve Solomon, A. (1999). Experiences of anger in people who have recovered from depression and never-depressed people. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(7), 400–405.
- Bushman, B. J. (2002). Does venting anger feed or extinguish the flame? Catharsis, rumination, distraction, anger, and aggressive responding. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(6), 724–731.
- Bushman, B. J., Bonacci, A. M., Pedersen, W. C., Vasquez, E. A., ve Miller, N. (2005). Chewing on it can chew you up: Effects of rumination on triggered displaced aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 969–983.
- Cankardaş, S., ve Şalcıoğlu, E. (2021). Travma deneyimlemiş bir örneklemede Durumluk Öfke Ölçeğinin Türkçe uyarlama çalışması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(Ek 1), 375–387.
- Cano-Lopez, J. B., Salguero, J. M., García-Sancho, E., vd., (2020). Testing the metacognitive model of rumination and depression in non-clinical population: New data about PBRS and NBRS scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*.

- Caselli, G., Offredi, A., Martino, F., Varalli, D., Ruggiero, G. M., Sassaroli, S., ... ve Wells, A. (2017). Metacognitive beliefs and rumination as predictors of anger: A prospective study. *Aggressive Behavior*, 43(5), 421-429.
- Cautin, R. L., Overholser, J. C., ve Goetz, P. (2001). Assessment of mode of anger expression in adolescent psychiatric inpatients. *Adolescence*, 36(141), 163.
- Cohen, D. J., Eckhardt, C. I., ve Schagat, K. D. (1998). Attention allocation and habituation to anger-related stimuli during a visual search task. *Aggressive Behavior*, 24(6), 399-409.
- Cullari, S. (1994). Levels of anger in psychiatric inpatients and normal subjects. *Psychological Reports*, 75, 1163-1168.
- De-Moja, C. A., ve Spielberger, C. (1997). Anger and drug addiction. *Psychological Reports*, 81, 152-154.
- Denson, T. F., Moulds, M. L., ve Grisham, J. (2012). The effects of analytical rumination, reappraisal, and distraction on anger experience. *Behavior Therapy*, 43, 355-364.
- Denson, T. F. (2013). The multiple systems model of angry rumination. *Personality and Social Psychology Review*, 17(2), 103-123.
- Denson, T. F., Pedersen, W. C., Frieze, M., Hahm, A., ve Roberts, L. (2011). Understanding impulsive aggression: Angry rumination and reduced self-control capacity are mechanisms underlying the provocation-aggression relationship. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37, 830-862.
- Denson, T. F., White, A. J., ve Warburton, W. A. (2009). Trait displaced aggression and psychopathy differentially moderate the effects of acute alcohol intoxication and rumination on triggered displaced aggression. *Journal of Research in Personality*, 43, 673-681.
- Deffenbacher, J. L., Oetting, E. R., Thwaites, G. A., Lynch, R. S., Baker, D. A., Stark, R. S., ... ve Eiswerth-Cox, L. (1996). State-trait anger theory and the utility of the trait anger scale. *Journal of Counseling Psychology*, 43(2), 131.

- DiGiuseppe, R., ve Tafrate, R. C. (2007). *Understanding anger disorders*. Oxford University Press.
- Diong, S. M., ve Bishop, G. D. (1999). Anger expression, coping styles, and well-being. *Journal of Health Psychology*, 4(1), 81–96.
- Diong, S. M., Bishop, G. D., Enkelmann, H. C., Tong, E. M. W., Why, Y. P., Ang, J. C. H., ve Khader, M. (2005). Anger, stress, coping, social support and health: Modelling the relationships. *Psychology and Health*, 20, 467–495.
- Dobson, K. S., ve Craig, K. D. (1996). *Advances in cognitive-behavioral therapy*. Sage Publications.
- Dyer, K. W., Dorahy, M. J., Hamilton, G., Corry, M., Shannon, M., MacSherry, A., vd., (2009). Anger, aggression, and self-harm in PTSD and Complex-PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 1099–1114.
- Eckhardt, C. I., ve Cohen, D. J. (1997). Attention to anger-relevant and irrelevant stimuli following naturalistic insult. *Personality and Individual Differences*, 23(4), 619–629.
- Erdem, M., Celik, C., Yetkin, S., ve Ozgen, F. (2008). Anger level and anger expression in generalized anxiety disorder. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 9, 203–207.
- Etzler, S. L., Rohrmann, S., ve Brandt, H. (2014). Validation of the STAXI-2: A study with prison inmates. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 56(2), 178–194.
- Fava, M., Anderson, K., ve Rosenbaum, J. F. (1990). Anger attacks: Possible variations of panic and major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 867-870.
- Ford, B. D. (1991). Anger and irrational beliefs in violent inmates. *Personality and Individual Differences*, 12, 211–215.

