



Major Depresif Bozukluk ve Panik Bozukluk Hastalarında Üstbilgi İşlevlerinin Değerlendirilmesi

Evaluation of Metacognitive Functions in Major Depressive and Panic Disorder Patients

Uzm.Dr. Filiz ÖZSOY¹, Prof. Dr. Mehmet Murat KULOĞLU²

1 Tokat Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi, Tokat

2 Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Antalya

ÖZET

Amaç: Major Depresif Bozukluk (MDB) ve Panik bozukluk (PB) tanısı alan hastaların üstbilgi işlevlerinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırılarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Çalışmaya DSM-IV-TR'ye göre MDB ve PB tanılı 50'şer hasta ile yaş, cinsiyet açısından eşleştirilmiş geçmiş ve şimdiki öyküsünde psikiyatrik ve nörolojik hastalığı olmayan 50 sağlıklı kontrol alındı. Hasta ve kontrol grubuna DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I), Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, Üstbilgi Ölçeği-30 (ÜBÖ), MDB hasta grubuna ek olarak ise Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), PB hastalarına ek olarak Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ) ile Durumluluk ve Süreklilik Kaygı ölçeği (STAI-I ve STAI-II) uygulandı.

Bulgular: Hem MDB hem de PB hastalarında, üstbilgi toplam puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu. MDB hastalarında; üstbilginin bilişsel güven ile kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutları, PB hastalarında ise; kontrol edilemezlik ve tehlike ile kontrol ihtiyacı alt boyutları kontrol grubuna göre anlamlı yüksek idi. Ek olarak; MDB hastalarında BDÖ puanları ile üstbilgi olumlu inanç, PB hastalarında ise STAI-II ile bilişsel farkındalık alt boyutu arasında pozitif korelasyon saptanırken, PAÖ'nin sağlık konusunda endişelenmeyi değerlendiren soruları ile kontrol edilemezlik ve tehlike alt boyutu arasında ise negatif korelasyon saptandı.

Sonuç: Çalışmamız; MDB ve PB hasta grupları ile sağlıklı kontrol grubunun ÜBÖ parametreleri açısından farklılıklar gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu farklılıklar ile MDB ve PB hastalıklarının nedensel ilişkisini saptamaya yönelik daha fazla sayıda çalışmaya gereksinim vardır.

Anahtar kelimeler: Major depresif bozukluk, panik bozukluk, üstbilgi.

ABSTRACT

Objective: The aim of the present study was to evaluate metacognitive functions and clinical features of patients with Major Depressive Disorder (MDD) and Panic Disorder (PD) diagnosis via comparing them to control group.

Methods: Fifty patients with diagnosis of MDD and fifty patients with diagnosis of PD who were applied to Fırat University Hospital, Mental Health and Disorders Polyclinic and evaluated there, and who met the study criteria were included in the study along with 50 age- and gender-matched healthy people as control who had no current or previous psychiatric and neurological disorders. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Sociodemographic and Clinical Data Form were applied to both patient and control groups while Metacognitive-30 Scale (MCQ), Beck Depression Scale and Beck Anxiety Scale were applied to MDD patient group, and Panic Agoraphobia Scale and The State-Trait Anxiety Inventory Scales were applied to PD patient group only.

Results: Total MCQ scores of MDD and PD patients were significantly higher than that of control group. Positive beliefs about worry, negative beliefs about worry concerning uncontrollability and danger dimensions of metacognition were higher in MDD patients while negative beliefs about worry concerning uncontrollability and danger and cognitive confidence dimensions were higher in PD patients. In addition, positive correlations were found between Beck Depression Scale score and positive beliefs about worry dimension in MDD patients, and between STAI-II scores and cognitive confidence dimension in PD patients.

Conclusion: The results of the present study revealed differences in terms of Metacognitive-30 Scale parameters between MDD and PD patient groups and control group. Further studies are needed to illuminate the causality relationship between these differences and MDD and PD diseases.

Key Words: Major depressive disorder, panic disorder, metacognition.

Corresponding Author:

Address: Tokat Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi, Tokat

E-mail: flzkoseoglu82@hotmail.com

Başvuru Tarihi/Received: 12-04-2016

Kabul Tarihi/Accepted: 14-04-2016



GİRİŞ

Üstbilgiş (metacognition), bilişleri kontrol eden, düzenleyen, değerlendiren üst düzey bilişsel yapı, bilgi ve süreçler olarak tanımlanabilir. Üstbilgiş, kişinin kendi zihnindeki olay ve işlevlerin farkında olmasını, zihin olaylarını ve işlevlerini amaçlı yönlendirebilmesini içeren bir üst sistemdir (1). Üstbilgiş sistemi, insanın bilişsel süreçlerinin işlevsel ve uyuma yönelik çalışmasında büyük rol oynar. Dolayısıyla bu sistemde meydana gelebilecek herhangi bir sapmanın, pek çok psikopatolojinin gelişmesi ve sürmesinde önemli bir faktör olacağı düşünülmektedir (2). Bu yaklaşıma göre, psikolojik bozukluklardaki bazı işlevsel olmayan düşünce ve başa çıkma tarzlarına üstbilgişsel bir takım işlevler yol açmaktadır. Bu önermeye göre, kişiler olayları değerlendirmelerini etkileyen düşünceleri (işlevsel olmayan bilişleri) hakkında bir takım olumlu ve olumsuz inançlara (üstbilgişlere) sahiptirler. Bu tarzdaki üstbilgişler kişinin uyuma yönelik olmayan tepki tarzları geliştirmelerine yol açmaktadır (3).

Üstbilgişin psikiyatrik hastalıklardaki önemi anlaşıldıkça yapılan çalışmalar da artmaktadır (4, 5, 13-30). ÜBÖ ile yapılan bir çalışmada; negatif üst bilişsel inanışlar nedeniyle anksiyete ve depresyon semptomlarının sürdüğü, strese maruz kalma ile üst bilişsel inanışların değiştiği ve üst bilişin travmatik deneyimleri kontrol edebilme, günlük sorunlarla başedebilmede etkili olduğu gösterilmiştir (4). Perseküsyon sanrıları ve işitsel halüsinasyonu olan psikotik hastalar ile PB hastalarında ÜBÖ kullanılarak yapılan çalışmada ise; işitsel halüsinasyonu olan hastalarda üstbilgiş skorları diğer iki grup ve kontrol grubuna kıyasla oldukça yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada yine PB hastaları ve perseküsyon sanrıları olan psikotik hastalarda ÜBÖ skorları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur (5).

Çalışmamızda; MDB ve PB hastalarında üstbilgişsel işlevlerin sağlıklı kontrol grubuyla farklılıkları ile hastalıkların ortaya çıkışı ve seyrini ne derece etkilediğini incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM

Çalışmaya Alınma Ölçütleri

Çalışmaya Fırat Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne ayaktan başvuran ya da psi-

kiyatri servisine yatarak tedavi gören ve DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I) ile MDB ve PB tanılı 50'şer hasta ile 50 sağlıklı kontrol alındı. Hasta grubu 18-65 yaşları arasında, öz bildirim ölçekleri kullanılacağı için en az okur-yazar olan ve zeka geriliği olmayan, şimdi ya da geçmişinde beyin fonksiyonlarını etkileyebilecek düzeyde herhangi bir nörolojik veya sistemik hastalığı olmayan MDB ve PB hastaları arasından seçildi. Kontrol grubu ise hasta grupları ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş, geçmiş veya şimdiki öyküsünde psikiyatrik bir hastalık tablosu veya mental retardasyonu, psikoaktif madde kötüye kullanımı ve beyin fonksiyonlarını etkileyebilecek düzeyde herhangi bir nörolojik veya sistemik hastalığı olmayan kişiler arasından seçildi.

Çalışmaya alınan tüm hastalar ve sağlıklı kontrol grubuna, çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında sözel ve yazılı bilgi verildikten sonra yazılı onamları alındı. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alındıktan sonra çalışmaya başlandı.

Veri Toplama Araçları

ÜstBiliş Ölçeği-30 (ÜBÖ)

Cartwright-Hatton ve Wells tarafından geliştirilen ÜBÖ, kavramsal olarak birbirinden farklı, fakat birbiriyle ilişki içinde olan beş faktörden oluşmaktadır. Bu beş faktör, (1) olumlu inanç, (2) bilişsel güven, (3) kontrol edilemezlik ve tehlike, (4) bilişsel farkındalık ve (5) kontrol ihtiyacı şeklindedir (3). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tosun ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (6).

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), hastanın yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. Toplam 21 sorudan oluşur. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Alınabilecek en yüksek puan ise 63'tür (7). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları (8) tarafından yapılmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Hastada depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddetini ölçmek amacıyla yapılır. Toplam 21 sorudan oluşur. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Toplam 0-63 arasında değişebilir. Alınan puan ne kadar yüksekse depresyonun şiddeti o derece fazla olarak yorumlanır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (9) tarafından yapılmıştır.

Panik Agorafobi Ölçeği (PAÖ)

Panik bozukluğu tanısı almış olan hastalarda panik ataklarını, fobik kaçınmayı, beklenti anksiyetesini, sosyal ilişkilerde kısıtlamayı, bedensel hastalık inancını göz önüne alarak alt bölümler halinde şiddet derecelendirmektedir. Panik atağın özelliklerini (3 soru ve puanlamaya alınmayan 1 soru), agorafobi ya da kaçınma davranışını (3 soru), beklenti anksiyetesi (2 soru), yeti yitimini (3 soru), sağlık konusunda endişeyi (2 soru) değerlendirmektedir. Ölçek, Bandelow tarafından geliştirilmiştir (10). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tural ve arkadaşlarınca (11) yapılmıştır.

