

Majör Depresif Bozukluk Tanısı Alan Hastalarda Depresif Belirti Şiddeti, Üstbilişler ve Obsesif İnanışlar Arasındaki İlişkiler

Begüm ESER¹, Eser Ercüment YERLİKAYA²

¹Toros Üniversitesi, İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Mersin, Türkiye

²Çukurova Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

Öz

Bu çalışma, majör depresif bozukluk (MDB) ile üstbilişler ve obsesif inanışlar arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla yapılmıştır. Ayrıca, depresyonda hangi üstbilişlerin ve obsesif inanışların yoğun olduğunu belirlemek de amaçlar arasındadır. Araştırma, MDB tanısı alan 50 ve kontrol grubu olan 45 katılımcı ile yapılmıştır. Klinik ve kontrol grubu, yaş ve cinsiyet açısından benzeşmektedir. Klinik ve kontrol grupları arasındaki farkları daha açık şekilde temsil etmesi amacıyla, depresyon puanları 17'den yüksek olan kişiler klinik gruba alınmıştır. Araştırmadaki tüm katılımcılar Beck Depresyon Envanterini (BDE), Obsesif İnanışlar Ölçeğini (OİÖ-44), Üstbilişler Ölçeğini (ÜBÖ-30) ve katılımcıların kişisel bilgilerinin içeren Kişisel Bilgi Formunu yanıtlamışlardır. Yapılan analizler sonucunda, tüm obsesif inanışların ve olumlu inanışlar hariç ($p=0,59$) tüm üstbilişsel inanışların, kontrol grubuna kıyasla klinik grupta daha yoğun olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca üstbilişsel inanışlardan olan olumlu inanışlar haricindeki ($p=0,711$) tüm obsesif ve üstbilişsel inanışların depresyon şiddetiyle ilişkili olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Üstbilişsel inanışlardan biri olan 'bilışsel güven' ile obsesif inanış alanlarının hiçbirisi arasında anlamlı ilişkiler bulunmamıştır ($p>0,05$). Buna ek olarak, üstbilişsel inanışlardan 'olumlu inanışlar' ile obsesif inanış alanlarından 'düşüncelere önem vermeli/düşünceleri kontrol etme' arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r=.15$, $p=0,138$). İki ölçeğin diğer alt ölçekleri arasında ise pozitif yönde ve anlamlı korelasyonlar bulunmuştur ($p<0,05$). Bu çalışmada, depresyon hastalarının obsesif inanışlarının ve üstbilişlerinin sağlıklı kişilere göre daha yoğun olduğu saptanmıştır. Ayrıca bulgular, bu bileşenlerin büyük ölçüde ilişkili olduğunu göstermektedir. Elde edilen sonuçlar, depresyonun üstbilişsel modeli ve klinik psikoloji alan yazın bulgularıyla uyumluluk göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Majör depresif bozukluk, üstbiliş, obsesif inanışlar

Abstract

The Relationship Between Severity of Depressive Symptoms, Metacognitions and Obsessive Beliefs in Patients with Major Depressive Disorder

The aims of this research were to investigate the relationship between major depressive disorder (MDD) and metacognitions and obsessive beliefs domains that play a role in depression. To achieve these goals, the study was conducted with 50 patients with MDD and 45 non-clinical participants. MDD and control groups were matched in terms of age and gender level. In order to more clearly represent differences between MDD and control groups, individuals with depression scores higher than 17 included in the patient group. In this study, Beck Depression Inventory (BDI), Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ-44), Metacognition Questionnaire (MCQ-30) and Personal Information Form was answered by all participants. Results showed that, the scores obtained from the MDD and control groups differed for all scales and subscales ($p<0,05$), except *positive beliefs about worry* ($p=0,59$). In addition, except *positive beliefs of worry* ($p=0,711$), all obsessive beliefs and all metacognitive beliefs were found to be related with depression level ($p<0,05$). There was no significant relationship between *cognitive confidence*, which is one of metacognitive beliefs, and any of the obsessive belief domains ($p>0,05$). In addition, no significant relationship was found between *positive beliefs about worry* from metacognitive beliefs and *importance and control of thoughts* from obsessive belief areas ($r=.15$, $p=0,138$). Positive and significant correlations were found between the other subscales of the two scales ($p<0,05$). In this study, obsessive and metacognitive beliefs were found to be more intense than control participants ($p<0,05$), except *positive beliefs about worry* ($p>0,05$). According to these results, obsessive and metacognitive beliefs were related to each other. The findings are compatible with the related literature findings in the field of clinical psychology and metacognitive model of depression.

Keywords: Major depressive disorder, metacognition, obsessive beliefs

Correspondence / Yazışma:
Begüm ESER, Toros Üniversitesi,
İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler
Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Mersin,
Türkiye

E-mail: begum.eser@toros.edu.tr

Received / Geliş: 15 Nisan 2021

Accepted / Kabul: 23 Eylül 2021

Online published / Çevrimiçi yayın:
01 Ekim 2021

©2021 JCBPR, Available online at
<http://www.jcbpr.org/>

Cite this article as: Eser, B., Yerlikaya, E.E. (2022). Majör Depresif Bozukluk Tanısı Alan Hastalarda Depresif Belirti Şiddeti, Üstbilişler ve Obsesif İnanışlar Arasındaki İlişkiler. J Cogn Behav Psychother Res; 11(1),21-30. <https://doi.org/10.5455/JCBPR.73377>

GİRİŞ

Beck'in bilişsel kuramı, 1960'lı yıllardaki klinik gözlemleri ve deneysel çalışmalarıyla başlamıştır (Beck, 1967). Bu kuram, depresif dönemlerde olumsuz bilişsel içeriğin varlığını ortaya koymuş ve bilişlerin depresyondaki nedensel rollerinin araştırılmasını sağlamıştır (Beck, 1967). Böylece tedavi prosedürleri depresyon ile başlamış, daha sonra anksiyete bozuklukları ile devam etmiş ve bunu kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları ve psikotik bozukluklar takip etmiştir. 1980'li yıllardan itibaren diğer kuramcılar tarafından da destek görmüştür (Türkçapar ve Sargın, 2012).

