

Travma sonrası stres bozukluğu hastalarında üstbilişlere ilişkin inançlar

Metacognitive beliefs of posttraumatic stress disorder patients

Nakşidil Yazıhan¹, Zekeriya Yelboğa²

¹Dr.Öğr. Üyesi, Çankaya Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Ankara <https://orcid.org/0000-0001-9273-6303>

²Dr.Öğr. Üyesi, Cumhuriyet Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Sivas <https://orcid.org/0000-0001-7880-2247>

ÖZET

Amaç: Üstbiliş (metacognition) kavramı, bilişleri kontrol eden, düzenleyen ve değerlendiren üst düzey bilişsel yapı, bilgi ve süreçler olarak tanımlanabilir. Çalışmanın amacı Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) hastalarında hangi üstbiliş süreçlerinin kullanıldığını, üstbilişlerin çeşitli semptomlarla nasıl bir ilişki içinde olduğunu araştırmaktır. **Yöntem:** Örneklem, 52 TSSB hastası (yaş ortalaması=31,67±6,54) ve 54 sağlıklı (yaş ortalaması=29,00±6,61) katılımcıdan oluşmuştur. Üstbiliş süreçlerini değerlendirmek amacıyla Üstbiliş-30 ölçeği; semptom taraması yapmak amacıyla Ruhsal Belirti Tarama Listesi uygulanmıştır. **Bulgular:** Elde edilen veriler MANCOVA kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre üzüntü ve zihinsel ruminasyonların tehlikeli, kontrolünün güç ve olumsuz olduğuna ilişkin inançları içeren "kontrol edilemezlik ve tehlike"; bazı düşüncelerin kontrol edilmesi ve bastırılması gerektiğine ilişkin inançları içeren "düşünceleri kontrol"; kişinin bellek ve dikkat mekanizmalarına olan güvensizliğine ilişkin inançları içeren "bilişsel güven" alt boyutlarında TSSB grubu anlamlı olarak daha yüksek puan almıştır. Buna karşın üzüntü ve ruminasyonun işlevsel olduğuna dair maddelerin yer aldığı "olumlu inanç" boyutlarında ise TSSB grubu daha düşük puan almıştır. **Sonuç:** Travma hastaları üzüntü ve ruminasyonun kendileri için olumsuz sonuçları olduğunu düşünmekte, bazı düşüncelerinin tehlikeli olduğu için baskılanması ve kontrol edilmesi gerektiğine inanmaktadırlar. Hastalarda başta obsesif, depresif ve psikotik belirtiler olmak üzere tüm semptomlardaki artış patolojik tarzda üstbiliş faaliyetlerinin artması şeklinde yansımıştır. Travma hastalarında obsesif düşünceler, öfke-düşmanlık, kişiler arası duyarlılık belirtileri daha büyük oranda hastaların düşüncelerinin tehlikeli olduğu ve kontrol edilmesi gerektiğine ilişkin üstbilişlerle ilişkili gözükmemektedir.

Anahtar Sözcükler: Travma sonrası stres bozukluğu, travma, üstbilişler, semptom tarama

SUMMARY

Objective: The concept of metacognition can be described as metacognitive structures controlling, arranging and assessing the cognitions. The aim of this study was to investigate metacognitive beliefs and their relationship with the psychological symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) patients. **Method:** The sample consisted of 52 posttraumatic stress disorder patients (mean age=31,67±6,54) and 54 healthy participants (mean age=29,00±6,61). Metacognitive beliefs were measured through Metacognitive Questionnaire-30 which is accepted as a measuring device of metacognitive beliefs, metacognitive processes and judgment. To describe symptom profiles Symptom Checklist-90 was used. **Results:** Data were analyzed by using MANCOVA. PTSD group scores were significantly higher than control group for uncontrollability and danger (includes items that worry and rumination are negative, dangerous and difficult to control); need to control thoughts (includes items that some thoughts are need to be controlled and suppressed) and finally lack of "cognitive confidence" (includes items about problems related to memory and attention). On the other hand, positive beliefs about thoughts which involves the items related to the idea that worry and rumination is functional was lower among individuals with PTSD. **Discussion:** Trauma patients think that worry and rumination have negative consequences, and some thoughts need to be controlled and suppressed as they are dangerous. The elevation of clinical symptoms such as obsession, depression and psychotic symptoms were correlated with the increase of abnormal metacognitive beliefs. Thoughts are dangerous and need to be controlled, appear to be related to obsessive thoughts, anger and hostility and interpersonal sensitivity symptoms.