Durumluk - Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-I ve STAI-II)

Durumluk ve sürekli kaygı seviyelerini ayrı ayrı saptamak amacıyla geliştirilmiştir. STAI-I ve STAI-II, kısa ifadelerden oluşan bir öz değerlendirme anketidir ve yirmişer maddelik iki ölçekten oluşmaktadır. STAI-I bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini; içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplamasını gerektirir. STAI-II ise bireyin genellikle nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirir. Türkiye'de testin geçerliği ve güvenilirliği Öner N ve LeCompte A tarafından yapılmıştır. Her iki ölçekten elde edilebilecek toplam puan 20 ile 80 arasında değişmektedir. Puanın yüksek olması kaygı seviyesinin yüksek olduğuna işaret etmektedir (12).

İstatistiksel Değerlendirme

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için, SPSS (Statistical Package for Social

Sciences) for Windows 15 programı kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmelerde; değişkenler arasındaki ilişkilerin analizi ile hasta ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri için ki-kare testi, kullanılan ölçekler yönünden hasta ve kontrol gruplarından elde edilen puanlar arasındaki farkların değerlendirilmesi için t-testi (parametric test) kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin incelenmesi için Pearson Korelasyon analizlerinden yararlanıldı.

BULGULAR

Çalışmaya alınan MDB hasta grubunun %41.1'i (n=39) kadın, %20.0'ı (n=11) erkek, PB hasta grubunun %31.6 (n=30) kadın, %36.4 (n=20) erkekti. Kontrol grubunun ise %27.4 (n=26) kadın, %43.6 (n=24) erkekti. Hasta grubunun yaş ortalaması MDB için 36.74 ± 12.48 , PB ise 33.6 ± 11.14 . Kontrol grubunun yaş ortalaması ise 32.38 ± 10.65 idi. MDB ve PB hasta grupları ile sağlıklı kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p > 0.05$) (Tablo 1). Ayrıca; hastalıkların toplam süresi ve başlangıç yaşı açısından da anlamlı farklılık saptanmadı.

	32.38±10.65	36.74±12.48	33.6±11.14
Yaş			
Cins (E/K)	24/26	11/39	20/30
Eğitim Durumu			
Okuryazar ve ilkököl	8	17	10
Ortaokul	7	6	3
Lise	20	16	20
Üniversite	15	11	17
Medeni Durum	36	27	
Evli	14	16	26
Bekar	-	2	20
Boşanmış	-	5	3
Dul			1
MDB başlangıç yaş ortalaması:	30.78±10.39		
MDB hastalığın toplam süresi:	6.08±5.83		
PB başlangıç yaş ortalaması:	28.84±9.59		
PB hastalığın toplam süresi:	4.90±4.64		

* $p > 0.05$, Tüm değişkenlerde hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

ÜBÖ toplam puanları, hasta gruplarında sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup ($p < 0.05$), hastaların toplam puanları sağlıklı kontrollerden yüksekti. ÜBÖ alt bo-

yutları açısından kıyaslandığında; bilişsel güven, MDB hastalarında istatistiksel olarak anlamlı olup ($p=0.04$), bu alt boyuta ait puanlar kontrol grubu ve PB hastalarına kıyasla yüksek saptandı. Kontrol edilmezlik ve tehlike, PB hastalarında puanlar daha yüksek olmakla beraber, hem MDB ($p=0.008$) hem de PB hastalarında ($p<0.000$) istatistiksel olarak anlamlı saptandı. Kontrol ihtiyacı alt boyutu, PB hastalarında kontrol grubu ve MDB hastalarına kıyasla anlamlı idi ($p=0.005$). Hasta ve kontrol grubunun ÜBÖ sonuçlarına ait veriler Tablo 2’te verilmiştir.

Hasta ve kontrol grubunun korelasyon analizleri:

BDÖ ile ÜBÖ total puanları arasında pozitif yönde anlamlılık saptandı. ÜBÖ alt boyutları ile kıyaslandığında; olumlu inanç, bilişsel güven ile kontrol edilmezlik ve tehlike alt boyutları ile BDÖ arasında pozitif yönde anlamlılık saptandı ($p<0.05$). ÜBÖ ile BDÖ ve BAÖ arasındaki korelasyon sonuçlarına ait veriler Tablo 3’te verilmiştir.