Bilişsel modele göre kişi, karşılaştığı nesnel bir durumu, mevcut kuralları, inançları ve tutumları nedeniyle yanıltır-maktadır. Bu yanlılık, otomatik düşünceler olarak adlandırılan, durum hakkındaki kolay ulaşılan çarpık yargılamalara sebep olmaktadır. Otomatik düşünceler ise işlevsel olmayan duygu ve davranışları beraberinde getirmektedir. Genellikle bu davranışlar, kişinin kendisi ve dünya hakkındaki temel inançlarına hizmet etmektedir. Kişinin kendisini ve dünyayı algılamak için kullandığı kalıp inançlar ise şema olarak adlandırılmaktadır. Ruhsal bozukluklar sırasında olumsuz şemaların aktif olduğu, diğer zamanlarda olumlu şemaların daha baskın olduğu söylenebilmektedir (Türkçapar, 2009). Olumsuz şema aktif olduğunda kişi, kendi şemaları etrafında durumu değerlendirmekte ve ortaya çıkan duygu ile başa çıkma stratejileri kullanmaktadır (Özdel, 2015). Olumsuz şemaların, ruhsal patolojisi olan bireylerde daha katı, şiddetli ve kalıplaşmış olduğu düşünülmektedir. Şemanın içerikleri psikopatolojiye göre farklılaşmaktadır. Depresyonun bilişsel modelinde, şemalar bilişsel üçlü çevresindedir. Depresyonun bilişsel üçlüsüne göre erken deneyimler, benlik, dünya ve gelecekle ilgili olumsuz düşüncenin temelini oluşturmaktadır (Beck, Rush, Shaw ve Emery, 1987).

Wells ve Matthews (1994), bilişsel terapide şemaların silinebilmesi veya işlevsel olanlarla değiştirilebilmesi düşüncesinin yararlı olmadığını savunmuşlardır. Kişiler inanışlarını oluştururken iç kurallara dayandırmaktadır. Bu nedenle, işlevsel olmayan inanış ve yorumlara yönlendiren içsel mekanizmaları formüle etmek önemlidir. Bunun yanı sıra, bilişsel kuram, kişilerin bilgi işleme sisteminde "ben yetersizim/değersizim" gibi değerlendirmelere odaklanmıştır. Ancak bilginin bu şekilde temsil edilmesinin net olmadığı düşünülmüştür (Matthews ve Wells, 2000). Wells (2002), inanışların daha farklı şekillerde temsil edilmesi gerektiğini savunmuştur. Bilişsel tedavi alanındaki bu yeni gelişme üstbilişsel kuram (metacognitive theory) olarak ortaya çıkmıştır (Wells, 1995).

Üstbilişsel kurama göre, bilişler hakkındaki işlevsel olmayan inanışlar, psikopatolojilerin oluşması ve sürdürülmesinin temelini oluşturmaktadır (Wells, 2002; Wells ve Matthews, 1994). Klasik bilişsel davranışçı yaklaşımda, bilişler yüzeyden derine doğru otomatik düşünceler, ara inançlar ve şemalar olarak sıralanmaktadır (Beck, 1979). Wells'e göre bu sıralamanın en altında, diğer üç katmanla etkileşimde bulunan üstbilişler bulunmaktadır. Üstbilişler, bilişlerin değerlendirilmesi, izlenmesi ve kontrol edilmesi sürecinden sorumludur (Papageorgiou ve Wells, 1999; Wells, 2011). Üstbilişsel teoride bilişlerin hangi düşünce süreçlerini etkilediği ve sonucunda kişilerin nasıl tepki verdikleri ve bu tepkiyi kontrol etmek için hangi baş etme yöntemlerini devreye soktuklarının daha merkezi bir rol oynadığı savunulmaktadır (Wells, 2011). Üstbilişsel kuramı bilişsel kuramdan ayıran temel dayanaklardan biri, bilişsel kuramın düşünce ve inançların içeriğine ("Başaramayacağım"), üstbilişsel kuramın ise bu düşünceler hakkındaki işlevsel olmayan inanışlara ("Çok endişelenmek bana zarar verir") odaklanmasıdır (Wells, 2011).

Depresyonun üstbilişsel modeli Papageorgiou ve Wells (2003) tarafından geliştirilmiştir. Depresif kişilerde olayları tekrar tekrar düşünme, olayların nedenleri üzerine düşünme, depresif duygu durumuna cevap arama gibi durumlar gözlenmektedir. Depresif kişiler, ruminasyonu zamanla kontrol edilemeyen bir durum olarak algıladıkları için bunu durdurmak yerine teslim olabilmektedirler ya da ruminasyonu bir sorun olarak değil çözüm olarak düşünebilmektedirler. Her iki durumda da ruminasyona dair olumlu inanışlar, ruminasyonun devamlılığında rol oynamaktadır. Ruminasyonun kontrol edilemezliğine dair olan olumsuz inanışlar, ruminasyonun çözüm olduğuna dair olumlu inanışlar ve ruminasyona ilişkin farkındalığın azalması yanlış baş etme stratejilerine ve böylece depresif bilişlerin ve bu duygu durumunun artmasına sebep olmaktadır (Wells, 2011).

Üstbilişsel kuramın depresyonu açıklarken belirttiği gibi, ruminasyona ilişkin olumlu ve olumsuz inanışların depresif semptomların oluşumu ve şiddetinde etkili olduğu çeşitli araştırmalarla desteklenmiştir (Papageorgiou ve Wells, 2003; Yılmaz, 2007, 2016). Bu çalışmalarda, ruminasyona ilişkin inanışların depresif semptomlarla doğru orantılı olarak arttığı gösterilmiştir. Yılmaz'ın çalışmasında (2016), olumlu inanışların ruminasyon düzeyini, ruminasyon düzeyinin olumsuz inanışları, olumsuz inanışların da depresif belirtileri anlamlı olarak yordadığı belirtilmiştir.

Üstbilişleri ölçmek amacıyla sıklıkla kullanılan Üstbilişler Ölçeği-30 (ÜBÖ-30) ile değerlendirilen olumlu ve olumsuz üstbilişsel inanışlar endişe ile ilgilidir (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004). Ancak ÜBÖ-30 ile depresif belirtiler arasında ilişki olduğunu ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır (Papageorgiou ve Wells, 2003; Yılmaz, 2007). Bu çalışmalar, depresif belirtilerin sadece ruminasyonla değil aynı zamanda endişe ile ilgili olduğunu göstermektedir. Depresif bir kişi, geçmişe yönelik ruminatif ve geleceğe yönelik endişe düşünceleri içinde olabilmektedir. Endişe ile ilgili inanışlar, depresyon ve anksiyete bozukluklarının sık birlikteliği ve/veya üstbilişsel faaliyetlerin depresif tabloya etkisi de olabilmektedir (Yılmaz, Gençöz ve Wells, 2015).

