

Araştırma / Original article**Majör depresif bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk hastalarında üst biliş işlevleri: Kontrollü bir çalışma**Seda YILMAZ,¹ Filiz İZCİ,² Osman MERMİ,³ Murad ATMACA⁴**ÖZ**

Amaç: Çalışmamızın amacı, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve majör depresif bozukluk (MDB) hastalarının üst biliş işlevlerini ve bunların klinik belirtilerle ilişkisini araştırmaktır. **Yöntem:** Çalışmaya Fırat Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran ve çalışma ölçütlerini karşılayan OKB ve MDB tanılı 50'şer hasta ile 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, Üst Biliş Ölçeği-30 (ÜBÖ); MDB hasta grubuna ek olarak Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ); OKB hastalarına Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ) ile Obsesif İnanışlar Ölçeği (OİÖ-44) uygulandı. **Bulgular:** Üst biliş toplam puanları iki hastalık grubunda da kontrol grubuna göre anlamlıydı. OKB hastalarında üst bilişin kontrol edilmezlik tehlike ve kontrol gereksinmesi alt ölçekleri; MDB hastalarında bilişsel güven alt boyutu kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Ayrıca OKB hastalarında Y-BOKÖ kompulsiyon alt boyutu ile kontrol gereksinmesi, OİÖ-44 mükemmeliyetçilik/kesinlik alt ölçeği ile kontrol edilmezlik ve tehlike, bilişsel farkındalık alt ölçekleri arasında pozitif bir korelasyon vardı. MDB hastalarında BDÖ puanları ile üst biliş olumlu inanç, bilişsel güven, kontrol edilmezlik ve tehlike alt ölçekleri arasında pozitif korelasyon saptandı. **Sonuç:** Çalışmamızda, MDB ve OKB hastalarında ÜBÖ parametrelerinde kontrol grubuna göre anlamlı farklılıklar olduğu gösterilmiştir. Bu farklılıklar ile MDB ve OKB hastalıklarının nedensel ilişkisini saptamaya yönelik daha fazla sayıda çalışmaya gereksinim vardır. (*Anadolu Psikiyatri Derg* 2016; 17(6):451-458)

Anahtar sözcükler: Majör depresif bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, üst biliş

Metacognitive functions in patients who has obsessive compulsive disorder and major depressive disorder: a controlled study**ABSTRACT**

Objective: The aim of this study was to compare metacognitive functions of patients with obsessive compulsive disorder (OCD) and major depressive disorder (MDD) and their relationship to clinical symptoms with those of the control group. **Methods:** The study included 50 patients with OCD and 50 patients with MDD who were admitted to Fırat University, Clinic of Psychiatry and who met the study criteria and 50 healthy controls. The Structured Clinical Interview (SCID-I) for DSM-IV Axis I Disorders, Sociodemographic and Clinical Data Form, and Metacognition Questionnaire-30 (MCQ-30) were administered to patients and control groups; additionally, the Beck Depression Inventory (BDI) and the Beck Anxiety Inventory (BAI) were also administered to patients with MDD whereas the Yale-Brown obsessive compulsive scale (Y-BOCS) and the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBS-44) were administered to patients with OCD. **Results:** Total metacognition scores were found to be significant in both disease groups as compared to the control group. Metacognition subscales of 'uncontrollability and danger' and 'need to

¹ Uzm. Dr., Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Elazığ

² Yrd. Doç. Dr., İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, İstanbul

³ Yrd. Doç. Dr., ⁴ Prof. Dr., Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, Elazığ

Yazışma adresi / Correspondence address:

Uzm. Dr. Filiz İZCİ, İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, İstanbul

E-mail: filizizci@yahoo.com

Geliş tarihi: 02.01.2016, **Kabul tarihi:** 08.03.2016, **doi:** 10.5455/apd.214063

control' were significantly higher in patients with OCD, whereas, the subscale of cognitive confidence was significantly higher in patients with MDD as compared to the control group. In addition, there was a positive correlation between Y-BOCS subscale of compulsion and need to control, between the OBQ-44 factor of perfectionism/certainty and uncontrollability between danger and the subscale of cognitive awareness in patients with OCD. On the other hand, there was a positive correlation between BDI scores and metacognition subscales of positive belief, cognitive confidence and uncontrollability and danger in patients with MDD. **Conclusion:** The findings of our study demonstrated significant differences in the parameters of metacognition questionnaire between patients with depression and those with OCD. Future studies are warranted to elucidate the causal relationship of these differences to MDD and OCD. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2016; 17(6):451-458