- Fava, M., Anderson, K., ve Rosenbaum, J. F. (1990). Anger attacks: Possible variants of panic in major depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 867–870.
- Furnham, A., Ritchie, W., ve Lay, A. (2016). Beliefs about the causes and cures of depression. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(5), 415-424.
- García-Sancho, E., Salguero, J. M., Vasquez, E. A., ve Fernández-Berrocal, P. (2016). Validity and reliability of the Spanish version of the Displaced Aggression Questionnaire. *Psicothema*, 28, 96-101.
- Georgiou, C., ve Wells, A. (Ed.). (2004). Nature, functions, and beliefs about depressive rumination. *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment*. John Wiley ve Sons.
- Gilbert, P., Gilbert, J., ve Irons, C. (2004). Life events, entrapments and arrested anger in depression. *Journal of Affective Disorders*, 79(1–3), 149–160.
- Gould, R. A., Ball, S., Kaspi, S. P., Otto, M. W., Pollack, M. H., Shekhar, A., ve Fava, M. (1996). Prevalence and correlates of anger attacks: A two-site study. *Journal of Affective Disorders*, 39(1), 31–38.
- Gönül, A. S. (2012). Depresyon tedavisinde yeni bakış açıları. *Journal of Mood Disorders*, 2(5), 159–165.
- Güleç, M. Y., Güleç, H., Şimşek, G., Turhan, M., ve Sünbül, E. A. (2012). Psychometric properties of the Turkish version of the patient health questionnaire–somatic, anxiety, and depressive symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 623-629.
- Güleç, H., Sayar, K., ve Özkorumak, E. (2005). Depresyonda bedensel belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(2), 90–96.
- Hanten, G., Dennis, M., Zhang, L., Barnes, M., Roberson, G., Archibald, J., Song, J., ve Levin, H. S. (2004). Childhood head injury and metacognitive processes in language and memory. *Developmental Neuropsychology*, 25(1–2), 85–106.

- Hazaleus, S. L., ve Deffenbacher, J. L. (1986). Relaxation and cognitive treatments of anger. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 222–226.
- Hisli Şahin, N., Durak Batıgün, A., ve Koç, V. (2011). Kişilerarası tarz, kendilik algısı, öfke ve depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(2), 89–98.
- Hillbrand, M. (1995). Aggression against self and aggression against others in violent psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), 668–671.
- Hillbrand, M., Krystal, J. H., Sharpe, K. S., ve Foster, H. G. (1994). Clinical predictors of self-mutilation in hospitalized forensic patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(1), 9–13.
- Hosie, J., Simpson, K., Dunne, A., ve Daffern, M. (2022). A study of the relationships between rumination, anger rumination, aggressive script rehearsal, and aggressive behavior in a sample of incarcerated adult males. *Journal of Clinical Psychology*, 78(9), 1925–1939.
- Ito, T., ve Agari, I. (2002). A prospective study of the relationship between negative rumination and a depressive state. *Japanese Journal of Counseling Science*, 35, 40–46.
- James, W. (1890). *The principles of psychology*, 2, Henry Holt and Company.
- J., Papageorgiou, C., Gerber, R. D., Huibers, M., Peeters, F., ve Arntz, A. (2007). On the links between self-discrepancies, rumination, metacognitions, and symptoms of depression in undergraduates. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1295–1305.
- Jakupcak, M., ve Tull, M. T. (2005). Effects of trauma exposure on anger, aggression, and violence in a nonclinical sample of men. *Violence and Victims*, 20, 589–598.
- Kara, N., Sarıgedik, E., ve Ataoğlu, A. (2023). The role of metacognition in the emergence of anger and aggression in patients with alcohol use disorder. *Konuralp Medical Journal*, 15(1), 24–33.

- Kassinove, H., ve Sukhodolsky, D. G. (1995). Anger disorders: Basic science and practice issues. In H. Kassinove (Ed.). *Anger Disorders: Definition, diagnosis, and treatment* (s. 1–26). Taylor ve Francis.
- Kastos, D., Dousis, E., Zartaloudi, A., Pavlatou, N., Kalogianni, A., Toulia, G., ... ve Polikandrioti, M. (2022). Depression in male inmates. *Clinics and practice*, 13(1), 1-13.
- Koh, K. B., Kim, C. H., ve Park, J. K. (2002). Predominance of anger in depressive disorders compared with anxiety disorders and somatoform disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 486–492.
- Koriat, A. (1998). Illusions of knowing: The link between knowledge and metaknowledge. In D. J. Hacker, J. Dunlosky, ve A. C. Graesser (Eds.), *Metacognition: Cognitive and social dimensions* (pp. 16–34). Lawrence Erlbaum Associates.
- Kubota, R., Nixon, R. D., ve Chen, J. (2015). Trauma-related rumination mediates the effect of naturally occurring depressive symptoms but not momentary low mood on trauma intrusions. *Australian Journal of Psychology*, 67(2), 75-86.
- Küey, L. (1998). Birinci basamakta depresyon: Tanıma, ele alma, yönlendirme. *Psikiyatri Dünyası*, 1, 5-12.
- Krans, J., Moulds, M. L., Grisham, J. R., Lang, T. J., ve Denson, T. F. (2014). Evaluating the effect of metacognitive beliefs about angry rumination on anger with cognitive bias modification. *Journal of Experimental Psychopathology*, 5, 259–271.
- Kroner, D. G., ve Reddon, J. R. (1995). Anger and psychopathology in prison inmates. *Personality and Individual Differences*, 18, 783–788.
- Lasko, N. B., Gurvits, T. V., Kuhne, A. A., Orr, S. P., ve Pitman, R. K. (1994). Aggression and its correlates in Vietnam veterans with and without chronic posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 373–381.