Üstbilişsel inanışlara ek olarak, düşünce içeriklerine vurgu yapan obsesif inanışlar da incelenmiştir. Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu (OKBÇG) tarafından tanımlanan obsesif inanışlar; mükemmeliyetçilik, kesinlik, düşüncelere önem verme, düşünceleri kontrol etme, abartılmış sorumluluk ve abartılmış tehlike beklentisi olarak gruplandırılmaktadır (OKBÇG, 2005). Obsesif inanışlar kavramsallaştırılırken, çoğu bireyin benzer deneyimleri yaşadığı fakat bu deneyimler, birey tarafından tehdit ve tehlikenin habercisi olarak yorumlanmaya başladığında patoloji olarak değerlendirildiği belirtilmektedir (Tolin, Woods ve Abramowitz, 2003). Daha yüksek sıklıktaki obsesif inanışların daha olumsuz bir duygu durumu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Purdon ve Clark, 2001), Kişi, bu girici düşünceden kurtulmak için önleyici stratejiler geliştirmektedir. Bu stratejiler sıkıntıda geçici azalma sağlamak ve bu yüzden stratejilerin tekrarlanma ihtimalini artırmaktadır (Tolin vd. 2003). Ancak, girici düşünceleri etkisizleştirme çabası, bu düşünceleri azaltmanın aksine artışına sebep olabilmektedir (Tolin, Abramowitz, Przeworski ve Foa, 2002).

Bu çalışmada, obsesif inanışların OKB'ye özgü olmaya bileceği (Tolin, Worhunsky ve Maltby, 2006) ve depresyonda ruminasyonlara ek olarak obsesif inanışların ve endişe ile ilgili üstbilişsel inanışların da olabileceği varsayımlarına yanıt aranmaktadır. Buradan yola çıkarak, üstbilişsel kuram çerçevesinde depresyonun oluşum ve sürdürülmesinde önemli olan üstbilişsel ve obsesif inanış alanlarının incelenmesi amaçlanmıştır. İşlevsel olmayan inanışlar, depresyonun bilişsel kavramsallaştırmasının merkezindedir ancak teorik modeller, hastalığın oluşumu ve sürdürülmesinde hangi inanışların ve süreçlerin önemli olduğu konusunda farklılaşmaktadır. Bu sebeple, depresyonda incelenen işlevsel olmayan inanış türlerinden

obsesif ve üstbilişsel inanışlara birlikte yer verilmesi önemli görünmektedir. Böylece, obsesif inanışlar ve üstbilişler ile depresyon arasındaki ilişkinin daha net bir şekilde anlaşılabilmesi düşünülmektedir. ÜBÖ-30, psikopatolojilerin üstbilişsel modelleriyle ve bu nedenle klinik grupların üstbilişlerini değerlendirmeye daha uygundur (Tosun ve Irak, 2008). Bu araştırmayla, üstbilişsel faktörlerin depresyondaki rolünün hem klinik hem de kontrol grubu ile incelenmesinin üstbilişsel kuram çerçevesinde yapılan araştırmalara katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

YÖNTEM

Bu araştırma için, Çağ Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 18.03.2019 tarihinde 587 sayılı onay alınmıştır.

Katılımcılar

Araştırma, Adana Dr. Ekrem Tok Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi ve özel bir muayenehaneye Mart-Haziran 2019 tarihlerinde başvuran ve DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı ölçütlerine göre MDB tanısı ile yatarak veya ayakta tedavi gören katılımcılar ile yürütülmüştür. Araştırma, 50 klinik katılımcı ile çalışma ölçütlerini karşılayan ve klinik gruba yaş ve cinsiyet açısından benzeşen 45 kontrol katılımcı ile yapılmıştır. Tüm katılımcılar bilgilendirilmiş onam ile beraber aynı ölçekleri yanıtlamıştır. 19–69 yaş aralığındaki klinik katılımcıların yaş ortalaması 36,04 (Ss: 11,33) ve 19–64 yaş aralığındaki kontrol grubundaki katılımcıların yaş ortalaması 36,67'dir (Ss: 11,75). Klinik gruptaki katılımcıların BDE puanları 18–53 (\bar{x} : 30,52; Ss: 8,33) ve kontrol grubundaki katılımcıların BDE puanları 0–14 (\bar{x} : 7; Ss: 4,05) arasındadır.

Klinik gruba dâhil edilme kriterleri; DSM-5'e (APA, 2013) göre MDB tanısının konulması, en az 6 ay süreyle MDB tanısıyla takip ediliyor olması, 18–69 yaş aralığında olması, nörolojik veya psikolojik başka bir bozukluğun eşlik etmemesi, okur-yazar olması ve BDE ile ölçülen depresyon puanlarının 17'den yüksek olması şeklindedir. Klinik olmayan katılımcıların dâhil edilme kriterleri ise, geçmiş veya şimdiki öyküsünde psikiyatrik bir hastalığının olmaması, psikoaktif madde kötüye kullanımının olmaması, nörolojik veya sistemik rahatsızlığı olmaması, aile öyküsünde depresyon ve/veya bipolar bozukluğun olmaması, okur-yazar olması ve klinik gruba yaş ve cinsiyet açısından benzeşik olması şeklindedir. BDE'den 15 puan üstü alan ve dâhil edilme kriterlerine uymayan katılımcılar dışlanmıştır.

Ölçüm Araçları

Kişisel Bilgi Formu: Araştırma örnekleminin sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, aile öyküsünde psikopatolojinin olup olmaması, katılımcının psikiyatrik ilaç kullanıp kullanmaması, katılımcının geçmiş öyküsünde psikoaktif madde kötüye kullanımının olup olmaması ve katılımcının kronik bir rahatsızlığının olup olmaması ile ilgili bilgileri içermektedir.

Beck Depresyon Envanteri (BDE): Depresif belirtilerinin şiddetini ölçmek amacıyla Beck, Steer ve Garbin (1988) tarafından geliştirilmiştir. Yirmi bir maddeden oluşan ölçek maddeleri, 0 ile 3 puan arasında değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puanların artması, depresif belirti şiddetinin arttığını göstermektedir. Envanterin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1988, 1989) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ise 0,88 olarak bulunmuştur.

Üstbilişler Ölçeği (ÜBÖ-30): Üstbilişler Ölçeği, üstbilişsel inanış ve süreçleri değerlendirmek amacıyla Wells ve Cartwright (2004) tarafından geliştirilmiştir. ÜBÖ-30'daki her madde, 4'lü Likert tipi (1=Kesinlikle katılmıyorum, 4=Kesinlikle katılıyorum) derecelendirilmeye dayanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 30 ile 120 arasında değişmektedir ve puanın yükselmesi patolojik tarzda üstbilişsel faaliyetin arttığına işaret etmektedir. Üstbilişler Ölçeği beş alt ölçekten oluşmaktadır: olumlu inanışlar (OI), kontrol edilemezlik ve tehlike (KET), bilişsel güven (BG), düşünceleri kontrol etme ihtiyacı (DKİ) ve bilişsel farkındalık (BF). ÜBÖ-30'un Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tosun ve Irak (2008) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin geneline ait iç tutarlılık katsayısı 0,88 olarak belirtilmiştir (Tosun ve Irak, 2008).