Keywords: major depressive disorder, obsessive compulsive disorder, metacognition

GİRİŞ

Üst biliş, kişinin kendi zihnindeki işlevlerin ve olayların farkında olmasını içeren bir üst sistemdir.¹ Üst biliş sistemi, insanın bilişsel süreçlerinin uyuma yönelik ve işlevsel çalışmasında büyük rol oynar. Dolayısıyla bu sistemdeki herhangi bir sapmanın birçok psikopatolojinin gelişmesi ve sürmesinde önemli rol oynayacağı düşünülmektedir.² Bu yaklaşıma göre, psikiyatrik bozukluklarda bazı işlevsel olmayan düşünce ve başa çıkma tarzlarına üst bilişsel birtakım işlevler yol açmaktadır. Buna göre, kişiler olayları değerlendirmelerini etkileyen işlevsel olmayan bilişleri hakkında birtakım olumlu ve olumsuz inançlara (üst bilişlere) sahiptirler. Bu da kişinin uyuma yönelik olmayan tepkiler geliştirmesine yol açmaktadır.³ Psikiyatrik bozukluklarla ilgili üst bilişsel modellerini araştıran araştırmalar yapılmakta olup bunlardan biri de OKB⁴⁻⁶ ve MDB'dir.⁷ OKB hastalarında, obsesyonlar ve kompulsiyonların oluşması ve sürdürülmesinde, düşüncenin değerlendirilmesi ve düşünce hakkındaki inançlar gibi üst bilişsel süreçlerin öneminden söz edilmektedir.⁸⁻¹⁰ Bilişsel modele göre, OKB hastalarında bellek kusurlarını inceleyen bir çalışmada, üst biliş puanlarının sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.¹¹ Unipolar depresyon ile ilgili çalışma sayısı görece az^{7,12} olmakla birlikte, depresyon ve üst biliş arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada hafif depresyonu olan hastaların orta düzeyde depresyonu olan hastalardan daha iyi bir bellek performansına sahip oldukları görülmüştür.¹³

Biz de çalışmamızda, OKB ve MDB hastalarında üst bilişsel işlevlerin sağlıklı kontrol grubuyla farklılıkları ile hastalıkların ortaya çıkışı ve gidişini hangi düzeyde etkilediğini incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM

Örneklem

Çalışmaya Fırat Üniversitesi Hastanesi Ruh

Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran, yatarak veya ayaktan tedavi gören, çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan, OKB ve MDB tanılı 50'şer hasta ile hasta gruplarıyla yaş, cinsiyet açısından eşleştirilmiş geçmiş ve şimdiki öyküsünde psikiyatrik ve nörolojik hastalığı olmayan 50 sağlıklı kontrol alındı. Çalışmaya alınan hastalardan ve sağlıklı kontrol grubundan, çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında sözel ve yazılı bilgi verildikten sonra yazılı onam alındı. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alındıktan sonra çalışmaya başlandı.

Hastalar için çalışmaya alınma ölçütleri; OKB ve MDB tanısı dışında başka bir eksen I bozukluğunun olmaması, 18-65 yaşları arasında olmak, okuryazar olmak, yazılı bilgilendirilmiş olur formunu imzalamış olmak olarak belirlendi. Hastalar için çalışmaya alınmama ölçütleri; geçmiş veya şimdiki öyküsünde psikoaktif madde kötüye kullanımı, zeka geriliği, beyin işlevlerini etkileyebilecek düzeyde herhangi bir nörolojik veya sistemik hastalığının olması olarak belirlendi. Kontrol grubu ise; hasta grupları ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş, geçmiş veya şimdiki öyküsünde psikiyatrik bir bozukluk tablosu veya zeka geriliği, psikoaktif madde kötüye kullanımı ve beyin işlevlerini etkileyebilecek düzeyde herhangi bir nörolojik veya sistemik hastalığı olmayan kişiler arasından seçildi.