- Lazarus, R. S. (1991). Cognition and motivation in emotion. *American Psychologist*, 46, 352–367.
- Leibsohn, M. T., Oetting, E. R., ve Deffenbacher, J. L. (1994). Effects of trait anger on alcohol consumption and consequences. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 3, 17-32.
- Lievaart, M., Franken, I. H., ve Hovens, J. E. (2016). Anger assessment in clinical and nonclinical populations: Further validation of the State–Trait Anger Expression Inventory-2. *Journal of Clinical Psychology*, 72(3), 263-278.
- Linden, W., Hogan, B. E., Rutledge, T., Chawla, A., Lenz, J. W., ve Leung, D. (2003). There is more to anger coping than “in” or “out”. *Emotion*, 3, 12–29.
- Lindqvist, J. K., Dåderman, A. M., ve Hellström, Å. (2005). Internal reliability and construct validity of the Novaco Anger Scale-1998-S in a sample of violent prison inmates in Sweden. *Psychology, Crime and Law*, 11(2), 223–237.
<https://doi.org/10.1080/10683160500036863>
- Luca, M. (2019). Maladaptive rumination as a transdiagnostic mediator of vulnerability and outcome in psychopathology. *Journal of Clinical Medicine*, 8(3), 314.
- Martín, J., Padierna, A., Unzueta, A., González, N., Berjano, B., ve Quintana, J. M. (2014). Adaptation and validation of the metacognition questionnaire (MCQ-30) in Spanish clinical and nonclinical samples. *Journal of Affective Disorders*, 167, 228-234.
- Martin, L. L., ve Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. In R. S. Wyer Jr. (Ed.). *Ruminative thoughts* (s. 1–47). Lawrence Erlbaum Associates.
- Martino, F., Caselli, G., Berardi, D., Fiore, F., Marino, E., Menchetti, M., ... ve Sassaroli, S. (2015). Anger rumination and aggressive behaviour in borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 9(4), 277-287.
- Martin, L. L., ve Tesser, A. (Eds.). (1996). *Striving and feeling: Interactions among goals, affect, and self-regulation*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- McDermut, W., Fuller, J. R., DiGiuseppe, R., Chelminski, I., ve Zimmerman, M. (2009). Trait anger and Axis I comorbidity: Implications for rational emotive behavior therapy. *Journal of Rational Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 27, 79–82.
- Moeller, S. B. (2016). The metacognitive anger processing (MAP) scale: Preliminary testing. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44, 504–509.
- Moeller, S. B., ve Bech, P. (2019). The Metacognitive Anger Processing (MAP) Scale–validation in a mixed clinical and a forensic in-patient sample. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(1), 67-80.
- Moulds, M. L., Yapp, C. S. L., Kerr, E., Williams, A. D., ve Kandris, E. (2010). Metacognitive beliefs increase vulnerability to rumination. *Applied Cognitive Psychology*, 24, 351-364.
- Morrow, J., ve Nolen-Hoeksema, S. (1990). Effects of responses to depression on the remediation of depressive affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 519–527.
- Moscovitch, D. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., Rocca, L., ve Swinson, R. P. (2008). Anger experience and expression across the anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 25(2), 107–113. <https://doi.org/10.1002/da.20279>
- Nolan, S. A., Roberts, J. E., ve Gotlib, I. H. (1998). Neuroticism and ruminative response style as predictors of change in depressive symptomatology. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 445–455.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504–511.
- Novaco, R. W. (2010). Anger and psychopathology. In R. W. Novaco ve J. A. Siegel (Ed.). *International handbook of anger: Constituent and concomitant biological, psychological, and social processes* (s. 465-497). Springer.

- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 504–511.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., ve Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 20–28.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., ve Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*.
- Novaco, R. W. (1976). The functions and regulation of the arousal of anger. *American Journal of Psychiatry, 133*(10), 1124–1128.
- Olatunji, B. O., Ciesielski, B. G., ve Tolin, D. F. (2010). Fear and loathing: A meta-analytic review of the specificity of anger in PTSD. *Behavior Therapy, 41*, 93–105.
- Orth, U., ve Wieland, E. (2006). Anger, hostility, and posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(4), 698–706.
- Ortony, A., Clore, G. L., ve Collins, A. (1988). *The cognitive structure of emotions*. Cambridge University Press.
- Parrott, D. J., ve Zeichner, A. (2002). Effects of alcohol and trait anger on physical aggression. *Journal of Studies on Alcohol, 63*, 196–204.
- Parrott, D. J., Zeichner, A., ve Evces, M. (2005). Effect of trait anger on cognitive processing of emotional stimuli. *The Journal of General Psychology, 132*, 67–80.
- Papageorgiou, C., ve Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research, 27*, 261–273.
- Papageorgiou, C., ve Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice, 8*(2), 160–164.