Obsesif İnanışlar Ölçeği (OIÖ-44): Obsesif İnanışlar Ölçeği, obsesyon ve kompulsyonların oluşması ve sürdürülmesine etki eden inanışları değerlendirmek amacıyla Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu (OKBÇG, 1997) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek, 3 boyuttan ve 44 maddeden oluşmaktadır. Bu boyutlar: sorumluluk/tehlike beklentisi (STB), mükemmeliyetçilik/kesinlik (MK) ve düşüncelere önem verme/düşünceleri kontrol etme (DÖVDKE) olarak belirlenmiştir (OKBÇG, 2005). Ölçekteki maddeler 7'li Likert tipi derecelendirmeye (1=Kesinlikle katılmıyorum, 7=Tamamen katılıyorum) dayanmaktadır. OIÖ-44'ün Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Boysan, Beşiroğlu, Çetinkaya, Atlı ve Aydın

(2010) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin geneline ait iç tutarlılık katsayısı 0,95 ve 30 günlük test-tekrar test korelasyonu 0,79 olarak belirtilmiştir.

İstatiksel Analiz

ÜBÖ-30, OIÖ-44 ve BDE ölçme araçlarından elde edilen veri setinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla Kolmogorov-Smirnov testi uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren veri setinde, sürekli değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı uygulanmış ve normal dağılım göstermeyen veri seti için Spearman sıralı korelasyon analizi uygulanmıştır. Ölçme araçlarından elde edilen verilerin klinik ve kontrol gruplara göre farklılaşp farklılaşmadığı incelenirken; normal dağılım gösteren veriler için bağımsız gruplar t-testi ve dağılımın normal olmadığı veriler için bağımsız gruplar t-testinin parametrik olmayan alternatifini Mann Whitney-U testi uygulanmıştır. Kişisel bilgiler ile kullanılan ölçme araçlarından alınan puanlar arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla t-testi analizleri yapılmıştır. Kişisel bilgilerin klinik ve kontrol gruplarına göre dağılımlarını göstermek amacıyla betimsel istatistikleri hesaplanmıştır. Yapılan tüm analizlerin yorumlanmasında $p < 0,05$ anlamlılık düzeyi esas alınmıştır. Elde edilen verilerin istatistiki analizi için SPSS 25,0 paket programı kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırmada yer alan sürekli değişkenlerin normallik kontrolleri sonucunda; ÜBÖ-30'un bilişsel güven (BG), düşünceleri kontrol ihtiyacı (DKİ), bilişsel farkındalık (BF), olumlu inanışlar (OI) alt ölçekleri ve Beck Depresyon Envanteri için normallığın sağlanmadığı saptanmıştır.

Klinik ve kontrol grupları yaş ve cinsiyet açısından eşlenik olup grupların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.

BDE ve ÜBÖ-30 puanları için katılımcıların cinsiyetleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). OIÖ puanları için, klinik grupta cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Kontrol grubunda ise obsesif inanışlar toplam puanlarının ve sorumluluk/tehlike beklentisi alt ölçeklerinden alınan puanların erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 2).

Tablo 1: Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri

N: 95		Klinik (n=50)	Kontrol (n=45)
Yaş	Ort ± Ss	36,04±11,33	36,67±11,75
	t		-0,265
	p		0,83
		N (%)	N (%)
Cinsiyet	Kadın	40 (80)	37 (82,2)
	Erkek	10 (20)	8 (17,8)
Medeni durum	Bekâr	21 (42)	23 (51,1)
	Evli	29 (58)	22 (48,9)
Psikiyatrik ilaç kullanımı	Evet	33 (66)	2 (4,4)
	Hayır	17 (34)	43 (95,6)
Öğrenim durumu	İlkokul	9 (18)	2 (4,4)
	Ortaokul	1 (2)	1 (2,2)
	Lise	13 (26)	7 (15,6)
	Üniversite	27 (54)	35 (77,8)
Kronik hastalık	Evet	3 (6)	5 (11,1)
	Hayır	47 (94)	40 (88,9)
Madde kötüye kullanımı	Evet	7 (14)	0 (0)
	Hayır	43 (86)	45 (100)
Psikiyatrik aile öyküsü	Evet	22 (44)	9 (20)
	Hayır	28 (56)	36 (80)

Tablo 2: Ölçek puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması

N=95		Klinik Katılımcı (n=50)			Kontrol Katılımcı (n=45)		
Ölçekler	Cinsiyet	Ort+Ss	t	p	Ort+Ss	t	p
+OiÖ	Kadın	189,73±56,11	0,152	0,88	152,85±43,68	-2,254	0,03*
	Erkek	186,74±53,18			189,39±28,39		
+OiÖ-DÖVDKE	Kadın	43,96±17,62	0,375	0,71	33,51±13,71	-1,300	0,20
	Erkek	41,60±18,58			40,50±14,11		
+OiÖ-MK	Kadın	74,60±23,33	-0,087	0,93	62,60±19,16	-1,923	0,06
	Erkek	75,30±20,07			76,26±12,27		
+OiÖ-STB	Kadın	71,17±21,73	0,172	0,86	56,74±17,75	-2,426	0,02*
	Erkek	69,84±21,86			72,62±10,60		
+ÜBÖ	Kadın	80,60±13,85	0,202	0,84	65,64±2,26	0,124	0,90
	Erkek	79,64±11,69			65±3,65		
+ÜBÖ-KET	Kadın	16,16±4,66	-0,283	0,78	11,79±0,66	1,718	0,09
	Erkek	16,60±2,80			14,38±1,07		
Ölçekler	Cinsiyet	S. O	U	p	S. O.	U	p
++ÜBÖ-BF	Kadın	25,78	189	0,80	23,24	139	0,80
	Erkek	24,40			21,88		
++ÜBÖ-BG	Kadın	26,51	159,50	0,33	24,66	86,50	0,07
	Erkek	21,45			15,31		
++ÜBÖ-DKİ	Kadın	26,80	148	0,22	23,99	111,50	0,28
	Erkek	20,30			18,44		
++ÜBÖ-Oİ	Kadın	24,04	258,50	0,16	22,32	173	0,47
	Erkek	31,35			26,13		
++BDE	Kadın	26,36	165,50	0,40	24,07	108,50	0,24
	Erkek	22,05			18,06		

S. O., sıra ortalamaları; + bağımsız gruplar t testi; ++ Mann Whitney U testi; * p<0,05

BF, bilişsel farkındalık; BG, bilişsel güven; DKİ, düşünceleri kontrol ihtiyacı; DÖVDKE, düşüncelere önem verme ve düşünceleri kontrol etme; KET, kontrol edilemezlik ve tehlike; MK, mükemmeliyetçilik/kesinlik; Oi, olumlu inanış; OiÖ-44, obsesif inanışlar ölçeği; STB, sorumluluk/tehlike beklentisi; ÜBÖ-30, üstbilişler ölçeği.