PB hastalarında ise STAI-II ölçeği ile hem ÜBÖ total puanları hem de kontrol edilmezlik ve tehlike, bilişsel farkındalık ile kontrol ihtiyacı arasında pozitif korelasyon saptandı. PAÖ’nin yeti yitimini değerlendiren soruları ile üstbilişin kontrol ihtiyacı alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlılık

saptanırken, PAÖ’nin sağlık konusunda endişeyi değerlendiren soruları ile kontrol edilmezlik ve tehlike alt boyutu arasında negatif korelasyon saptandı. ÜBÖ ile STAI-I, STAI-II ve PAÖ arasındaki korelasyon sonuçlarına ait veriler Tablo 4’de verilmiştir.

TARTIŞMA

Çalışmamızda, MDB ve PB hastalarının ÜBÖ toplam puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu. MDB hastalarında; olumlu inanç ile kontrol edilmezlik ve tehlike alt boyutları, PB hastalarında ise; kontrol edilmezlik ve tehlike ile bilişsel farkındalık alt boyutları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti. Ayrıca MDB hastalarında BDÖ puanları ile ÜBÖ bilişsel güven arasında pozitif korelasyon saptandı. PB hastalarında ise STAI-II puanları ile ÜBÖ kontrol ihtiyacı alt boyutu arasında pozitif korelasyon, PAÖ sağlık konusunda endişelenmeyi değerlendiren soruları ile ÜBÖ kontrol edilmezlik ve tehlike arasında negatif, yeti yitimini değerlendiren soruları ile kontrol ihtiyacı arasında ise pozitif korelasyon saptandı.

Üstbilişin psikiyatrik hastalıklardaki önemi anlaşıldıkça yapılan çalışmalar da artmaktadır (4, 5, 13-15). Yılmaz ve ark. (4) anksiyete ve depresif semptomlarla üstbilişin ilişkisini inceledikleri çalışmalarında; negatif üstbilişsel inanışlar

Tablo 2. Hasta ve kontrol grubunun ÜBÖ sonuçları.

ÜBÖ	Kontrol (n:50)	MDB (n:50)	PB (n:50)	Hasta gruplarının kıyaslanması	İstatistik	
					F	P
Total puan	71.22±14.67	78.2±13.99	79.66±13.96	MDB=PB>kontrol	5.033	0.008*
Olumlu inanç	14.26±1.23	13.48±1.14	13.00±1.23	MDB=PB=kontrol	1.126	0.326
Bilişsel güven	12.52±1.09	10.02±1.49	14.48±1.92	MDB>PB=kontrol	5.221	0.006*
Kontrol edilmezlik ve tehlike	17.24±1.29	19.80±1.21	21.52±1.08	PB>MDB>kontrol	13.004	<0.000*
Bilişsel farkındalık	16.20±1.21	16.82±0.93	17.26±1.19	MDB=PB=kontrol	0.908	0.405
Kontrol ihtiyacı	11.54±0.98	12.88±0.87	13.64±0.91	PB>MDB=kontrol	5.289	0.006*

* $p<0.05$

Tablo 3. ÜBÖ ile BDÖ ve BAÖ Korelasyonu

	Total puan	Olumlu inanç	Bilişsel güven	Kontrol edilmezlik ve tehlike	Bilişsel farkındalık	Kontrol ihtiyacı
BDÖ	0.427*	0.367*	0.379*	0.422*	0.020	0.163
BAÖ	0.042	-0.091	0.108	0.077	-0.037	-0.030

* $p<0.05$

Tablo.4. ÜBÖ ile STAI-I, STAI-II ve PAÖ Korelasyonları

ÜBÖ	STAI-I	STAI-II	PAÖ					
			Toplam Puanı	A alt başlığı	B alt başlığı	C alt başlığı	D alt başlığı	E alt başlığı
Total puan	0.125	0.377**	-0.059	-0.058	-0.012	-0.011	0.185	0.150
Olumlu inanç	0,079	0.173	-0.058	-0.105	-0.018	-0.032	0.195	-0.170
Bilişsel güven	0,039	-0.012	-0.096	-0.024	-0.031	-0.082	0.109	-0.114
Kontrol edilmezlik ve tehlike	0.159	0.409**	0.050	0.196	-0.037	0.028	0.200	-0.288*
Bilişsel farkındalık	0.020	0.320*	0.021	0.048	0.021	-0.016	0.071	-0.053
Kontrol ihtiyacı	0.150	0.386**	0.191	0.160	0.111	0.193	0.311*	-0.199