- Papageorgiou, C., ve Wells, A. (2000). Treatment of recurrent major depression with attention training. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 407–413.
- Peled, M., ve Moretti, M. M. (2010). Ruminating on rumination: Are rumination on anger and sadness differentially related to aggression and depressed mood? *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 108–117.
- Pennebaker, J. W., Mehl, M. R., ve Niederhoffer, K. G. (2003). Psychological aspects of natural language use: Our words, our selves. *Annual Review of Psychology*, 54, 547–577.
- Pinese, C. S., Furegato, A. R., ve Santos, J. L. (2010). Demographic and clinical predictors of depressive symptoms among incarcerated women. *Annals of General Psychiatry*, 9(1), 34.
- Raes, F., Hermans, D., ve Eelen, P. (2003). The Dutch version of the Ruminative Response Scale (RRS-NL) and the Rumination on Sadness Scale (RSS-NL). *Gedragstherapie*, 36, 97–104.
- Ray, R. D., Wilhelm, F. H., ve Gross, J. J. (2008). All in the mind's eye? Anger rumination and reappraisal. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(1), 133–145.
- Reeve, R. A., ve Brown, A. L. (1985). Metacognition reconsidered: Implications for intervention research. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13(3), 343–356.
- Riley, W. T., Treiber, F. A., ve Woods, M. G. (1989). Anger and hostility in depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 668–674.
- Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F., vd., (2010). Positive and negative beliefs about depressive rumination: A psychometric evaluation of two self-report scales and a test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 196–205.
- Rusting, C. L., ve Nolen-Hoeksema, S. (1998). Regulating responses to anger: Effects of rumination and distraction on angry mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(3), 790–803.

- Sakinelliadis, E. I., Papadodima, S. A., Sergeantanis, T. N., Giotakos, O., ve Spiliopoulou, C. A. (2010). Self-injurious behavior among Greek male prisoners: Prevalence and risk factors. *European Psychiatry*, 25, 151–158.
- Salguero, J. M., García-Sancho, E., Ramos-Cejudo, J., ve Kannis-Dymand, L. (2020). Individual differences in anger and displaced aggression: The role of metacognitive beliefs and anger rumination. *Aggressive behavior*, 46(2), 162-169
- Santos, M. M. D., Barros, C. R. D. S., ve Andreoli, S. B. (2019). Correlated factors of depression among male and female inmates. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 22.
- Sarin, S., Abela, J. R. Z., ve Auerbach, R. P. (2005). The response styles theory of depression: A test of specificity and causal mediation. *Cognition ve Emotion*, 19, 751–761.
- Schraw, G., ve Dennison, R. S. (1994). Assessing metacognitive awareness. *Contemporary Educational Psychology*, 19(4), 460–475.
- Scherer, K. R., Schorr, A., ve Johnstone, T. (Ed.). (2001). *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research*. Oxford University Press.
- Seegerstrom, S. C., Tsao, J. C. I., Alden, L. E., ve Craske, M. G. (2000). Worry and rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 671–688.
- Selby, E. A., ve Joiner, T. E., Jr. (2009). Cascades of emotion: The emergence of borderline personality disorder from emotional and behavioral dysregulation. *Review of General Psychology*, 13(3), 219.
- Selby, E. A., ve Joiner, T. E., Jr. (2013). Emotional cascades as prospective predictors of dysregulated behaviors in borderline personality disorder. *Personality Disorders*, 4(2), 168–174.

- Selby, E. A., Anestis, M. D., ve Joiner, T. E. (2008). Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: Emotional cascades. *Behaviour Research and Therapy*, 46(5), 593–611.
- Simpson, C., ve Papageorgiou, C. (2003). Metacognitive beliefs about rumination in anger. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 91–94.
- Spielberger, C. D., ve Sydeman, S. J. (1994). State-Trait Anger Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory. In M. E. Maurish (Ed.). *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (s. 300–321). Lawrence Erlbaum Associates.
- Spielberger, C. D. (1988). Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory. *Psychological Assessment Resources*.
- Spielberger, C. D., Krasner, S., ve Solomon, E. (1988). The experience, expression, and control of anger. In M. P. Janisse (Ed.). *Health psychology: Individual differences and stress* (s. 89-108). Springer Verlag.
- Spielberger, C. D., Reheiser, E. C., ve Sydeman, S. J. (1995). Measuring the experience, expression, and control of anger. In H. Kassonove (Ed.). *Anger disorders: Definition, diagnosis, and treatment* (s. 49–68). Taylor ve Francis.
- Spielberger, C. D., Jacobs, G., Russell, S. F., ve Crane, R. S. (1983). Assessment of anger: The state-trait anger scale. In J. N. Butcher ve C. D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment*. Erlbaum.
- Strickland, B. R. (Ed.). (2001). *The Gale encyclopedia of psychology*, 2 (p. 35). Gale Group.
- Sukhodolsky, D. G., Golub, A., ve Cromwell, E. N. (2001). Development and validation of the anger rumination scale. *Personality and Individual Differences*, 31, 689–700.
- Sun, X., Zhu, C., ve So, S. H. W. (2017). Dysfunctional metacognition across psychopathologies: A meta-analytic review. *European Psychiatry*, 45, 139-153.