Uygulama

Çalışma hastalarının ayrıntılı öyküleri alınarak genel tıbbi durumları, özgeçmiş ve soygeçmiş bilgileri ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi sosyodemografik verileri araştırmacı tarafından hazırlanmış formlara kaydedildi. Hasta seçiminin başlangıcında DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği (SCID-I) uygulandı. OKB ve MDB tanısı konan hasta gruplarına ilk görüşme sırasında hasta onam formları açıklanıp imzalı onayları alındı. MDB hastalarında anksiyete belirtilerini değerlendirmek için Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), depresif belirtilerin şiddetini tanımlamak için Beck Dep-

resyon Ölçeği (BDÖ) kullanıldı. OKB hastaların da obsesyon ve kompulsyonları değerlendirmek için Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ), hastaların obsesyonlarının katılık düzeyini belirlemek amacıyla Obsesif İnanışlar Ölçeği-44 (OIÖ-44) kullanıldı. Hastaların bilişsel işlevlerini değerlendirmek için Üst Biliş Ölçeği-30 (ÜBÖ) kullanıldı. Çalışma ile ilgili tüm görüşmeler aynı kişi tarafından yapıldı.

Kullanılan ölçekler

Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama

Formu: Çalışmamızın amaçları ve varsayımı ile uyumlu olarak, çalışma yapılacak hasta grubunun özellikleri göz önüne alınarak araştırma verilerinin daha iyi analiz edilebilmesi amacıyla çalışmacı tarafından hazırlanan, hastanın sosyodemografik ve klinik verilerinin derlendiği bir dizi sorudan oluşan formdur.

DSM-IV Eksen I Tanıları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği-Klinik Versiyonu (SCID-I/CV): SCID-I, First ve arkadaşları tarafından DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik bir görüşmedir.¹⁴ Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.¹⁵

Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ): OKB hastaların da belirtilerin niteliğinin belirlenerek belirti şiddetinin ölçülmesi ve tedavi sonrası değişimin değerlendirilmesinde kullanılan önemli bir araçtır. Ölçek, Uluğ ve Savaşır tarafından Türkçeye çevrilmiş, Karamustafalıoğlu ve arkadaşları¹⁶ tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılmıştır. Toplam 19 maddeden oluşan ölçekte ilk 10 maddenin puanları değerlendirilmektedir. İlk beş madde obsesyonları, 6.-10. maddeler kompulsyonları değerlendirir. Puanlamayı, görüşmeyi yapan klinisyen yapar ve toplam puan 0-40 arasında değişir.

Obsesif İnanışlar Ölçeği-44 (OIÖ-44): Obsesif inanışları değerlendirmek üzere hazırlanan OIÖ-44, 44 maddeden oluşan ve yedili derecelendirme (1=kesinlikle katılmıyorum, 7=kesinlikle katılıyorum gibi) ile verilen anlatımlara katılımcının ne kadar katıldığını belirtmeleri istenen bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek üç faktör yapısına sahiptir: Sorumluluk/tehdit öngörüsü, mükemmeliyetçilik/kesinlik, düşüncelerin ve kontrolün önemsenmesi. Türkçe uyarlaması Boysan ve arkadaşları¹⁷ tarafından yapılmıştır.

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Hastanın yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. Toplam 21 sorudan oluşur. Her maddeye 0-3 arasında puan verilir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir.

Alınabilecek en yüksek puan 63'tür; 0-13 arasındaki puan anksiyete olmadığını, 14-22 arasındaki puan hafif düzeyde anksiyeteyi, 23-34 arasındaki puan orta düzeyde anksiyeteyi, 35 puan ve üstü ağır düzeyde anksiyeteyi gösterir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları¹⁸ 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 maddeye 0-3 arasında puan verilir ve bunların toplanması ile toplam puan elde edilir. Toplam puan 0-63 arasındadır. Alınan puan ne kadar yüksekse depresyonun şiddeti o kadar fazla olarak yorumlanır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli¹⁹ tarafından yapılmıştır.

Üst Biliş Ölçeği-30 (ÜBÖ): Cartwright-Hatton ve Wells tarafından geliştirilen ve psikometrik çalışmaları yapılan ÜBÖ, kavramsal olarak birbirinden farklı, fakat birbiriyle ilişki içinde olan beş faktörden oluşmuştur: Olumlu inançlar, bilişsel güven, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel farkındalık ve kontrol gereksinmesi. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Tosun ve arkadaşları²⁰ yapmıştır.

Bilgilendirilmiş Onam Formu: Hastanın çalışmaya katılmayı kabul ettiğini gösteren çalışma ile ilgili bilgilendirme sunan form olarak düzenlenmiştir.

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 (parametrik test) kullanıldı. Ayrıca gruplar arasında analizde ANOVA testi ve post-hoc Tukey testi kullanıldı. Değişkenler arası ilişkiler Pearson korelasyon analizleriyle incelendi.