Key Words: Posttraumatic stress disorder, trauma, metacognition, symptom checklist

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2019;22:445-451)

DOI: 10.5505/kpd.2019.08831

GİRİŞ

Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göre (1994) travmatik stres, ölüm veya ölüm tehdidi, ciddi yaralanma ya da olgunun kendisi yahut çevresindekilerin fiziksel bütünlüğüne tehdit sonucu duyulan yoğun korku ve çaresizlik durumudur (1). Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) yeniden yaşantılanma (flashbacks), kaçınma ve artmış uyarılmışlık olarak ifade edilen belirti grubu ile karakterizedir. Travmanın şiddeti, disosiyasyon, travma öncesi ve sonrasına ilişkin inançlar TSSB oluşumuna zemin hazırlayabilecek önemli faktörler olarak literatürde belirtilmektedir (2). Ek olarak TSSB hastalarında depresyon, madde kullanım bozukluğu, anksiyete bozuklukları gibi major bir psikiyatrik bozukluk tabloya eşlik etmektedir (3). Amerika'da yapılan geniş katımlı bir çalışma sonuçlarına göre erkek TSSB hastalarının %59'unda üç ve daha fazla eş tanı tespit edilmiştir (4). Bu eş zamanlı belirtiler hastalığın önemli özelliklerinden biri gibi gözükmektedir.

Üstbiliş (metacognition) kavramı, bilişleri kontrol eden, düzenleyen ve değerlendiren üst düzey bilişsel yapı, bilgi ve süreçler olarak tanımlanabilir. Üstbiliş kişinin kendi zihnindeki olay ve işlevlerin farkında olmasını, zihin olaylarını ve işlevlerini amaçlı yönlendirebilmesini içeren bir üst sistemdir (5, 6). Travma yaşantısı bağlamında kişinin kendisine ve aynı zamanda dünya ve diğer insanlara yönelik sahip olduğu işlevsel olmayan inançların varlığı başarılı bir travma sonrası işleyişin gidişatını bozmaktadır (7).

Wells ve Matthews'in (1994) Kendini Düzenleyici Yönetici İşlevler Teorisinde (The Self Regulatory Executive Function:S-REF) psikolojik bozuklukların ortaya çıkmasında ve devam etmesinde farklı üstbilişsel faktörlerin etkili olabileceği öne sürülmektedir (8). Psikolojik bozukluklarda ruminasyon, düşüncenin bastırılmaya çalışılması, kaçınma gibi adaptif olmayan başa çıkma yöntemleri sıklıkla kullanılmakta ve üstbilişsel boyutta bunların işlevsiz oldukları kişi tarafından fark edilememektedir. Bu teori bozuklukların gelişmesine ilişkin oluşturulan güncel modelleri etkileyerek depresif bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete bozuklukları

ve TSSB'nin tedavi protokolleri içinde yerini almıştır (9).