- Soykan, Ç. (2003). Öfke ve öfke yönetimi. *Kriz Dergisi*, 11(2), 1–9.
- Spasojevic, J., ve Alloy, L. B. (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk to depression. *Emotion*, 1, 25–37.
- Sun, X., Zhu, C., ve So, S. H. W. (2017). Dysfunctional metacognition across psychopathologies: A meta-analytic review. *European Psychiatry*, 45, 139–153.
- Swogger, M. T., Walsh, Z., Homaifar, B. Y., Caine, E. D., ve Conner, K. R. (2012). Predicting self- and other-directed violence among discharged psychiatric patients: The roles of anger and psychopathic traits. *Psychological Medicine*, 42, 371–379.
- Swan, S. C., Gambone, L. J., Fields, A. M., Sullivan, T. P., ve Snow, D. L. (2005). Women who use violence in intimate relationships: The role of anger, victimization, and symptoms of posttraumatic stress and depression. *Violence and Victims*, 20, 267–285.
- Şahin, P. N. H., Batıgün, P. A. D., ve Koç, P. V. (2011). Kişilerarası tarz, kendilik algısı, öfke ve depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21, 1–10.
- Şeker, F.D. (2021). *Madde kullanımı olan hükümlülerin saldırganlık düzeyleri ve öfke ifade tarzlarının incelenmesi* [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. Ege Üniversitesi.
- Takebe, M., Takahashi, F., ve Sato, H. (2016). Anger rumination as a risk factor for trait anger and anger-in: A longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 101, 451–455.
- Termine, N. T., ve Izard, C. E. (1988). Infants' responses to their mothers' expressions of joy and sadness. *Developmental Psychology*, 24, 223–229.
- Tosun, A., ve Irak, M. (2008). Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe uyarlaması, geçerliği, güvenirliği, kaygı ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 67–80.

- Tolunay, T. (2015). *Madde kullanım öyküsü olan mahkumlarda aleksitimi ve öfke ifade tarzlarının psikiyatrik komorbidite ile ilişkisinin incelenmesi* [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. Ege Üniversitesi.
- Törestad, B. (1990). What is anger provoking? A psychophysical study of perceived causes of anger. *Aggressive Behavior*, 16, 9–26.
- Van Praag, H. M. (1998). Anxiety and increased aggression as pacemakers of depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 81-88.
- Verona, E. (2005). Moderating effects of rumination and gender on context-specific aggression. *Aggressive Behavior*, 31, 420–436.
- Visinet, A., Soumet-Leman, C., Baptista, A., Bungener, C., ve Jouvent, R. (2017). Approche psychométrique de la métacognition: étude pilote en population clinique. *L'Encéphale*, 43(2), 120-127.
- Yi, Y., Turney, K., ve Wildeman, C. (2017). Mental health among jail and prison inmates. *American Journal of Men's Health*, 11(4), 900-909.
- Wang, C. (2022). Subtypes, causes and treatment of depression. *BCP Social Sciences and Humanities*, 20, 247-255.
- Wanke, M., ve Schmid, J. (1996). Rumination: When all else fails. In R. S. Wyer, Jr. (Ed.). *Ruminative thoughts, Advances in social cognition* (s. 177-187). Lawrence Erlbaum.
- Watkins, E. (2004). Appraisals and strategies associated with rumination and worry. *Personality and Individual Differences*, 37, 679–694.
- Watkins, E., ve Moulds, M. L. (2005). Positive beliefs about rumination in depression a replication and extension. *Personality and Individual Differences*, 39, 73-82.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Wiley.
- Wells, A., ve Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11-12), 881-888.

- Wells, A. (2019). Breaking the cybernetic code: Understanding and treating the human metacognitive control system to enhance mental health. *Frontiers in Psychology, 10*, 2621.
- Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press.
- Wells, A. (2013). Advances in metacognitive therapy. *International Journal of Cognitive Therapy, 6*(2), 186–201.
- Wells, A., Capobianco, L., Matthews, G., ve Nordahl, H. M. (2020). Metacognitive therapy: Science and practice of a paradigm. *Frontiers in Psychology, 11*, Article 2326.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*(3), 301–320.
- Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 6*(2), 86–95.
- Wells, A., ve Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy, 42*(4), 385–396.
- Wells, A., ve Purdon, C. (1999). Metacognition and cognitive-behaviour therapy: A special issue. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 6*(2), 71–72.
- Welu, S. G., Aregawi, D. H., Gebreslassie, H. T., ve Kidanu, K. G. (2021). Prevalence and associated factors of depressive disorder among prisoners in Mekelle General Prison Center, Tigray, Ethiopia: A cross-sectional study design. *Depression Research and Treatment, 2021*.
- White, B. A., ve Turner, K. A. (2014). Anger rumination and effortful control: Mediation effects on reactive but not proactive aggression. *Personality and Individual Differences, 56*, 186-189.