BULGULAR

Çalışmaya alınan MDB grubunun yaş ortalaması 36.74±12.48, OKB grubunun yaş ortalaması 32.78±11.77, kontrol grubunun 32.38±10.65 yıldı. Cinsiyet dağılımı açısından MDB grubu 39 kadın(%78), 11 erkekten (%22); OKB grubu 28 kadın (%56), 22 erkekten (%44); kontrol grubu 26 kadın (%52), 24 erkekten (%48) oluşmaktay-

Tablo 1. Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri*

	OKB (s=50)	MDB (s=50)	Kontrol (s=50)
Yaş(Ort.±SS)	32.78±11.77	36.74±12.48	32.38±10.65
Cinsiyet (s, %)			
Kadın	28 (56)	39 (78)	26 (52)
Erkek	22 (44)	11 (22)	24 (48)
Eğitim durumu (s)			
Okuryazar+ilkokul	13	17	8
Ortaokul	4	6	7
Lise	18	16	20
Üniversite	15	11	15
Medeni durum (s)			
Evli	26	27	36
Bekar	24	16	14
Boşanmış	0	0	2
Dul	0	5	0
Yaşadığı yer (s)			
Köy	3	2	1
Kasaba	1	3	0
Şehir	46	45	49

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

Tablo 2. Grupların Üst Biliş Ölçeği sonuçları

ÜBÖ	Kontrol (I) (s=50)	MDB (II) (s=50)	OKB (III) (s=50)	İstatistik	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	F**	p*
Total puan	71.22±14.67	78.20±13.99	85.36±9.64	14.87	0.001 (I>II>III)
Olumlu inanç	14.26±0.61	13.48±0.56	15.26±0.49	3.52	0.320 (I=II=III)
Bilişsel güven	12.52±0.54	16.02±0.74	16.60±0.64	11.56	0.001 (I>II=III)
Kontrol edilmezlik /ve tehlike	17.24±0.64	19.80±0.60	20.28±0.44	8.16	0.001 (1>II=III)
Bilişsel farkındalık	16.20±0.60	16.82±0.46	17.56±0.49	1.69	0.189 (I=II=III)
Kontrol ihtiyacı	11.54±0.49	12.88±0.46	15.36±0.28	21.82	0.001 (I=II>III)

*: post-hoc Tukey testi, **: F: Anova test değeri

di. MDB ve OKB grupları ile sağlıklı kontrol grubu arasında yaş ortalaması, cinsiyet dağılımı ve diğer sosyodemografik özellikler yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 1).

OKB, MDB ve kontrol grupları arasında yapılan karşılaştırmaya göre; ÜBÖ toplam puan ve alt ölçek puanlarının, bilişsel farkındalık ve olumlu inanç alt grubu dışında hasta gruplarda anlamlı düzeyde farklılık saptandı ($p<0.05$) (Tablo 2).

OKB ve MDB, OKB ve kontrol grubu, MDB ve kontrol grubu arasında ÜBÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında yapılan karşılaştırmalar sonucunda; OKB ve MDB, OKB ve kontrol grupları arasında ÜBÖ toplam puanları, kontrol edilmez-

lik ve tehlike, kontrol gereksinmesi alt ölçek puanları arasında anlamlı fark vardı ($p<0.05$). MDB ve kontrol grubu arasında ise; bilişsel güven alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptandı ($p<0.05$) (Tablo 3).

MDB hastalarının BDÖ ile ÜBÖ toplam puanları arasındaki korelasyon sonuçları istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). ÜBÖ alt ölçekleri açısından incelendiğinde; olumlu inanç, bilişsel güven, kontrol edilmezlik ve tehlike alt ölçekleri ile BDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0.05$). OKB hastalarında; Y-BOKÖ'nün kompulsiyonları değerlendiren soruları ile ÜBÖ'nün sadece kontrol gereksinmesi alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı farklı-

Tablo 3. Grupların ÜBÖ sonuçlarının istatistiksel olarak karşılaştırılması

ÜBÖ	Toplam puan	Olumlu inanç	Bilişsel güven ve tehlike	Kontrol edilmezlik	Bilişsel farkındalık	Kontrol ihtiyacı
OKB-kontrol	r:/8.078*	3.242	0.062	6.689*	2.709	12.512*
MDB-kontrol	r:/0.001	0.259	5.130*	0.307	3.749	0.682
MDB-OKB	r:/9.515*	1.814	2.940	4.080*	0.057	8.022*