Wells'in (2000) oluşturduğu üstbiliş modeli duygudurum ve anksiyete bozuklukları bağlamında bilişler ve duygular üzerine odaklanmıştır (5). Anormal ve aşırı miktarda düşünme, ruminasyon ve üzüntü (worry) baş etme stratejilerini olumsuz etkilemektedir. Adaptif olmayan üst bilişlerin travma hastalarında stres tepkilerini artırdığı bulunmuştur (10). Algılanan stres, anksiyete, depresyon ve üstbiliş ile ilişkili faktörler pozitif ilişkili bulunmuştur (11). Sonuç olarak anormal üstbilişsel faaliyetler duyguların normal şekilde işlenmesine engel olmakta ve klinik belirtilerin daha şiddetli algılanmasına yol açmaktadır. Bu bulgular ışığında, mevcut çalışmanın amacı çatışma travması olan bir grup TSSB hastalarında hangi üst-bilişsel faktörlerin etkili olduğunun ortaya konması ve bunların hangi semptom örüntüleriyle ilişkili olduğunun araştırılmasıdır.

YÖNTEM

Katılımcılar

Örnekleme, bir kamu hastanesi psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören 52 TSSB hastası ve 54 sağlıklı katılımcıdan oluşmuştur. Sağlıklı katılımcılar hastane personeli ve hasta refakatçilerinden oluşmuştur. Çalışmanın etik kurul onayı ve bütün katılımcılardan yazılı onam alınmıştır. Örneklemin tümü erkektir ve TSSB hastalarının hepsinin travma türü çatışma (combat) travmasıdır. TSSB örneklemini değişen sürelerde silahlı çatışma içinde aktif olarak bulunmuş silahlı kuvvetler personeli ve hali hazırda askerlik hizmetini icra eden sivillerden oluşmuştur.

İşlem

Tanısal görüşme, bir psikiyatrist tarafından, DSM-IV Eksen-I Tanıları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Disorder) (SCID-I) kullanılarak yapılmıştır. Klinik ölçekler psikolog tarafından uygulanmıştır. PTSD grubunu eş tanılarına göre gruplara ayırdığımızda her bir hücrede eşit

olmayan ve az sayıda katılımcı olduğundan, belirtiler bir ölçek ile betimlenmiş ve sürekli değişken olarak analizlere dahil edilmiştir. Bu bağlamda Ruhsal Belirti Tarama Listesi (Symptom Checklist 90-R: SCL 90-R) uygulanmıştır. Üstbiliş süreçlerini değerlendirmek amacıyla ise Üstbiliş-30 ölçeği uygulanmıştır.

Araçlar

Üstbiliş-30 Kısa Formu: Cartwright-Hatton ve Wells (1997) tarafından geliştirilen 60 maddelik ölçeğin orijinal adı “Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ)” şeklindedir. Daha sonra Wells ve Cartwright-Hatton (2004) bu ölçeğin 30 maddelik kısa formu olan Üst Biliş Ölçeği-30 ÜBÖ-30) oluşturmuşlardır (12). ÜBÖ-30 psikopatolojilerle ilgili üstbilişsel modellerden yola çıkarak hazırlanmış ve bu nedenle psikopatolojilerdeki üstbilişleri değerlendirmeye uygun bir ölçektir. Geçerlik güvenilirlik çalışması ülkemizde yapılmıştır (13).

ÜBÖ-30'daki her madde, “[1] kesinlikle katılmıyorum” ile “[4] kesinlikle katılıyorum” uçlarına sahip, 4 birimli Likert tipi derecelendirme skalası üzerinden yanıtlanır. Ölçekten alınabilecek puanlar 30 ile 120 arasında değişir ve puanın yükselmesi patolojik tarzda üstbilişsel faaliyetin arttığına işaret eder.

ÜBÖ-30, kavramsal olarak birbirinden farklı, fakat birbiriyle ilişki içinde olan beş faktörden oluşmaktadır. Bu faktörler olumlu inançlar, kontrol edilemezlik ve tehlike, bilişsel güven, düşünceleri kontrol ihtiyacı ve bilişsel farkındalıktır. Bu beş faktör üç temel özelliği değerlendirmektedir: olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlar, düşüncelerini izlem ve bilişsel güvene ilişkin kararlardır.