EKLER

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU LÜTFEN BU DOKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi “Beyza Nur Atagün” tarafından yürütülen “Üstbilişlerin Tanımlararası ve Psikopatolojilere Özgü Rolü” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz.

Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına da sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlayanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek kişisel bilgiler tamamen gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacı ile kullanılacaktır.

ÇALIŞMANIN AMACI:

Bu araştırmanın amacı, yetişkin bireylerde öfke eğilimini etkileyen psikolojik faktörleri incelemektir.

İŞLEM:

Araştırmada sizden tahminen 20-25 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen formları eksiksiz ve tamamen sizi yansıtacak şekilde doldurmanızdır. Verilen ölçek bataryası kağıt kalem testi şeklinde doldurulacak bunun dışında başka bir işlem uygulanmayacaktır.

GİZLİLİK:

Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak, kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Araştırmada kimliği tanımlayıcı hiçbir kişisel bilgi alınmayacaktır. Araştırmada katılımcılardan alınacak sağlık kayıt bilgileri analizler sırasında topluca değerlendirilecek olup kişisel bilgiler kayıtlı tutulmayacaktır.

KATILIM AYRILMA:

Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz.

ÇALIŞMAYA KATILIM ONAYI:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım.

Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama araştırmacı tarafından yapıldı.

Çalışma ile ilgili soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.

Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya **kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.**

Sosyodemografik Bilgi Formu

1. Kaç yaşındasınız.?.
2. Cinsiyetiniz?
☐ Kadın ☐ Erkek ☐ Diğer
3. En son tamamladığınız eğitim düzeyi nedir?
☐ İlkokul altı ☐ İkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Yüksek Okul ☐ Lisans ☐ Lisans üstü
4. Medeni Durumunuz Nedir?
☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış/Dul ☐ Diğer:
5. Çocuğunuz var mı?
☐ Hayır ☐ Evet (Kaç tane olduğunu belirtiniz :.....)
6. Tutuklu hükümlü olmadan önce ne iş yapıyordunuz?
☐ Çalışmıyordum ☐ Serbest meslek ☐ İşçi ☐ Memur ☐ Diğer (Belirtiniz:)
7. Şu an hangi statüdesiniz?
☐ Tutuklu ☐ Hükümlü
8. Eğer hükümlüyseniz aldığınız ceza süresi ne kadardır?
☐ 1-5 yıl ☐ 5-10 yıl ☐ 10-15 yıl ☐ 15-20 yıl ☐ 20 yıl ve daha üstü
9. Şu ana kadar cezaevinde ne kadar süre geçirdiniz?
☐ 0-6 ay ☐ 6 ay- 1 yıl ☐ 1 yıl- 5 yıl ☐ 5 yıl-10 yıl ☐ 10 yıl ve daha üstü
10. Aileniz ya da yakınlarınızla ne sıklıkta görüşüyorsunuz?
☐ Hiç ☐ Haftada 1 veya daha fazla ☐ Ayda 1 veya daha az ☐ Diğer
11. Daha önce veya şu anda size konmuş psikiyatrik bir tanı (depresyon, bipolar bozukluk, kaygı bozukluğu, uyum bozukluğu vs.) var mı?
☐ Hayır ☐ Evet (Hangisi olduğunu belirtiniz (.....))
12. Bu tanı sebebiyle şu anda veya geçmişte psikiyatrik bir tedavi aldınız mı?
☐ Evet şu anda alıyorum ☐ Hayır almadım ☐ Evet geçmişte aldım
13. Hayatınızın herhangi bir döneminde alkol veya uyuşturucu kullandınız mı?
☐ Hayır ☐ Evet geçmişte kullandım
14. Daha önce hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?
☐ Hayır ☐ Evet (Kaç kez olduğunu belirtiniz:)
15. Son zamanlarda intihara ilişkin fikir ya da planınız oluyor mu?
☐ Evet ☐ Hayır

ÖLÇEK FORMLARI

ÜSTBİLİŞLER ÖLÇEĞİ-30

Bu anket insanların kendi düşünceleri hakkında sahip oldukları inançları ile ilgilidir.

Aşağıda, insanların ifade ettikleri bazı inançlar listelenmiştir. Lütfen her maddeyi okuyunuz ve bu ifadeye genellikle ne kadar katıldığınızı uygun numarayı daire içine alarak belirtiniz.

Lütfen tüm maddelere cevap veriniz, doğru ya da yanlış cevap yoktur.