*: $p < 0.05$ **Tablo 4.** ÜBÖ ile BDÖ-BAÖ ve Y-BOKÖ-OİÖ-44'ün korelasyon sonuçları

ÜBÖ	Toplam puan	Olumlu inanç	Bilişsel güven ve tehlike	Kontrol edilmezlik	Bilişsel farkındalık	Kontrol ihtiyacı
BDÖ	r 0.427*	0.367*	0.379*	0.422*	0.020	0.163
BAÖ	r 0.042	-0.091	0.108	0.077	-0.037	-0.030
Y-BOKÖ						
Obsesif	r 0.001	0.056	0.102	-0.104	0.002	-0.157
Kompulsif	r -0.061	0.199	-0.035	-0.216	0.048	0.295*
Toplam	r -0.033	0.141	0.033	-0.175	0.028	-0.247
OİÖ-44						
1.Faktör	r -0.085	0.037	-0.151	-0.056	0.098	0.644
2.Faktör	r 0.167	-0.105	0.091	0.324*	0.308*	0.091
3.Faktör	r 0.211	0.047	0.066	0.177	0.200	-0.032
Toplam	r 0.128	-0.018	-0.018	0.219	0.200	-0.010

1. faktör: Sorumluluk/tehlike beklentisi, 2. faktör: Mükemmelliyetçilik/kesinlik, 3. faktör: Önem verme/düşünceleri kontrol etme, *: $p < 0.05$

farklılık saptandı ($p < 0.05$). OİÖ-44 mükemmelliyetçilik/kesinlik faktörü ile ÜBÖ kontrol edilmezlik ve tehlike alt ölçeği ile bilişsel farkındalık alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p < 0.05$) (Tablo 4).

TARTIŞMA

Psikiyatrik bozukluklarda görülen düşünce bozuklukları ve etkin olmayan başa çıkma tarzları üst bilişsel işlevler sonucu ortaya çıkmaktadır. Buna göre, insanlar olayları değerlendirmelerinde etkin olan düşünceleri hakkında birtakım olumlu ve olumsuz inanışlara (üst bilişlere) sahiptirler. Bu tarzdaki üst bilişler kişinin uyumunu bozan tepki tarzları geliştirmelerine yol açmaktadır.^{3,9} Psikiyatrik bozukluklarda üst bilişin etkisini araştıran araştırmalar giderek artmaktadır. Yapılan bir çalışmada, stresli yaşam olaylarına bağlı olarak ortaya çıkan anksiyete ve depresif belirtileri olan kişilerde, negatif üst biliş-

sel inanışlar nedeniyle anksiyete ve depresyon belirtilerinin sürdüğü ve üst bilişin travmatik deneyimleri kontrol edebilme ve günlük sorunlarla baş edebilmede etkisinin olduğu gösterilmiştir.²¹ OKB hastalarında yapılan benzer çalışmalarda ise, ÜBÖ toplam puanlarını kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.^{22,23} Sağlıklı kontrol grubu ile OKB tanısı almış hastalar arasında ve ayrıca OKB'nin otojen ile reaktif alt tiplerinde üst-bilişsel özelliklerin farklılık gösterip göstermediğinin incelendiği bir çalışmada, üst bilişsel inanışların OKB tanısı konmuş bireylerle sağlıklı bireylerde farklı özellikler gösterdiği, alt tipler arasında üst bilişsel farklılıkların olmadığı görülmüştür. Bu iki grup arasında ÜBÖ alt ölçeklerinin hiçbirinde ve toplam puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir. ÜBÖ puan ortalamalarının yüksek ve birbirine yaklaşık olması benzer üst bilişsel patolojilerin olduğunu düşündürmüştür.²⁴

Çalışmamızda hem OKB, hem de MDB grubunda üst bilişin hem toplam puanları, hem de tüm alt ölçeklerin puanları sağlıklı kontrollerden daha yüksekti. MDB grubunda ÜBÖ'nün bilişsel güven alt ölçeği, OKB grubunda ise ÜBÖ toplam puanları, kontrol gereksinmesi ve kontrol edilmezlik ve tehlike alt ölçeklerinde anlamlı fark olduğu saptandı.