*p<0.05, **p<0.01

nedeniyle anksiyete ve depresyon semptomlarının sürdüğü, strese maruz kalma ile üstbilişsel inanışların değiştiği ve üstbilişin travmatik deneyimleri kontrol edebilme, günlük sorunlarla başedebilmede etkisi olduğunu bildirmişlerdir. Morrison ve Wells (5), işitsel halüsinasyonu olan hastalarda ÜBÖ skorlarını perseküsyon sanrıları, PB olan hastalar ve kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak yüksek bulmuşlardır. Aynı çalışmada PB hastaları ve perseküsyon sanrıları olan psikotik hastalarda ÜBÖ skorları kontrol grubundan yüksek çıkmıştır. Rahimi ve ark. (13) OKB hastalarında ÜBÖ total skorlarını kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulmuşlardır. Yine Nelson ve ark. (14) çalışmalarında OKB hastalarının ÜBÖ skorlarını kontrollere göre yüksek olarak değerlendirmişlerdir. Barkus ve ark. (15) ise prepsikotik süreçteki hastaların metakognitif testlerinin total puanlarında yükseklik saptamışlardır. Çalışmamızda da; MDB ve PB hasta gruplarında üstbiliş total skorları sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Her iki hastalık grubu kendi aralarında total puanlar açısından kıyaslandığında ise anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Üstbilişin alt boyutları açısından incelendiğinde; çalışmamızda hem MDB hem de PB hastalarında tüm alt boyutların puanları sağlıklı kontrollerden yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar MDB için kontrol edilmezlik ve tehlike ile bilişsel güven, PB için ise kontrol edilmezlik ve tehlike ile kontrol ihtiyacı alt boyutlarında saptandı. Hem MDB hem de PB hastalarında anlamlı olarak yüksek değerlendirdiğimiz kontrol edilmezlik ve tehlike; her konuda sürekli

endişelenmek, endişe verici düşüncelerin engellenmeye çalışılsa da devam edip etmediği sorgulanır. Ayrıca BDÖ ile kontrol edilmezlik ve tehlike arasında pozitif korelasyon saptadık. PB hastalarında ise kontrol edilmezlik ve tehlike ile STAI-II arasında pozitif korelasyon saptanırken, PAÖ'nin sağlık konusunda endişelenmeyi değerlendiren soruları ile negatif korelasyon saptandı. Bu alt boyutun MDB hastalarında olan anlamlılığı, içinde bulunulan zamana ya da geleceğe ilişkin karamsar düşünceleri, kendileri, diğer insanlar ve gelecekleri hakkındaki olumsuz düşüncelerine ters düşen kanıtları görmezden gelme ve ufak aksilikleri abartma gibi bulgularla ilişkili olabileceği ve bu düşüncelerin hastalığın şiddetinin artması ile daha da arttığı şeklinde yorumlanabilir. PB hastalarında bu sonuçlar; kalp krizi geçirme, felç olma, bayılma, kontrolünü yitireceği ya da delireceği, çoğu kez de öleceği biçimindeki korkuların yani anksiyete ve korkuyu bedensel belirtilerde abartılı yaşamaları ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca, PB hastalarının genel kaygı düzeylerinin artması ile beraber hayatın her alanında yaşadıkları endişelerin arttığı, sağlık konusunda yaşadıkları endişelerin artması ile hayatın başka alanlarında yaşanan kaygılarının nispeten azaldığı şeklinde yorumlanmıştır. Kontrol edilmezlik ve tehlikenin hem MDB hem de PB hastalarında istatistiksel olarak anlamlı değerlendirilmesi daha önce yapılan pek çok çalışmanın sonuçlarıyla benzer niteliktedir (16-20). Cucchi ve ark. (16) OKB hastalarında kontrol edilmezlik ve tehlike ile kontrol ihtiyacı alt boyutlarını anlamlı olarak yüksek saptamış olup, hastaların

endişelenmek konusunda sağlıklı kontrollerden daha olumsuz inanışlarının olduğu da vurgulanmıştır. Morritz ve ark. (17) OKB ve şizofreni hastalarında; üstbilgin kontrol edilmezlik ve tehlike ile kontrol ihtiyacı alt boyutunun daha yüksek olmasından yola çıkarak obsesyon ve halüsinasyonların benzer üstbilginsel çarpıtmalarla oluşabileceğini öne sürmüşlerdir. Ek olarak, hastalarda depresif ve negatif belirtilerin şiddetlenmesi ile bilişsel güvenin azalması arasında pozitif ilişki de saptamışlardır. Önen ve ark. (18) OKB hastalarının ÜBÖ total skorlarını ve bilişsel farkındalık, kontrol edilmezlik ve tehlike ile kontrol ihtiyacı alt boyutlarını sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak yüksek değerlendirmişlerdir. Ayrıca, içgörüsü iyi olan hastaların içgörüsü zayıf olanlara göre ÜBÖ puanları daha yüksek bulunmuştur. Sica ve ark. (19) OKB hastalarında kontrol edilmezlik ve tehlike alt boyutunun obsesif kompulsif semptomlar ve patolojik endişe ile ilişkisini ve kontrol ihtiyacı alt boyutunun ise hastaların ritüelleri ile ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Yine Barahmand (20), YAB hastalarında olumlu inançlar, OKB hastalarında kontrol edilmezlik ve tehlike ile kontrol ihtiyacı, depresif bozukluk hastalarında ise bilişsel güven alt boyutunu kontrol grubundan yüksek değerlendirmiştir.