		Katıl mıyo rum	Biraz katılıyo rum	Oldukça katılıyor um	Tamamen katılıyor m
1.	Endişelenmek gelecekte olabilecek sorunları engellememe yardımcı olur	1	2	3	4
2.	Endişelerim benim için tehlikelidir	1	2	3	4
3.	Düşüncelerim hakkında çok düşünürüm	1	2	3	4
4.	Endişelenerek kendi kendimi hasta edebilirim	1	2	3	4
5.	Bir sorun üzerinde düşündüğüm esnada, zihnimin nasıl çalıştığının farkında olurum	1	2	3	4
6.	Endişe verici bir düşünceyi kontrol altına almazsam ve sonra bu düşüncem gerçekleşirse, bu benim hatam olur	1	2	3	4
7.	Planlı kalabilmek için endişelenmem gerekir	1	2	3	4
8.	Kelime ve isimlerle ilgili hafızama güvenim azdır	1	2	3	4
9.	Durdurmak için ne kadar uğraşsam da endişe verici düşüncelerim devam eder	1	2	3	4
10.	Endişelenmek işleri zihnimde bir düzene koymama yardımcı olur	1	2	3	4
11.	Endişe verici düşüncelerimi görmezden gelmek elimde değildir	1	2	3	4
12.	Düşüncelerimi izler, takip altında tutarım	1	2	3	4
13.	Düşüncelerimi her zaman kontrolüm altında tutabilmem gerekir	1	2	3	4

	Katılmı yorum	Biraz katılıyoru m	Oldukça katılıyorum	Tamamen katılıyorum
14. Hafızam beni zaman zaman yanıltabilir	1	2	3	4
15. Endişelerim beni deliye döndürebilir	1	2	3	4
16. Düşüncelerimin sürekli farkındayım	1	2	3	4
17. Hafızam zayıftır	1	2	3	4
18. Zihnimin nasıl çalıştığına çok dikkat ederim	1	2	3	4
19. Endişelenmek yaşadıklarımla başetmeme yardımcı olur	1	2	3	4
20. Düşüncelerimi kontrol altına alamamak bir zayıflık işaretidir	1	2	3	4
21. Endişelenmeye başladığımda, bunu durduramam	1	2	3	4
22. Bazı düşünceleri kontrol altına almadığım için cezalandırılacağım	1	2	3	4
23. Endişelenmek sorunları çözmeme yardımcı olur	1	2	3	4
24. Yerlerle ilgili hafızama güvenim azdır	1	2	3	4
25. Bazı düşünceleri akıldan geçirmek kötüdür	1	2	3	4
26. Hafızama güvenmem	1	2	3	4
27. Düşüncelerimi kontrol altına alamazsam, iş göremez hale gelirim	1	2	3	4
28. İyi çalışmak için, endişelenmem gerekir	1	2	3	4
29. Olaylarla ilgili hafızama güvenim azdır	1	2	3	4
30. Düşüncelerimi sürekli incelerim	1	2	3	4

Lütfen tüm maddeleri cevapladığınızdan emin olunuz – Teşekkürler.

DURUMLUK ÖFKE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kendilerini tanımlamak için kullandıkları bazı ifadeler verilmiştir. Her bir ifadeyi okuyup şu anda nasıl hissettiğinizi belirten seçeneği işaretleyiniz. Unutmayın ki, hiç bir ifade için kesin doğru veya kesin yanlış cevaplar yoktur. Herhangi bir ifade üzerinde çok zaman harcamayınız, ancak mevcut duygularınızı en iyi tanımlar görünen cevabı seçiniz.

1=Hiç 2=Biraz 3=Oldukça 4=Çok

1. Çok öfkeliyim
2. Sinirim bozuldu
3. Kızgınım
4. Birine bağırırım var.
5. Bir şeyleri kırsam var.
6. Deliye döndüm.
7. Masayı yumruklayasam var
8. Birine vurasam var
9. Burnumdan soluyorum.
10. Küfredesim var

SÜREKLİ ÖFKE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kendilerini tanımlamak için kullandıkları bazı ifadeler verilmiştir. Her bir ifadeyi okuyup şu anda nasıl hissettiğinizi belirten seçeneği işaretleyiniz. Unutmayın ki, hiç bir ifade için kesin doğru veya kesin yanlış cevaplar yoktur. Herhangi bir ifade üzerinde çok zaman harcamayınız, ancak mevcut duygularınızı en iyi tanımlar görünen cevabı seçiniz.

1=Hiç 2=Biraz 3=Oldukça 4=Çok

1. Çabuk parlam
2. Kızgın mizaçlıyım
3. Öfkesi burnunda bir insanım
4. Başkalarının hataları yaptığım işi yavaşlatınca kızarım
5. Yaptığım iyi bir işten sonra, takdir edilmemek canımı sıkara
6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim.
7. Öfkelenince, ağzıma geleni söylerim
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çileden çıkarır
9. Engellendiğimde, içimden birilerine vurmak gelir
10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çığına dönerim