1.Boyut, Olumlu İnançlar “Endişelenmek gelecekte problemlerden kaçınmama yardım eder”, “İyi çalışabilmek için endişelenmem gereklidir” gibi düşüncelerin olumlu algılandığı boyuttur. Bu boyut, kişinin üzüntü ve ruminasyonu problem çözme yöntemi olarak işlevsel görmesi, “normal” veya “olumlu” olarak değerlendirmesiyle ilgilidir.

2.Boyut, Olumsuz İnançlar: Kontrol edilemezlik ve tehlike “Düşüncelerimi kontrol etmeyi zor buluyorum”, “Endişelenmeye başlayınca durduramıyorum” ve “Benim için endişelenmek tehlikelidir” gibi üstbilişsel inançlardan meydana gelir. Bu boyuta göre kişiler üzüntünün ve ruminasyonun tehlikeli ve yorucu olduğuna inanmakta; “olumsuz” olarak değerlendirmekte ve kontrol edilmesinin çok güç olduğunu düşünmektedirler.

3. Boyut, Bilişsel Güven “Kötü bir hafızam vardır”, “Belli bir şeyi uzun süre aklımda tutmakta zorlanıyorum” gibi bildiği şeylerden ve belleğinden kişinin ne kadar emin olduğuyula ilişkili üstbilişsel inançlardan oluşur.

4. Boyut, Düşünceleri Kontrol İhtiyacı Kişinin bazı düşüncelere sahip olmasından dolayı ortaya çıkabilecek sonuçlardan korkması ve bunların bastırılması gerektiğine olan inançları ile ilişkilidir. “Endişeli düşüncelerimi kontrol etmezsem ve bu gerçekleşirse bu benim hatamdır”, “Belli düşüncelere sahip değilsem cezalandırılırım” gibi inançları içerir.

5. Boyut, Bilişsel Farkındalık Kişinin kendi düşüncelerini izlemesi ve düşünce sürecine odaklanmasına dair olan “bilişsel farkındalık” boyutudur. “Düşüncelerim hakkında çok düşünürüm”, “Düşüncelerimi sürekli gözden geçiririm” gibi görüşleri içerir.

Ruhsal Belirti Tarama Listesi 90-R (Symptom Checklist 90-R) SCL 90-R: Derogatis tarafından geliştirilmiş olan ölçek psikiyatrik belirtileri olan bireyleri, olmayanlardan ayırmak için kullanılmaktadır (14). Türkçe’de geçerlik/güvenirlik çalışması yapılmıştır (15). Ölçek psikiyatrik belirti ve yakınmaları içeren 90 maddeden ve 10 alt testten oluşmaktadır: somatizasyon, obsesif-kompulsif belirtiler, kişilerarası duyarlılık, depresyon, kaygı, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek maddeler. Deneklerden son 7 gün içinde bu maddelerde yer alan belirtileri ne düzeyde yaşadıklarını 5’li likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmeleri istenir.

BULGULAR

Katılımcıların Özellikleri

TSSB olan olguların hepsi erkek katılımcı, yaşları 22-42 arasında ve yaş ortalaması (M) 31.67±6.54'dir. Sağlıklı grubun hepsi erkek katılımcı, yaşları 21-46 arasında ve yaş ortalaması 29.00±6,61'dir. (t=2.091; p=0.039)

TSSB grubunun sosyodemografik özelliklerine baktığımızda % 7'si ortaöğretim, % 52 lise, % 41'i üniversite mezundur. TSSB grubunun %29'u bekar, % 58'i evli, % 21'i eşinden ayrılmıştır. Bu gruptaki katılımcıların % 63'ü şehirde büyümüştür; % 36'sında intihar öyküsü vardır; %50'sinde (hafta da en az 3 kez) alkol kullanımı vardır; %70'inde sigara kullanımı vardır. TSSB grubunda travma türü "çatışma (combat)" travmasıdır ve tanı aldıkları ortalaması 7.41±6.25 yıldır.