Üst bilişin bilişsel güven alt ölçeğinde, kişilerin belleklerine olan güvensizlikleri, unutkanlıkları veya yaşadıkları bellek sorunları değerlendirilir. MDB hastalarında bellek sorunlarının ortaya çıktığı, nöropsikolojik testlerin bozulduğu saptanmıştır.²⁵ Depresyon ve üst biliş arasındaki ilişki incelendiğinde, hafif depresyonu olan hastaların orta düzeyde depresyonu olan hastalardan daha iyi bir bellek performansına sahip oldukları görülmüştür.¹³ Başka bir çalışmada ise, MDB hastalarında bozukluk remisyona girene kadar süren psikomotor yavaşlama ile beraber öğrenme güçlüğü ve bellek sorunları gösterilmiştir.²⁶ OKB hastalarında olumlu inanç, bilişsel güven ve kontrol edilmezlik ve tehlike alt ölçeklerini anlamlı olarak yüksek değerlendirilmiştir. Bu ise, hastaların belleklerine olan güvensizlikleri ile ortaya çıkan kuşku, kontrol gereksinmesi ve obsesyonlarla ilişkilendirilmiştir.²⁷ Çalışmamızda ise, MDB hastalarında bilişsel güven alt ölçeği istatistiksel olarak anlamlıydı. Ayrıca MDB hastalarına uygulanan ve bozukluğun şiddetini değerlendirmeye yardımcı olan BDÖ ile de bilişsel güven alt ölçeği arasında pozitif bir korelasyon saptandı. Bu da, MDB hastalarında bozukluğun şiddetinin artmasının bellek sorunlarını artırabileceği ve hastaların belleklerine olan güvenlerinin azalması ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür.

OKB hastalarında yapılan birçok çalışmada, kontrol edilmezlik ve tehlike alt ölçeği sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.²⁸⁻³⁰ Başka bir çalışmada ise, OKB hastalarındaki kontrol edilmezlik ve tehlike alt ölçeğinin yüksekliği obsesif kompulsif belirtilerle ve patolojik endişe ile ilişkilendirilmiştir ve kontrol gereksinmesi alt ölçeği ise hastaların ritüelleri ile ilişkili olarak değerlendirilmiştir.³¹ Benzer şekilde, OKB hastalarının ÜBÖ toplam puanları ile bilişsel farkındalık, kontrol edilmezlik ve tehlike, kontrol gereksinmesi alt ölçekleri sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak yüksek değerlendirilmiştir. Aynı çalışmada içgörüsü iyi olan hastaların içgörüsü zayıf olanlara göre ÜBÖ puanları daha yüksek bulunmuştur.³²

Çalışmamızda OKB hastalarında kontrol edilmezlik ve tehlike alt ölçeğinin yüksekliği; hasta-

ların obsesyonlarını düşünmemeye çalışsalar da, sürmesi veya akıllarından geçenlerle ilgili sürekli endişe duymaları ve kuşkuya kapılmaları gibi klinik belirtilerle ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. Ayrıca çalışmamızda, kontrol edilmezlik ve tehlike alt ölçeği ile OİÖ-44'ün mükemmeliyetçilik/kesinlik alt ölçeği arasında da pozitif korelasyon saptandı. OİÖ-44'ün bu alt ölçeğinde her şeyin mükemmel olması, en ufak hata yapmanın korkunç şekilde sonuçlanacağı veya yaptıkları her işi mükemmel yapmalarının gerekliliği gibi düşünceler sorgulanmaktadır. Bu iki alt ölçek arasındaki anlamlılık, hastaların her zaman mükemmel olabilmek için sürekli olarak endişe duymaları ile, bu endişelerini kontrol edememeleri ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür.

Üst bilişin bir diğer alt boyutu olan, olumlu inanç veya endişelenmek konusunda olumlu inanç olarak da adlandırılan boyutunda, kişinin endişe duymayı kendisi için olumlu veya kurtarıcı bir durum olarak görüp görmediği sorgulanmaktadır. Depresif bozukluk hastalarında üst biliş toplam puanlarının yüksek olduğu ve olumlu inanç alt ölçeğinin ise depresif belirtiler şiddetlendikçe arttığı saptanmışken,³³ depresyon tedavisinde odaklanılması gerekenin yineleyici ve inatçı olumsuz ruminasyonlar olduğu belirtilmiştir.⁷ Bizim çalışmamızda da MDB hastalarında BDÖ ile olumlu inanç ve tüm ÜBÖ puanları arasında pozitif bir korelasyon saptanmış, MDB hastalarında bozukluğunun şiddeti arttıkça hastaların endişelenmeyi bir kaçış olarak gördükleri, hastaların endişelenmek hakkında olumlu inanışlarının geliştiği düşünülmüştür.