ÖFKEYE İLİŞKİN DERİN DÜŞÜNME ÖLÇEĞİ

Bu anketlerden elde edilen sonuçlar bilimsel bir çalışmada kullanılacaktır. Lütfen doğru veya yanlış cevap olmadığını unutmayınız. Her bir cümleye katılma ya da katılmama durumunuzu en iyi şekilde gösteren numarayı işaretleyiniz. Her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederim.		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Her zaman
1	Geçmiş yaşamımda beni öfkeliendiren yaşantıları derin biçimde düşünürüm.	1	2	3	4
2	Bana yapılan haksızlıkları tüm detaylarıyla ölçüp biçerim.	1	2	3	4
3	Beni uzun süre kızdıran olayları uzun süre düşünürüm.	1	2	3	4
4	Bir tartışmadan sonra uzun süre intikam hayalim devam eder.	1	2	3	4
5	Uzun zaman önce başıma gelen bazı olayları düşündükçe öfkelenirim.	1	2	3	4
6	Bana zarar veren insanları affetmekte zorlanırım.	1	2	3	4
7	Bir tartışma bittikten sonra, o kişiyle hayalimde tartışmaya devam ederim	1	2	3	4
8	Uykuya dalmadan önce beni gerginleştiren ve kızdıran anılar aniden zihnimde canlanır.	1	2	3	4
9	Öfkeliendiğimde, zihnim bir süreliğine o öfkeyle meşgul olur.	1	2	3	4
10	Bazen zihnim belirli bir problemle meşgul olmasını önleyemem.	1	2	3	4
11	Beni öfkeliendiren olayları incelerim.	1	2	3	4
12	İnsanların bana neden kötü davrandıklarını düşünürüm.	1	2	3	4
13	Hayal ve rüyalarım şiddet içerir.	1	2	3	4
14	Yaşamımdaki belli şeyler için öfkelenirim.	1	2	3	4
15	Birisi beni sinirlendirdiğinde, ondan nasıl intikam alacağımı düşünmeden duramam.	1	2	3	4
16	Birileri beni tahrik ettiğinde, bunun neden benim başıma geldiğini merak ederim.	1	2	3	4
17	Küçük tatsız anıları hatırlamak bir süreliğine canımı sıkır.	1	2	3	4
18	Bir şey beni öfkeliendirdiğinde bu konuyu zihnimde tekrar tekrar düşünürüm.	1	2	3	4
19	Beni öfkeliendiren bir olaydan sonra, zihnimde o olayı tekrar canlandırırım.	1	2	3	4

HASTA SAĞLIK ÖLÇEĞİ

A- PHQ.15

Son 4 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne kadar rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiç rahatsız olmadım **(1)** Biraz rahatsız oldum **(2)** Çok rahatsız oldum

	0	1	2
1. Karın ağrısı			
2. Sırt ağrısı			
3. Kollarda, bacaklarda ve eklemlerde (diz, kalça vs.) ağrı			
4. Yorgunluk ve enerji azlığı			
5. Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma			
6. Adet (aybaşı) sancısı veya adetlerinizle ilgili başka problemler			
7. Cinsel ilişki sırasında ağrı ya da cinsel başka problemler			

8. Baş ağrısı			
9. Göğüs ağrısı			
10. Baş dönmesi			
11. Fenalık hissi			
12. Kalbinizin hızla çarptığını hissetme			
13. Nefes darlığı			
14. Kabızlık, yumuşak dışkı ya da ishal			
15. Bulantı, şişkinlik veya hazımsızlık			

A- GAD.7

Son 2 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiçbir zaman **(1)** Sadece birkaç gün **(2)** Günün yarısından fazla **(3)** Hemen hemen her gün

	0	1	2	3
1. Sinirli, kaygılı ya da sabırsız hissetme				
2. Endişelenmeyi kontrol altına alamama ya da durduramama				
3. Değişik şeyler hakkında çok fazla endişelenme				
4. Gevşemede zorlanma				
5. Hareketsiz oturmada zorlanacak kadar çok huzursuz olma				
6. Keyfin çabuk kaçması ve çabuk kırılma (alınan olma)				
7. Sanki kötü bir şey olacak gibi korku hissetme				

A- P.5

	Evet	Hayır
a. Son 4 hafta içinde kaygı-endişe atağınız (birden korkma ya da panikleme) oldu mu?		
b. Daha önce de oldu mu?		
c. Bu ataklardan bazıları <i>birdenbire ansızın</i> (rahatsız ya da sinirli olmayı ummadığınız durumlarda) mı gelir?		
d. Bu ataklar sizi çok mu rahatsız eder ya da başka bir atağın gelmesinden endişelenir misiniz?		
e. Son ciddi kaygı atak esnasında, nefes darlığı, terleme veya kalp çarpıntısı şikayetleriniz oldu mu?		

A- PHQ.9

Son 2 hafta içinde aşağıdaki sorunların herhangi birinden ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?

(0) Hiçbir zaman **(1)** Sadece birkaç gün **(2)** Günün yarısından fazla **(3)** Hemen hemen her gün

	0	1	2	3
1. Bir şey yapmaktan az zevk alma ve ilgide azalma				
2. Çökkün, düşkün ya da umutsuz hissetme				
3. Uykuya dalmada ve sürdürmede zorluk veya çok fazla uyuma				
4. Yorgun hissetme veya az enerjiye sahip olma				
5. İştahsızlık veya aşırı yeme				
6. Kendini kötü hissetme-bir hata yaptığını veya ailesini üzdüğünü sanma				
7. Televizyon izlemede veya gazete okumada yoğunlaşamama				
8. Dışardan fark edilir biçimde konuşma ve hareketlerde yavaşlama, ya da tam tersi huzursuzluk nedeniyle kendi etrafında sürekli dolanma				
9. Ölsem daha iyi olur düşünceleri veya kendine zarar verme düşünceleri olma				