İstatistiksel Analizler

Gruplar arasında toplam üstbiliş puanı ve alt test puanları arasında fark olup olmadığını tespit etmek üzere Çok Değişkenli Kovaryans Analizi (Multivariate Analysis of Covariance: MANCOVA) yapılmıştır. Yaş, gruplar arasında istatistiksel olarak farklılaştığı için kovaryans olarak sonraki analizlere dahil edilmiştir (istatistiksel anlamlılık: p <.05). Grup farklarını gösteren analizler Tablo 1'dedir. [Wilks' Lambda=0.587, F(6,98)= 11.48,

p<.001, $\eta^2=0.41$]. TSSB grubunda Üst Biliş-30 toplam puanı (F (1,103)=9.66, p<.001, $\eta^2=0.22$), alt ölçeklerinden "üzüntüye ilişkin olumlu inançlar" [F(1,103)=3.56, p=.017, $\eta^2=0.09$], ve "kontrol edilemezlik ve tehlike" [F(1,103)=16.83, p<.001, $\eta^2=0.33$], "düşünceleri kontrol ihtiyacı" [F(1,103)=4.68, p<.005, $\eta^2=0.12$], "bilişsel güven eksiliği" [F(1,103)=9.37, p<.001, $\eta^2=0.21$] boyutları kontrollerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Sadece "bilişsel farkındalık" [F(1,103)=0.466, p=.706, $\eta^2=0.014$] alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir.

Ortalama ve grup farklarını gösteren MANCOVA Tablo 2'dedir [Wilks' Lambda: 0.200, F(11,92)= 33.73, p<.001, $\eta^2=0.80$]. Yaş, kovaryans olarak analizlere dahil edilmiştir. Grupların SCL 90-R toplam puanı [F(1,102)=19.92, p<.001, $\eta^2=0.16$] ve somatizasyon [F(1,102)=12.20, p<.01, $\eta^2=0.10$], obsesyonlar [F(1,102)=19.37, p<.001, $\eta^2=0.16$], kişiler arası duyarlılık [F(1,102)=15.29, p<.001, $\eta^2=0.13$], depresyon [F(1,102)=13.12, p<.001, $\eta^2=0.11$], kaygı [F(1,102)=16.63, p<.001, $\eta^2=0.14$], öfke-düşmanlık [F(1,102)=20.48, p<.001, $\eta^2=0.16$], fobik kaygı [F(1,102)=20.30, p<.001, $\eta^2=0.17$], paranoid düşünce [F(1,102)=19.59, p<.001, $\eta^2=0.14$], psikotizm [F(1,102)=15.23, p<.001, $\eta^2=0.13$] ve ek skala [F(1,102)=13.83, p<.001, $\eta^2=0.12$] puanları birbirinden farklıdır. TSSB grubunda alt testlerin ortalamalarına göre tüm alt ölçek puanları ikinin üzerindedir (Tablo2).

Tablo1. Üst Biliş-30 ölçek puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri ile MANCOVA Analizi sonuçları

	TSSB Ort, Sd	Kontrol Ort, Sd	F	p
Üstbiliş-30 toplam puanı	73,48±11,29	62,12±10,69	9,66	0,000***
Olumlu inançlar (üzüntü ve ruminasyona ilişkin)	10,59±3,54	11,70±3,22	3,56	0,017*
Kontrol edilemezlik tehlike (üzüntü ve ruminasyona ilişkin olumsuz inançlar)	17,40±4,08	12,20±3,63	16,83	0,000***
Bilişsel güven (belleğine güvenmeme)	15,55±5,13	11,09±3,82	9,37	0,000***
Düşünceleri kontrol ihtiyacı	15,44±3,36	12,96±3,50	4,68	0,004**
Bilişsel farkındalık	14,09±2,52	14,57±2,56	0,466	0,706