Üst biliş bilişsel farkındalık alt ölçeğinin endişe duyma, sosyal kaçınma ile pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür.³⁴ OKB hastalarında ise, obsesyonlar ve bilişsel farkındalığın ve bunun da sorumluluk ve mükemmeliyetçilik duygusu ile ilişkisinin olduğu ortaya konmuştur.³⁵ Üst bilişin bilişsel farkındalık alt ölçeği hem MDB, hem de OKB hastalarında istatistiksel olarak anlamlı değildi; ancak OKB hastalarına uygulanan OİÖ-44'ün mükemmeliyetçilik alt ölçeği ile bilişsel farkındalık arasında pozitif korelasyon vardı.

Üst bilişin alt ölçeği olan kontrol gereksinmesi, kişilerin düşüncelerini sürekli kontrol etmelerini ve belli şeylerin düşünülmesinin kötülüğüne olan inançlarını sorgulamaktadır. OKB hastalarında anksiyete bozukluğu olan diğer hastalardan anlamlı yüksek olarak değerlendirilmiştir.³⁶ OKB ve yaygın anksiyete bozukluğu(YAB) hastalarında yapılan bir çalışmada ise, kontrol gereksinmesi ve kontrol edilmezlik ve tehlike alt

ölçeklerinin puanları yüksek olarak değerlendirilmiştir ve bu sonuç da anksiyetenin temel üst bilişsel çarpıtması olarak düşünülmüştür.³⁷ Bizim çalışmamızda, MDB hastalarında kontrol gereksinmesi alt boyutu istatistiksel olarak anlamlı değilken, OKB hastalarında anlamlı olarak yüksekti. Y-BOKÖ'nün kompulsiyonları değerlendiren soruları ile kontrol gereksinmesi alt ölçeği arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.

Sonuç olarak OKB ve MDB hastalarının üst bilişlerinin değerlendirildiği çalışmamızda toplam puanlar iki hastalıkta da kontrol grubuna göre yüksek bulundu. Beraberinde MDB hastalarında üst bilişin bilişsel güven alt ölçeği, OKB hastalarında kontrol edilmezlik ve tehlike ile kontrol gereksinmesi alt ölçekleri istatistiksel olarak anlamlıydı. Ek olarak, MDB hastalarında BDÖ ile üst biliş olumlu inanç, kontrol edilmezlik tehlike ve bilişsel güven alt ölçekleri arasında pozitif korelasyon saptandı. OKB hastalarında ise, OİÖ-44'ün mükemmeliyetçilik/kesinlik alt ölçeği

ile kontrol edilmezlik tehlike ve bilişsel farkındalık Y-BOKÖ'nün kompulsiyonları değerlendiren soruları ile kontrol gereksinmesi arasında pozitif korelasyon saptandı. Sonuçlarımız doğrultusunda, OKB hastalarında sık eşlik eden MDB ile birlikteliğin, bilişsel açıdan kliniğe daha olumsuz yönde yansıtacağını belirtebiliriz. İki bozuklukta da bilişsel işlevlerde olabilecek değişikliklerin kliniğe olumsuz yönde etki edebileceği göz ardı edilmemelidir. Bununla birlikte, çalışmamızın bazı sınırlılıkları vardır. Öncelikle çalışmanın kesitsel olması, örneklem sayımızın yeterli sayıda olmaması, değerlendirmelerin hastaların kendilerinin doldurdukları ölçeklerle yapılıyor olmasının kısıtlılık oluşturduğu söylenebilir. Bu durum elde ettiğimiz sonuçları yorumlamayı ve genellemeyi sınırlamaktadır. Bulgularımızın önem kazanabilmesi için daha büyük örneklem gruplarında daha ileri araştırmaların yapılması gerekmektedir.

Yazarların katkıları: S.D.: Varsayım, veri toplama ve işleme, literatür taraması, makaleyi yazma; F.İ.: Literatür tarama, makaleyi yazma, eleştirel inceleme; O.M.: Varsayım, eleştirel inceleme; M.A.: İstatistiksel analiz, eleştirel inceleme.