Tablo 3. Ölçek puanlarının gruplara göre karşılaştırılması

N: 95	Klinik (n=50)	Kontrol (n=45)		
Ölçekler	Ort+Ss	Ort+Ss	t	p
+OİÖ-44	189,13±55,02	159,35±43,46	2,906	0,009**
+OİÖ-DVÖDK	43,49±17,64	34,76±13,89	2,660	0,005**
+OİÖ-MK	74,74±22,52	65,03±18,77	2,269	0,026*
+OİÖ-STB	70,90±21,54	59,56±17,71	2,785	0,006**
+ÜBÖ-30	80,41±13,34	65,53±13,11	5,474	0,000**
+ÜBÖ-KET	16,25±4,33	12,25±3,95	4,690	0,000**
	S. O.	S. O.	U	p
++ÜBÖ-BF	55,40	39,78	755	0,006*
++ÜBÖ-BG	53,26	42,16	862	0,049*
++ÜBÖ-DKİ	63,46	30,82	579	0,000*
++ÜBÖ-Oİ	46,57	49,59	737	-0,593

S. O., sıra ortalamaları; + bağımsız gruplar t testi; ++ Mann Whitney U testi.
* p<0,05; ** p<0,01.
BF, bilişsel farkındalık; BG, bilişsel güven; DKİ, düşünceleri kontrol ihtiyacı; DÖVDKE, düşüncelere önem verme ve düşünceleri kontrol etme; KET, kontrol edilemezlik ve tehlike; MK, mükemmeliyetçilik/kesinlik; Oİ, olumlu inanış; OİÖ-44, obsesif inanışlar ölçeği; STB, sorumluluk/tehlike beklentisi; ÜBÖ-30, üstbilişler ölçeği.

Tablo 4: Üstbilişler ve obsesif inanışlar arasındaki ilişkiler

N: 95	ÜBÖ-30		BF		BG		DKİ		KET		Oİ	
	r	p	r _s	p	r _s	p	r _s	p	r	p	r _s	p
OİÖ-44	0,68	0,000**	0,49	0,000**	0,01	0,893	0,57	0,000**	0,76	0,000**	0,29	0,005**
DÖVDKE	0,58	0,000**	0,34	0,001**	0,11	0,276	0,51	0,000**	0,67	0,000**	0,15	0,138
MK	0,55	0,000**	0,45	0,000**	-0,10	0,320	0,45	0,000**	0,60	0,000**	0,29	0,004**
STB	0,69	0,000**	0,49	0,000**	0,05	0,629	0,55	0,000**	0,75	0,000**	0,31	0,002**

r, Pearson korelasyon; r_s, Spearman's rho korelasyon; **p<0,01.
BF, bilişsel farkındalık; BG, bilişsel güven; DKİ, düşünceleri kontrol ihtiyacı; DÖVDKE, düşüncelere önem verme ve düşünceleri kontrol etme; KET, kontrol edilemezlik ve tehlike; MK, mükemmeliyetçilik/kesinlik; Oİ, olumlu inanış; OİÖ-44, obsesif inanışlar ölçeği; STB, sorumluluk/tehlike beklentisi; ÜBÖ-30, üstbilişler ölçeği.

Klinik ve kontrol grubundaki katılımcılar üstbilişler ve obsesif inanışları açısından incelenmiştir. ÜBÖ-30 puanları değerlendirildiğinde; bilişsel farkındalık, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve kontrol edilemezlik ve tehlike alt ölçekleri puanlarının klinik grupta anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (p<0,05). Olumlu inanışlar alt ölçeğinden alınan puanlar ise klinik ve kontrol grubu için farklılaşmamıştır (p>0,05). OİÖ-44 ve tüm alt ölçeklerinden elde edilen puanların ise klinik grupta anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 3).

Üstbilişler ve obsesif inanışlar arasındaki ilişkilere bakıldığında; ÜBÖ-30'un bilişsel güven alt ölçeği ile OİÖ-44'ün tüm alt ölçekleri arasındaki korelasyonların anlamlı olmadığı görülmektedir (p>0,05). Buna ek olarak, OİÖ-44'ün, düşüncelere önem verme/düşünceleri kontrol etme alt ölçeği ile ÜBÖ-30'un olumlu inanışlar alt ölçeği arasındaki

korelasyon da anlamlı bulunmamıştır (p>0,05). İki ölçeğin diğer alt ölçekleri arasında ise pozitif yönde ve anlamlı korelasyonlar bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 4).

Depresif belirti şiddeti ile ölçekler arasındaki ilişkilere bakıldığında; depresif belirti şiddeti ile üstbilişler toplam puanları, düşünceleri kontrol ihtiyacı, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel farkındalık ve bilişsel güven puanları arasındaki korelasyonların pozitif yönde ve anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,01). Depresif belirti şiddeti ile olumlu inanış alt ölçeği (ÜBÖ-30 ile ölçülen) puanları arasındaki korelasyon ise anlamlı bulunmamıştır (p>0,05). Depresif belirti şiddeti ile obsesif inanışlar toplam puanları, düşüncelere önem verme/düşünceleri kontrol etme, mükemmeliyetçilik/kesinlik ve sorumluluk/tehlike beklentisi arasındaki korelasyonların pozitif yönde ve anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0,01) (Tablo 5).

Tablo 5: Depresyon, üstbilişler ve obsesif inanışlar arasındaki ilişkiler

N: 95		OİÖ	DVÖDK	MK	STB	ÜBÖ	BF	BG	DKİ	KET	Oİ
BDE	r_s	0,38	0,34	0,28	0,39	0,58	0,28	0,31	0,62	0,48	-0,04
	p	0,000**	0,001**	0,006**	0,000**	0,000**	0,005**	0,002**	0,000**	0,000**	0,711

r: Pearson korelasyon, r_s : Spearman's korelasyon, **p<0,01
BDE, Beck depresyon envanteri; **BF**, bilişsel farkındalık; **BG**, bilişsel güven; **DKİ**, düşünceleri kontrol ihtiyacı; **DÖVDKE**, düşüncelere önem verme ve düşünceleri kontrol etme; **KET**, kontrol edilemezlik ve tehlike; **MK**, mükemmeliyetçilik/kesinlik; **Oİ**, olumlu inanış; **OİÖ-44**, obsesif inanışlar ölçeği; **STB**, sorumluluk/tehlike beklentisi; **ÜBÖ-30**, üstbilişler ölçeği.