***p<0,001, **p<0,01, *p<0,05

Tablo2. SCL-90 ölçek puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri ile MANCOVA Analizi sonuçları

	TSSB Ort, Sd	Kontrol Ort,Sd	F	p
SCL 90-R toplam	2,23±0,72	0,42±0,14	19,92	0,000
Somatizasyon	2,02±0,77	0,39±0,21	12,20	0,000
Obsesif-kompulsif	2,34±0,74	0,63±0,21	19,37	0,000
Kişilerarası duyarlılık	2,54±0,79	0,73±0,36	15,29	0,000
Depresyon	2,52±0,82	0,42±0,20	13,12	0,000
Kaygı	2,39±0,83	0,32±0,15	16,63	0,000
Düşmanlık	2,48±0,86	0,38±0,22	20,48	0,000
Fobik kaygı	1,87±0,93	0,15±0,13	20,30	0,000
Paranoid düşünce	2,03±0,85	0,46±0,19	19,59	0,000
Psikotizm	1,82±0,74	0,32±0,16	15,23	0,000
Ek Skala	2,32±0,70	0,44±0,22	13,83	0,000

SCL-90: Ruhsal Belirti Tarama Listesi-90 (Symptom Checklist-90)

SCL-90-R ve ÜBÖ-30 arasında ne tür bir ilişkinin olduğunun araştırılması için verilere Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Tekniği uygulanmıştır. SCL-90-R ve ÜBÖ-30 alt testleri arasında “yaş” değişkeni kontrol edildikten sonra $p < .05$ düzeyinde $r = .29$ ve $r = .69$ arasında değişen ilişki düzeyleri elde edilmiştir (Tablo3).

TARTIŞMA

Üst bilişleri değerlendiren ÜBÖ-30 ölçeği kişilerin ne düşündüklerinden çok nasıl düşündüklerini değerlendirmektedir. Analiz sonuçlarına göre üzüntü ve zihinsel ruminasyonların tehlikeli, kontrolünün güç ve olumsuz olduğuna ilişkin inançları içeren “kontrol edilemezlik ve tehlike”; bazı düşüncelerin kontrol edilmesi ve bastırılması gerektiğine ilişkin inançları içeren “düşünceleri kontrol”; kişinin bellek ve dikkat mekanizmalarına olan güvensizliğine ilişkin inançları içeren “bilişsel güven” alt boyutlarında TSSB grubu kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek puan almıştır. Buna karşın üzüntü ve ruminasyonun işlevsel olduğuna dair maddelerin yer aldığı “olumlu inanç” boyutlarında ise TSSB hastaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük puan almışlardır.

TSSB grubunun kontrollere benzer olduğu alt boyut ise düşüncelerinin izlenmesi ve farkındalığı ile ilişkili olan “bilişsel farkındalık” alt boyutudur. Hastalar, “olumlu inançlar” alt boyutunda kon-

trollerden düşük; “kontrol edilemezlik tehlike” (olumsuz inançlar) boyutunda kontrollerden yüksek puan almışlardır. Bir anlamda, TSSB hastaları kontrol grubundan daha fazla oranda üzüntünün ve ruminasyonun kendileri için olumlu olmadığına inanmaktadırlar. Ek olarak belki de TSSB hastaları zorlayıcı şekilde ortaya çıkan düşünceler ve görüntüler sebebiyle, bunlar üzerinde düşünmeyi bir baş etme stratejisi olarak faydalı bulmamaktadırlar.

Buna karşın, TSSB hastaları kontrol grubuna göre düşünceleri üzerinde daha fazla kontrollerinin olması gerektiğine ve düşünceleri üzerinde kontrollerini kaybetmenin tehlikeli sonuçlarının olabileceğine inanmaktadırlar. Bu bulgu Wells ve Bennett’in (2010) çalışma sonuçlarını desteklemektedir (16). Bu çalışmada daha önceki çalışmalardan farklı olarak klinik belirtiler ile üstbilişlerin ilişkisi alanyazında ilk defa araştırılmıştır. Bulgularımıza göre düşüncelerin kontrol edilememesi ve bunun tehlikeli olduğu inancı klinik belirtilerden sırasıyla kişilerarası duyarlılık, öfke-düşmanlık, obsesyonlar ve depresyon ile yüksek pozitif korelasyon göstermiştir.