KAYNAKLAR

1. Crick F. Şaşkırtan Varsayım. S Say (Çev.), 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. Fisher PL, Wells A. How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behav Res Ther* 2005; 43(12):1543-1558.
5. Myers SG, Wells A. Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of metacognitions and responsibility. *Anxiety Disord* 2004; 19:806-817.
6. Wells A, Papageorgiou C. Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behav Res Ther* 1998; 36:899-913.
7. Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical meta-cognitive model of rumination and depression. *Cog Ther Res* 2003; 27:261-273.
8. Clark DM, Ehlers A, McManus F, Hackmann A, Fennell M, Campbell H, et al. Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo-controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71(6):1058-1067.
9. Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. Does meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: a test of the meta-cognitive model. *Clin Psychol Psychother* 2004; 11:137-144.
10. Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2008; 39:117-132.
11. Exner C, Kohl A, Zaudig M, Langs G, Lincoln TM, Rief W. Metacognition and episodic memory in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2009; 23:624-631.
12. Matthews G, Wells A. Rumination, depression, and metacognition: the SREF model. C Papageorgiou, A Wells (Eds.), *Rumination: Nature, Theory, and Treatment*, Chichester: Wiley, 2004.
13. Soderstrom NC, Davalos DB, Vazquez SM. Metacognition and depressive realism: Evidence for the level-of-depression account. *Cog Neuro-psychiatry* 2011; 16: 461-472.
14. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV)*. Washington D.C; American Psychiatric Press, 1997.

15. Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Köroğlu E. *DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1999.
16. Karamustafalıoğlu OK, Üçişik AM, Ulusoy M, Erkmen H. *Yale-Brown Obsesyon-Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği Türkçe uyarlaması*. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı, 1993, s. 86, Bursa.
17. Boysan M, Beşiroğlu L, Çetinkaya N, Atlı A, Aydın A. *Obsesif İnanışlar Ölçeği-44, Türkçe uyarlaması*. *Nöropsik Arşivi* 2010; 47:216-222.
18. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. *Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties*. *J Cog Psychother* 1988; 12:163-172.
19. Hisli N. *Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği*. *Psikoloji Dergisi* 1989:7-13.
20. Tosun A, Irak M. *Üst-Biliş Ölçeği Türkçe uyarlaması*. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008; 19:67-80.
21. 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.
22. Rahimi C, Haghighi M. *Responsibility attitudes in obsessive-compulsive patients: the contributions of meta-cognitive beliefs and worry*. *Iran J Med Sci* 2010; 35:195.
23. Nelson TO, Stuart RB, Howard C, Crowley M. *Metacognition and clinical psychology: a preliminary framework for research and practice*. *Clin Psychol Psychother* 1999; 6:73-79.
24. Doğan K, Solak ÖS, Özdel K, Türkçapar MH. *Obsesif kompulsif bozukluk alt tiplerinde ve sağlıklı kontrol grubunda üstbilişlerin karşılaştırılması*. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 2013; 2:34-40.
25. 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; 140(2):113-124.
26. Paelecke-Habermann Y, Pohl J, Leplow B. *Attention and executive functions in remitted major depression patients*. *J Affect Dis* 2005; 89:125-135.
27. 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; 46(1):98-113.
28. Myers SG, Wells A. *Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of metacognitions and responsibility*. *J Anxiety Disord* 2005; 19:806-817.
29. 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.
30. Moritz S, Peters M, Laro F, Lincoln T. *Metacognitive beliefs in obsessive-compulsive patients: a comparison with healthy and schizophrenia participants*. *Cogn Neuro Psychiatry* 2010; 15:531-548.
31. 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; 14:258-268.
32. Önen S, Uğurlu KG, Çayköylü A. *The Relationship between metacognitions and insight in obsessive-compulsive disorder*. *Comp Psych* 2013; 54(5):541-548.
33. Yılmaz AE. *Examination of Metacognitive Factors in Relation to Anxiety and Depressive Symptoms: a Cross-Cultural Study*. *Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi*, Ankara, Ortadoğu Teknik Üniversitesi, 2007.
34. Safranç B. *The Association between Metacognitions and Psychological Symptoms: Moderator Role of Coping Strategies*. *Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi*, Ankara, Ortadoğu Teknik Üniversitesi, 2010.
35. Grotte T. *Metacognitions, responsibility, and perfectionism in obsessive-compulsive disorder*. *Norwegian Uni Sci Technol* 2011; 39.
36. García-Montes JM, Pérez-Álvarez M, Balbuena CS, Garcelán SP, Cangas AJ. *Metacognitions in patients with hallucinations and obsessive-compulsive disorder: the superstition factor*. *Behav Res Ther* 2006; 44:1091-1104.
37. Reuven-Magril O, Roseman M, Liberman N, Dar R. *Manipulating meta-cognitive beliefs about the difficult to suppress scratching: Implications for obsessive-compulsive disorder*. *Int J Cognit Ther* 2009; 2:143-151.