TARTIŞMA

Elde edilen bulgular, üstbilişsel inanışların depresif kişilerde daha yoğun olduğunu, depresif belirti şiddeti arttıkça üstbilişsel inanışların da arttığını göstermektedir. Ancak olumlu inanışların hem depresyonun olup olmaması hem de depresif belirti şiddetiyle ilişkili olmadığı bulunmuştur. Obsesif inanışların depresif kişilerde daha yoğun olduğu gözlemlenmiştir. Aynı zamanda, obsesif inanışlar ve üstbilişlerin birbirleriyle ve depresyonun şiddetiyle ilişkili olduğu saptanmıştır.

Üstbilişsel inanışlardan bilişsel farkındalık, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve kontrol edilemezlik ve tehlike ile ilgili inanışların klinik grupta kontrol grubuna göre daha yoğun olduğu saptanmıştır. Klinik ve kontrol gruplarının karşılaştırıldığı çalışmalarda ÜBÖ-30 toplam puanlarının gruplara göre farklılaştığı bildirilmektedir (Barahmand, 2009; Özsoy ve Kuloğlu, 2017; Papageorgiou ve Wells, 2003; Yılmaz, İzci, Mermi ve Atmaca, 2016). Bu çalışmada da depresif belirti şiddeti arttıkça endişeye ilişkin üstbilişsel inanışların yoğunlaştığı ve kişinin bilişsel faaliyetlerini olumsuz etkilediği bulunmuştur. Ancak, olumlu inanışlara ilişkin üstbilişler, iki grup arasında farklılık göstermemiştir. Alan yazını incelendiğinde, depresyon ve kontrol gruplarıyla ÜBÖ-30 kullanılarak yapılan çalışmalar da bu bulguyla paralellik göstermektedir (Batmaz, Kaymak, Koçbıyık ve Türkçapar, 2014; Özsoy ve Kuloğlu, 2017). Olumlu inanışların ruminasyon artışına sebep olduğu, ruminasyon artışının olumsuz inanışları arttırdığı ve böylece depresyon düzeyinin yoğunlaştığı gösterilmiştir. Bu sebeple, olumlu inanışların depresyonun şiddetinde doğrudan değil dolaylı bir etkisinin olabileceği belirtilmiştir (Yılmaz, 2016). Bunlara ek olarak, ÜBÖ-30'daki olumlu inanışlar, endişeye dair olumlu inanışları temsil etmektedir (Wells ve Cartwright-Hatton, 2004). Ruminasyonla ilgili olumlu inanışları ölçen başka envanterler kullanıldığında klinik ve kontrol grupları arasında farklılık olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Kubiak,

Zahn, Siewert ve Weber, 2014). Çalışmaların ortak sonucu olarak; olumlu inanışların depresyon ile ilişkisinin tutarsızlık göstermesi, bu değişkenlerin direkt olarak depresyon ile ilişkili olmayabileceğini ancak depresyonun semptomlarına bağlı olarak görülebileceği şeklinde yorumlanabilmektedir.

Obsesif inanışların klinik grupta kontrol grubuna göre daha yoğun olduğu bulunmuştur. MDB ve OKB'nin ortak nörotransmitter ve beyin bölgeleriyle ilişkili olduğunu gösteren birçok kanıt bulunmaktadır (Rampacher ve ark., 2010). Obsesif inanışları inceleyen anksiyete bozukluğu ve OKB grubuyla yapılan çalışmalarda; obsesif inanışların OKB semptomlarıyla olduğu gibi depresyon ve anksiyete semptomlarıyla da ilişkili olduğu belirtilmiştir (Belloch ve ark., 2010; Taylor, Kyrios, Thordason, Steketee ve Frost, 2002). OKB ve klinik olmayan grubun karşılaştırıldığı bir çalışmada ise (Konkan, Şenormancı, Güçlü, Aydın ve Sungur, 2012); obsesif inanışların, OKB grubunda anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak, depresyon puanları kontrol edildiğinde bu fark anlamlılığını yitirmiştir. Bu sonuç, obsesif inanışlarda depresyonun rolüne vurgu yapmaktadır. Mükemmeliyetçilik/kesinlik; kişinin, hata ve kusurları tolere etmede yaşadığı zorlukları tanımlamaktadır. Mükemmeliyetçilik ile MDB arasındaki ilişkilere dair kanıtlar bulunmaktadır (Sassaroli ve ark., 2008). Abartılmış sorumluluk/tehlike beklentisi; kişinin, obsesyonların içeriği ve olası kötü sonuçlarından kendisini olduğundan fazla sorumlu görmesine yönelik inanışlarını ifade etmektedir. Depresyonun bilişsel modeline göre, depresif kişiler olumsuz olayların olma olasılığını abartma eğilimi göstermektedir (Yook, Kim, Suh ve Lee, 2010). Bu nedenle depresif kişilerin algıladıkları sorumluluk ve tehlike beklentisine dair inanışların depresif belirti şiddetinde etkili olacağı düşünülmüştür. Düşüncelere önem verme/düşünceleri kontrol etme; işlevsel olmayan düşüncelerin kontrol edilebilir olduğuna ve bunun gerekli olduğuna dair inanışları içermektedir

(OKBÇG, 2005). Depresyon ve obsesif inanışlar arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, depresif kişilerin işlevsel olmayan düşünceleri bastırma becerisinin daha az olduğu, dolayısıyla bu düşüncelerin depresif kişilerde de görülebileceği belirtilmiştir (Wenzlaff ve Bates, 1998). Tüm bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde, obsesif inanışların yalnızca OKB'yi açıklamadığını ve obsesif inanışların tanılar üstü bir kavram olduğu düşünülebilir.

Ayrıca, obsesif ve üstbilişsel inanışların birbirleriyle orta ve yüksek düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur. Üstbilişsel inanışlardan biri olan bilişsel güven ile obsesif inanışların aralarındaki korelasyonun anlamlı olmadığı, diğer dört üstbilişsel inanış alanı ile obsesif inanışlar arasındaki korelasyonların ise pozitif yönde ve anlamlı olduğu bulunmuştur. Üstbilişsel faktörlerden endişeye dair olumlu inanışlar ile obsesif inanış alanlarından düşüncelere önem verme/düşünceleri kontrol etme arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu inanışlar, depresyonun oluşumuna sebep olabilir, sürdürülmesinde rol oynayabilir veya depresif belirtilerin bu inanışlar üzerinde doğrudan veya dolaylı etkisi olabilir. Sonuçlar, obsesif inanışlar ve endişeye ilişkin üstbilişsel inanışların depresyonda beraber arttığını göstermektedir. Elde edilen bulgular, depresyonun üstbilişsel modeli ve klinik psikoloji alanında yapılan çalışma bulgularıyla örtüşmektedir.