İnsanlarda korku yanıtlarının gelişmesi ve sürmesi kısmen travmatik stresörün kestirilemez ve/veya kontrol edilemez olup olmadığına dayanmakta olup, olayın kestirilebilirliğinin ve kontrol edilebilirliğinin artması, stresörün sıkıntı verici yanını azaltmaktadır (17). Travma mağdurlarının yoğun duygusal veya fizyolojik tepki uyandıran ve travmayı hatırlatan çok sayıda gündelik anıyla karşı

Tablo3. SCL-90 ve MSQ- 30 alt boyut puanlarının Pearson Korelesyon Analizi sonuçları

		Üstbiliş toplam	Olumlu inançlar	Kontrol edilemezlik tehlike	Bilişsel güven	Düşünceleri kontrol ihtiyacı	Bilişsel farkındalık
SCL 90-R toplam	r	0.645	0.008	0.671	0.498	0.466	0.122
	p	<0.001	=0.953	<0.001	<0.001	=0.001	=0.395
Somatizasyon	r	0.505	-0.014	0.530	0.442	0.356	-0.058
	p	=0.003	=0.922	=0.001	=0.001	=0.010	=0.688
Obsesif-kompulsif	r	0.685	0.123	0.675	0.448	0.535	0.206
	p	<0.001	=0.388	<0.001	=0.003	<0.001	=0.148
Kişilerarası duyarlılık	r	0.666	0.076	0.716	0.450	0.469	0.191
	p	<0.001	=0.594	<0.001	=0.002	=0.001	=0.179
Depresyon	r	0.644	-0.083	0.667	0.572	0.435	0.147
	p	<0.001	=0.765	<0.001	<0.001	=0.001	=0.302
Kayı	r	0.577	-0.018	0.619	0.474	0.353	-0.122
	p	p=0.001	=0.902	<0.001	=0.001	=0.011	=0.393
Öfke	r	0.490	-0.092	0.669	0.269	r=0.418	0.128
Düşmanlık	p	p=0.005	=0.521	<0.001	=0.056	p=0.002	=0.371
Fobik kaygı	r	0.331	-0.067	r=0.464	0.229	0.244	-0.046
	p	=0.018	=0.642	=0.003	=0.106	=0.084	=0.747
Paranoid düşünce	r	0.531	0.121	r=0.575	0.287	0.420	0.095
	p	=0.001	=0.398	<0.001	=0.041	=0.002	=0.506
Psikotizm	r	0.624	0.220	0.509	0.462	0.428	0.070
	p	<0.001	=0.120	<0.001	<0.005	=0.002	=0.627
Ek sakala	r	0.614	-0.051	0.611	0.595	0.377	0.078
	p	<0.001	=0.724	<0.001	<0.001	=0.006	=0.587

SCL-90: Ruhsal Belirti Tarama Listesi-90 (Symptom Checklist-90); MSQ-30 Üstbiliş Ölçeği

karşıya gelmesi onlarda zihinsel kontrolün kaybedildiği ve bunun da tehlikeli olduğu inancını doğurmaktadır. TSSB hastalarının engel olmakta zorlandıkları zorlayıcı düşünceler ve anılar inhibisyon mekanizmasındaki bozulmanın doğal sonuçları olarak gözükmektedir (18). TSSB grubu zihinsel kontrollerini kaybetmenin tehlikeli olduğunu düşünmekte ve ruminasyon ve üzüntüyü “olumsuz” olarak algılamaktadırlar.