Çalışmamızda, üstbilgin bilişsel güven olarak adlandırılan ve kişilerin hafızalarına olan güvensizliklerini ya da yaşadıkları hafıza problemlerini, unutkanlıklarını değerlendiren alt boyutu; MDB hastalarında anlamlı olarak yüksek değerlendirilmiştir. Bu sonuç, MDB hastalarının hafızalarına olan güvensizlikleri ve bazen de bunama ile karışacak düzeyde yaşadıkları unutkanlıkları ile ilişkili olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca, MDB hastalığının şiddetini değerlendirmemize yardımcı olan BDÖ ile bilişsel güven alt boyutu arasında da pozitif korelasyon saptadık. Bu durum, hastalığın şiddetinin artması ile hafıza sorunlarının arttığı ve hastaların hafızalarına olan güvenlerinin azaldığını düşündürmüştür. PB hastalarında ise STAI-II ölçeği ve bilişsel güven alt boyutu arasında istatistiksel olarak pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, hastaların genel kaygı düzeylerinin artmasının, hafıza sorunlarını ortaya çıkardığı veya varolan hafıza problemlerini arttırdığı şeklinde yorumlanabilir.

Hermans ve ark. (21) OKB hastalarında; üstbilgin bilişsel güven, kontrol edilmezlik ve tehlike ve olumlu inanç alt boyutunu anlamlı olarak yüksek değerlendirmişlerdir. Bu sonuç da, hastaların hafızalarına olan güvensizlikleri ve sonucunda kuşku, kontrol ihtiyacı ve obsesyonların ortaya çıkmasıyla ilişkilendirilmiştir. Lee ve ark. (22) MDB hastalarının yaşadıkları hafıza problemleri ve tanı konduğu andan itibaren nöropsikolojik testlerinde bozulma olduğunu ortaya koymuşlardır. McDermott ve ark. (23) çalışmalarında, MDB hastalığın şiddetinin artması ile sözel bellek ve hafıza problemlerinin arttığını vurgulamışlardır. Khodarahimi ve ark. (24) koroner arter hastalarında; depresif semptomlarla hafıza problemlerinin ilişkisi ve depresyonun şiddeti arttıkça hafıza problemlerinin de arttığını göstermişlerdir. Yine Soderstrom ve ark. (25) depresyon ve üstbilgin arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında; hafif depresyonu olan hastaların orta düzeyde depresyonu olan hastalardan daha iyi bir hafıza performansına sahip olduklarını bildirmişlerdir.

Üstbilgin olumlu inanç ya da endişelenmek konusunda olumlu inanç olarak da adlandırılan alt boyutu; endişelenmenin kişinin kendisi için olumlu ya da kurtarıcı bir durum olup olmadığını sorgulamaktadır. Bizim sonuçlarımıza göre, PB hastalarında olumlu inançta sağlıklı kontrollerden anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur. Bu durum, PB hastalarının endişelenmeyi kendileri için olumlu ya da kurtarıcı bir durum olarak görmediklerini düşündürmüştür. Yine Nieto ve ark. (26) YAB ve OKB tanılı hastalarda; ÜBÖ olumlu inanç alt boyutunda sağlıklı kontrollere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamamıştır. Benzer şekilde, Cuchii ve ark. (16) PB ve OKB hastalarında yaptıkları çalışmalarında, olumlu inanç alt boyutunu anlamlı olarak değerlendirmemişlerdir.

Çalışmamızda MDB hastalarında ise BDÖ ile olumlu inanç arasında pozitif korelasyon saptandı. Bu sonuçla, MDB'da hastalığın şiddeti arttıkça hastaların endişelenmeyi bir kaçış ya da problemlerden kurtulma yolu olarak gördükleri, yani hastaların endişelenmek hakkında olumlu bir inanışlarının geliştiği düşünülebilir. Yılmaz (27) üstbilgin kaygı ve depresif belirtilerin gelişmesine olan katkısını incelediği tez çalışmasın-

da; depresif bozukluk hastalarında üstbilgi total skorlarının yüksek olduğu ve endişelenmekle ilgili olumlu inançların da depresif belirtiler şiddetlendikçe arttığını saptamıştır. Ayrıca, bilişsel güvensizlik arttıkça günlük hayatta yaşanan sorunların artması ve beraberinde kaygı düzeylerinin de arttığı vurgulanmıştır. Papageorgiou ve ark. (28) depresyonun üstbilişsel modelini; depresyon hastalarında hastalığın devam etmesinde önemli olan ve tedavide de odaklanması gereken tekrarlayıcı ve inatçı olumsuz ruminasyonlar şeklinde vurgulamışlardır.