Bu araştırma, 2018–2019 yıllarında, Adana ilinde özel bir muayenehanede ve Dr. Ekrem Tok Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde MDB tanısıyla takip edilen ve kesitsel olarak elde edilen hasta grubu ile sınırlıdır. Bu nedenle bulgular, öncelikle bu gruba ve benzer özelliklere sahip gruplara genellenebilir. Bu çalışmada klinik grup sadece depresif gruptan oluşmaktadır. İleride yapılacak çalışmalarda diğer psikopatolojilerin de çalışmanın örnekleme eklenmesi, psikopatolojiler arası karşılaştırmayı mümkün kılabilir. Çalışmaya katılan klinik grubun depresyon puanları 17'nin üzerindedir ve 17 puanın altında kalan eşik altı depresyon hastalarını içermemektedir. Ayrıca, ilaç kullanımı ve anksiyete düzeyleri bu çalışmanın dışlama kriterlerinde değildir. Bu yüzden, sonraki çalışmalarda ilaç kullanımının dışlama kriteri olarak değerlendirilmesi ve anksiyete düzeylerinin çalışmaya eklenmesi düşünülebilir. Çalışmanın başka bir sınırlılığı olarak, bu çalışmada değişkenlerin birbirlerini ne derece etkilediği incelenmemiştir. İleride yapılacak çalışmalarda değişkenlerin birbirini ne kadar yordadığı üzerinde çalışılması, tedavi planlanırken önceliğin belirlenmesine yardımcı olabilir.

Etik Kurul Onayı: Çalışma, Çağ Üniversitesi Etik Kurulu tarafından onaylandı (onay tarihi ve sayısı: 18.03.2019/ 587).

Hasta Onamı: Çalışmaya katılan tüm katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam formu alındı.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarların bu araştırma bağlamında açıklaması gereken herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek: Bu çalışma için herhangi bir kurumdan finansal destek alınmamıştır.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Ethics Committee of Çağ University (date and number of approval: 18.03.2019/ 587).

Informed Consent: Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest.

Financial Disclosure: No financial disclosure was received.

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2000). Ruhsal Bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-4). Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5). Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Barahmand, U. (2009). Meta-cognitive profiles in anxiety disorders. *Psychiatry Res*, 169(3), 240-243. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.06.029>
- Batmaz, S. (2015). Metakognitif terapi: Uygulama ve etkinlik. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8(2), 33-8. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-metakognitif-terapi-uygulama-ve-etkinlik-71495.html>
- Batmaz, S., Kaymak, S. U., Kocbiyik, S. ve Turkcapar, M. H. (2014). Metacognitions and emotional schemas: a new cognitive perspective for the distinction between unipolar and bipolar depression. *Comprehensive Psychiatry*, 55(7), 1546-1555. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.05.016>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper&Row.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press: New York.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B.F., Emery, G (1987). *Cognitive therapy of depression*. The Guilford Press: New York.
- Beck, A. T., Steer, R. A. ve Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychology Rev*, 8(1), 77-100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Belloch, A., Morillo, C., Luciano, J. V., Garcia-Soriano, G., Cabedo, E. ve Carrio, C. (2010). Dysfunctional belief domains related to obsessive-compulsive disorder: A further examination of their dimensionality and specificity. *Spanish J Psychology*, 13, 376-388. <https://doi.org/10.1017/S1138741600003930>
- Boysan, M., Beşiroğlu, L., Çetinkaya, N., Atlı, A. ve Aydın, A. (2010). Obsesif İnanışlar Ölçeği-44'ün (OIÖ-44) Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Arch Neuropsychiatry*, 47(3), 216-222. <https://doi.org/10.4274/npa.5454>

- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Derg.* 6(22), 118-122.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenilirliği. *Psikoloji Derg.* 7(23), 3-13.
- Konkan, R., Şenormancı, Ö., Güçlü, O., Aydın, E. ve Sungur, M. Z. (2012). Obsesif kompulsif bozukluk ve obsesif inançlar. *Anatolian J Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Derg.* 13(2), 91-96. <https://app.trdizin.gov.tr/makale/TVRVNU9UTTRPQT09/obsesif-kompulsif-bozukluk-ve-obsesif-inanclar>
- Kubiak, T., Zahn, D., Siewert, K., Jonas, C. ve Weber, H. (2014). Positive beliefs about rumination are associated with ruminative thinking and affect in daily life: Evidence for a metacognitive view on depression. *Behav Cogn Psychother.* 42(5), 568-576. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000325>
- Matthews, G. ve Wells, A. (2000). Attention, automaticity, and affective disorder. *Behav Mod.* 24(1), 69-93. <https://doi.org/10.1177/0145445500241004>
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2005). Psychometric validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: Part 2, factor analyses and testing of a brief version. *Behav Res Ther.* 43, 1527-1542. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.07.010>
- Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 35(7), 667-681. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00017-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00017-X)
- Özdel, K. (2015). Düünden bugüne bilişsel davranışçı terapiler: teori ve uygulama. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8(2), 10-20.
- Özsoy, F. ve Kuloğlu, M. M. (2017). Major depresif bozukluk ve Panik bozukluk hastalarında üstbiliş işlevlerinin değerlendirilmesi. *Çağdaş Tıp Derg.* 7(1), 42-49. <https://doi.org/10.16899/ctd.10472>
- Papageorgiou, C. ve Wells, A. (1999). Process and metacognitive dimensions of depressive and anxious thoughts and relationships with emotional intensity. *Clin Psychology Psychother.* 6, 156-162. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199905\)6:2<156::AID-CPP196>3.0.CO;2-A](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<156::AID-CPP196>3.0.CO;2-A)
- Papageorgiou, C. ve Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 261-273. <https://doi.org/10.1023/A:1023962332399>
- Purdon, C. ve Clark, D. A. (2001). Suppression of obsession-like thoughts in nonclinical individuals: Impact on thought frequency, appraisal and mood state. *Behav Res Ther.* 39(10), 1163-1181. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00092-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00092-9)
- Rampacher, F., Lennertz, L., Vogeley, A., Schulze-Rauschenbach, S., Kathmann, N., Falkai, P., ve Wagner, M. (2010). Evidence for specific cognitive deficits in visual information processing in patients with OCD compared to patients with unipolar depression. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry.* 34(6), 984-991. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2010.05.008>
- Sassaroli, S., Lauro, L. J. R., Ruggiero, G. M., Mauri, M. C., Vinai, P. ve Frost, R. (2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorder. *Behav Res Ther.* 46 (6), 757-765. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.02.007>
- Taylor, S., Kyrios, M., Thordarson, D. S., Steketee, G. ve Frost, R. O. (2002). Development and validation of instruments for measuring intrusions and beliefs in obsessive compulsive disorder. In *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions* (pp. 117-138). Pergamon. <https://doi.org/10.1016/B978-008043410-0/50009-X>
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Przeworski, A. ve Foa, E. B. (2002). Thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 40(11), 1255-1274. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00095-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00095-X)
- Tolin, D. F., Woods, C. M. ve Abramowitz, J. S. (2003). Relationship between obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms. *Cogn Ther Res.* 27(6), 657-669. <https://doi.org/10.1023/A:1026351711837>
- Tolin, D. F., Worhunsky, P. ve Maltby, N. (2006). Are "obsessive" beliefs specific to OCD?: A comparison across anxiety disorders. *Behav Res Ther.* 44(4), 469-480. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.007>
- Tosun, A. ve Irak, M. (2008). Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe uyarlaması, geçerliği, güvenilirliği, kaygı ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg.* 19(1), 67-80. <https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/ustbilis-olcegi-30-ubo-30-toad.pdf>
- Türkçapar, M. H. (2009). *Klinik uygulamada bilişsel-davranışçı terapi: depresyon*. Hekimler Yayın birliği: İstanbul.
- Türkçapar, M. H. ve Sargın, A. E. (2012). Bilişsel davranışçı psikoterapiler: tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Derg.* 1(1), 7-14. <https://www.bibliomed.org/mnsfulltext/77/77-1334216734.pdf?1644506078>
- Wells A. (2013). Advances in metacognitive therapy. *Int J Cogn Ther.* 6(2), 186-201. <https://doi.org/10.1521/ijct.2013.6.2.186>
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behav Cogn Psychother.* 23, 301-320. <https://doi.org/10.1017/S1352465800015897>
- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley. <https://doi.org/10.1002/9780470713662>
- Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A. ve Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther.* 42(4), 385-396. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00147-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5)
- Wells, A. ve Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wenzlaff, R. M. ve Bates, D. E. (1998). Unmasking a cognitive vulnerability to depression: How do deficiencies in mental control manifest depressive thinking? *J Personality Soc Psychol.* 75(6), 1559-1571. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.6.1559>
- Yılmaz, A. E. (2007). Examination of metacognitive factors in relation to anxiety and depressive symptoms: a cross-cultural study. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- Yılmaz, S., İzci, F., Mermi, O. ve Atmaca, M. (2016). Majör depresif bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk hastalarında üst biliş işlevleri: Kontrollü bir çalışma. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 17(6), 451-458. <https://doi.org/10.5455/apd.214063>
- Yılmaz, A. E. (2016). Examination of the metacognitive model of depression in a Turkish University student sample. *Turkish J Psychiatry.* 27(2), 1-9. <https://doi.org/10.5080/u13505>
- Yılmaz, A. E., Gençöz, T. ve Wells, A. (2015). Unique contributions of metacognition and cognition to depressive symptoms. *J Gen Psychology.* 142(1), 23-33. <https://doi.org/10.1080/00221309.2014.964658>
- Yook, K. Kim, K. H., Suh, S. H., Lee, K. S. (2010). Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 24(6), 623-628. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.04.003>

EXTENDED ENGLISH ABSTRACT

OBJECTIVE

The metacognitive model of depression was developed by Papageorgiou and Wells (2003). The main features of this model consists of positive metacognitive beliefs about the need for rumination to find answers to problems when depressed, negative metacognitive beliefs about the uncontrollability of rumination and the danger of depressive experiences, decreased awareness of, rumination, threat tracking, and maladaptive coping behaviors.

Obsessive beliefs emphasize the content of thought. Obsessive beliefs are maladaptive beliefs about threat, uncertainty, importance and control of thoughts, responsibility, and perfection. While conceptualizing obsessive beliefs, it is stated that most individuals have similar experiences, but when these experiences are interpreted by the individual as a harbinger of threat and danger, they are considered as pathology (Tolin, Woods & Abramowitz, 2003).

The aims of this research were to investigate the relationships between major depressive disorder, metacognitions and obsessive beliefs and metacognitions and obsessive beliefs domains that play a role in depression.

METHOD

The study was conducted with 50 patients with major depressive disorder (MDD) and 45 non-clinical participants. The patient and control groups were matched in terms of age and gender level. In order to more clearly represent differences between clinical and non-clinical groups, individuals with depression scores higher than 17 included in the clinical group. In this study, Beck Depression Inventory (BDI), Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ-44), Metacognition Questionnaire (MCQ-30) and Personal Information Form were answered by all participants. Independent groups t-test was used to analyze whether there were significant differences between the Beck Depression Inventory, the Metacognition Questionnaire and the Obsessive Beliefs Questionnaire scores of the participants in the clinical and control groups. The correlations among this scales and their subscales were computed.

RESULTS

Results indicated that the scores obtained from the clinical and non-clinical groups differed for all scales and subscales ($p < 0.05$), except positive beliefs about worry (metacognitive belief) ($p > 0.05$). All obsessive beliefs and most of metacognitive beliefs were found to be related with depression ($p < 0.05$), except positive beliefs about worry (metacognitive belief) ($p > 0.05$). There was no significant relationship between cognitive confidence (metacognitive belief) and none of the obsessive beliefs ($p > 0.05$). In addition, no significant relationship was found between 'positive beliefs about worry' from metacognitive beliefs and 'importance and control of thoughts' from obsessive belief areas [$r = 0.15$, $p = 138$]. The rest of the obsessive beliefs and metacognitive beliefs were found to be related to each other. Positive and significant correlations were found among the other subscales of the two scales ($p < 0.05$).

DISCUSSION

According to the data obtained from the study, it was concluded that the severity of depressive symptoms was related to metacognitive and obsessive beliefs, and when the severity of depressive symptoms increased, metacognitive and obsessive beliefs also increased. In addition, it was found that metacognitive and obsessive beliefs were more intense in depressive participants than in control group. These beliefs may cause depression, play a role in its maintenance, or depressive symptoms may have a direct or indirect effect on these beliefs. The findings obtained coincide with the metacognitive model of depression and the relevant literature findings in the field of clinical psychology. When all these results are evaluated together, it is seen that obsessive beliefs do not only explain OCD and that depressive symptoms are related to obsessive beliefs. These results were interpreted as that metacognitive and obsessive beliefs increased with the severity of depression and these beliefs may have a role in the maintenance of depression by negatively affecting depression.

Keywords: Major depressive disorder, metacognition, obsessive beliefs