Çalışmamızda kişilerin aklından geçenlerle uğraşmaları ve düşüncelerini sürekli gözden geçirip takip etmelerinin değerlendirildiği bilişsel farkındalık alt boyutu; MDB hastalarında istatistiksel olarak anlamlı değildi. PB hastalarında ise, STAI-II ile bilişsel farkındalık arasında pozitif korelasyon mevcuttu. Bu sonuçla PB hastalarının genel kaygı düzeyleri arttıkça, zihinlerinin tekrar panik atağı geçirmekle ve atak geçirirlerse olabilecek olumsuz sonuçlarla meşgul olduğu düşünülebilir. Safancı (29) tez çalışmasında; endişeye dair olumlu inançların sürekli kaygı, endişe ve sosyal kaygı ve kaçınma değişkenleriyle anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğunu bildirmiştir. Ayrıca beraberinde, bilişsel farkındalık alt boyutunun sürekli kaygı, endişe ve sosyal kaçınma ile pozitif yönde ilişkili olduğu ve düşünceleri kontrol etme ihtiyacının ise depresyonla pozitif, endişeyle ise negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Yine Grotte (30) OKB hastalarında; obsesyonlarla bilişsel farkındalığın ve bunun da sorumluluk ve mükemmeliyetçilik duygusu ile ilişkili olduğunu bildirmiştir.

Kontrol ihtiyacı olarak adlandırılan alt boyutta; işleri sürdürebilmek için düşüncelerin sürekli kontrol edilmesi gerektiği ve belli konuların düşünülmesinin kötülüğüne olan inançlar sorgulanmaktadır. Çalışmamızda MDB hastalarında kontrol ihtiyacını istatistik olarak anlamlı değerlendirmedik, PB hastalarında ise anlamlı olarak

yüksek değerlendirdik. Bu sonucun, PB hastalarının bir felaketi (kontrolünü kaybetme, delirme, felç olma ya da ölme gibi) önlemek için yaşadıkları kaygıların yüksekliği ile ilişkili olduğunu düşündürmüştür. Ayrıca, PAÖ'nin yeti yitimini değerlendiren soruları ile kontrol ihtiyacı arasında da pozitif korelasyon saptadık. Bu da hastalığın şiddetinin artması ve hastalığa bağlı işlevselliğin azalması ile hastaların daha fazla düşünceleri ile uğraştıkları şeklinde yorumlanabilir. Myers ve Wells (31), OKB hastalarında kontrol ihtiyacı ile kontrol edilmezlik ve tehlike alt boyutlarını anlamlı yüksek olarak bulmuşlardır. Hermans ve ark. (32) OKB hastalarında kontrol edilmezlik ve tehlike ile kontrol ihtiyacı alt boyutlarını anlamlı yüksek değerlendirmişlerdir. Morrison ve ark. (33) PB hastalarında, endişelenmek hakkındaki olumlu inançlar ve kontrol ihtiyacı alt boyutunu kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulmuşlardır. Garcia-Montes ve ark. (34) OKB hastalarında kontrol ihtiyacı alt boyutunu diğer anksiyete bozukluğu olan hastalardan ve sağlıklı kontrol grubundan anlamlı yüksek olarak değerlendirmişlerdir. Diğer bir çalışmada da; OKB ve YAB hastalarında kontrol edilmezlik ve tehlike ile düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutlarının yüksek skorları temel metakognitif çarpıtmalar olarak düşünülmüştür. Ayrıca, düşünceleri kontrol ihtiyacı ile anksiyetenin ilişkili olduğu da saptanmıştır (35).

Çalışmamızın en önemli sınırlılığı; değerlendirmelerin hastaların kendilerinin doldurdukları ölçeklerle yapılıyor olmasıdır. Ayrıca çalışmanın kesitsel olması, örneklem sayısının yeterli olmasının da kısıtlılık oluşturduğunu söyleyebiliriz. Bu durum çalışmamızda elde ettiğimiz bulguları yorumlamayı ve genellemeyi kısıtlamaktadır. Bulgularımızın önem kazanabilmesi için daha büyük örneklem gruplarında daha ileri araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Crick F. Şaşkırtan Varsayım. Say 5 (Çeviren) s. 151, Ankara, TÜBİTAK Yayınları, 2000.
2. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ 30. Behav Res Ther 2004; 42:385-396.

3. Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: the metacognitions questionnaire and its correlates. *J Anxiety Disord* 1997; 11:279-296.
4. Yılmaz E, Gençöz T, Wells A. The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: a prospective study. *J Anxiety Disord* 2011; 25:389-396.
5. Morrison AP, Wells A. A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behav Res Ther* 2003; 41:251-256.
6. Tosun A, Irak M. Üst-Biliş-Ölçeği Türkçe uyarlaması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008; 19:67-80.
7. Avcı M. Beck Anksiyete Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, 1995.
8. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cognit Psychother* 1988; 12:163-172.
9. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri için Geçerliliği, Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989;7-13.
10. Bandelow B. Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia. II. The Panic and Agoraphobia Scale. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; 10:73-81.
11. Tural Ü, Fidaner H, Alkın T ve ark. Panik ve agorafobi ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11:29-39.
12. Öner N, Le Compte A. Süreksiz Durumluluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. 1. Baskı, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1983, p. 1-26.
13. Rahimi C, Haghghi M. Responsibility attitudes in obsessive-compulsive patients: the contributions of meta-cognitive beliefs and worry. *Iran J Med Sci* 2010; 35:195.
14. Nelson TO, Stuart RB, Howard C, Crowley M. Metacognition and clinical psychology: a preliminary framework for research and practice. *Clin Psychol Psychother* 1999; 6:73-9.
15. Barkus E, Stirling J, French P, Morrison A, Bentall R, Lewis S. Distress and metacognition in psychosis prone individuals: comparing high schizotypy to the at-risk mental state. *J Nerv Mental Disease* 2010; 198:99-104.
16. Cuchii M, Vittoria B, Daniele C, Ricci L, Conca V, Ronchi P, Smeraldi E. An exploratory study on metacognition in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Comp Psych* 2012;546-53.
17. Morritz S, Peters Maerten JV, Laroı F, Lincoln MT. Metacognitive beliefs in obsessive compulsive patients: A comparison with healthy and schizophrenia participants. *Cognit Neuropsych* 2010; 6:15.
18. Önen S, Uğurlu KG, Çayköylü A. The Relationship between metacognitions and insight in obsessive-compulsive disorder. *Comp Psych* 2013 (Baskıda).
19. Sica C, Steketee G, Ghisi M, Chiri LR, Franceschini S. Metacognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive-compulsive symptoms and coping styles: a preliminary prospective study on an Italian nonclinical sample. *Clin Psychol Psychother* 2007; 14:258-68.
20. Barahmand U. Meta-cognitive profiles in anxiety disorders. *Psych Res* 2009, p. 240-243.
21. Hermans D, Engelen U, Grouwels L, Joos E, Lemmens J, Pieters G. Cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder: Distrusting perception, attention and memory. *Behav Res Ther* 2008, p. 98-113.
22. Lee R, Hermens D, Porter M, Redoblado-Hodge M. A meta-analysis of cognitive deficits in first-episode Major Depressive Disorder. *J Affect Disord* 2012, p. 113-124.
23. McDermott LM, Ebmeier KP. A meta-analysis of depression severity and cognitive function. *J Affect Disord* 2009; 119:1-8.
24. Khodarahimi S, Rasti A. The roles of implicit memory bias, depression, and metacognitions in men and women with coronary artery disease. *Am J Men's Health* 2012; 6:519-527.
25. Soderstrom N, Davalos D, Vasques S. Metacognition and depressive realism: Evidence for the level-of-depression account. *Cognit Neuropsych* 2011; 16:461.
26. Nieto PA, Delgado RM, Mateos LL, Bueno N. Cognitive control and anxiety disorders: metacognitive beliefs and strategies of control thought in GAD and OCD. *Clin and Health* 2010; 21:159-166.
27. Yılmaz AE. Examination of metacognitive factors in relation to anxiety and depressive symptoms: a cross-cultural study. Uzmanlık Tezi, Ankara: Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, 2007.
28. Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognit Ther Res* 2003; 27:261-273.
29. Safrançı B. The association between metacognitions and psychological symptoms: moderator role of coping strategies Uzmanlık Tezi, Ankara: Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, 2010.
30. Grotte T. Metacognitions, responsibility, and perfectionism in obsessive-compulsive disorder. *Norwegian Uni Sci Technol* 2011; 39.
31. Myers SG, Wells A. Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of metacognitions and responsibility. *J Anxiety Disord* 2005; 19:806-17.
32. Morrison AP, Wells A, Nothard S. Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations. *Br J Clin Psychol* 2000; 41:251-6.
33. Hermans D, Martens K, de Cort K, Pieters G, Eelen P. Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 2003; 41:383-401.
34. García-Montes JM, Pérez-Álvarez M, Balbuena CS, Garcelán SP and Cangas AJ. Metacognitions in patients with hallucinations and obsessive-compulsive disorder: the superstition factor. *Behav Res Ther* 2006; 44:1091-1104.
35. Reuven-Magrıl O, Roseman M, Liberman N and Dar R. Manipulating meta-cognitives beliefs about the difficult to suppress scratching: Implications for obsessive-compulsive disorder. *Int J Cognit Ther* 2009; 2:143-151.