TSSB hastalarında travmaya ilişkin anıların ve düşüncenin baskılanmaya çalışılması istenmeyen zorlayıcı düşüncelerin tekrarlamasına (rebound) yol açmaktadır (19). Boylamsal çalışmalarda supresyonun derecesini hastalığın şiddeti için önemli bir yordayıcı olarak bulunmuştur (20). Belirtilerin nasıl yorumladığı ve bilişsel kontrol stratejileri TSSB şiddeti hakkında da bilgi verebilir (7). Bu bağlamda da hastaların düşüncelerini ne kadar tehlikeli buldukları ve bunları ne şekilde kontrol etmeye çalıştıklarını gösteren üstbilişler hastalığın seyrinde önemlidir. Özellikle bu boyutların algılanan stres ve bu strese ilişkin kişinin yorumlarını, duygularını ve tepkilerini doğrudan etkilediği ve belirtilerin dirençli şekilde devam etmesinde çok önemli rolü olduğu

düşünülmektedir (11).

Ek olarak bulgularımıza göre TSSB grubu zihinsel kapasitelerine ve bellek süreçlerine kontrollerden daha az güvenmektedirler ve en fazla ilişki içinde olan belirtiler depresyon ve ek skala olarak tespit edilmiştir. Bilişsel güven eksikliği kısır döngüsel şekilde bu stratejilerin abartılı kullanılmasına zemin hazırlıyor ve etkili baş etme stratejilerinin kullanımını sınırlıyor olabilir.

Sonuç olarak, travma hastaları üzüntü ve ruminasyonun kendileri için olumsuz sonuçları olduğunu düşünmekte, bazı düşüncelerinin tehlikeli olduğu için baskılanması ve kontrol edilmesi gerektiğine ancak bunun çok güç olduğuna inanmaktadırlar. Hastalarda başta obsesif, depresif ve psikotik belirtiler olmak üzere tüm semptomlardaki artış patolojik tarzda üstbiliş faaliyetlerinin artması şeklinde yansımıştır. Travma hastalarında obsesif düşünceler, öfke-düşmanlık, kişiler arası duyarlılık belirtileri daha büyük oranda hastaların düşüncelerinin tehlikeli olduğu ve kontrol edilmesi gerektiği ama kontrolünün de zor olduğuna ilişkin üstbilişlerle ilişkili gözükmektedir. Yukarıda bahsi geçen üstbilişlerin varlığı hastalığın seyrine de etki

eden önemli bir faktör olarak gözükmektedir. Klinik olarak önemli olduğu vurgulanan üstbilişlerin takip çalışmaları bağlamında ele alınması konunun daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.

Çalışmanın çeşitli sınırlılıkları vardır. Travma hastalarının farklı tedaviler alması ve tedavilerinin farklı aşamalarda olması bir sınırlılıktır. Tüm örneklem erkek olması ve tek tür travmatik yaşantının (çatışma travması) olması grubun homojenliği için bir avantaj olsa da sonuçları genellemekte sınırlılık yaratmaktadır. Bu sınırlılıklar gelecekte yapılacak olan çalışmalar için

yönlendirici olmaktadır. Özellikle farklı travmatik yaşantıları olan hastalarda üstbilişlerin boylamsal olarak değerlendirilmesinin alanyazına önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yazışma Adresi: Dr. Öğr. Üyesi Nakşidil Yazihan, Çankaya Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Ankara
nyazihan@cankaya.edu.tr

KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV) Köroğlu E (Çeviri ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1995.
2. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of post-traumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin* 2003;129: 52–73.
3. Rytwinski NK, Scur MD, Feeny NC, Youngstrom EA. The co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *J Trauma Stress* 2013;26:299-309.
4. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arc Gen Psychiatry* 1995;52:1048-1060.
5. Wells, A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. Chichester, United Kingdom: Wiley, 2000.
6. Wells A, Sembi S, Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2004; 35: 307–318.
7. Foa EB, Ehlers A, Clark DM, Tolin DF ve Orsillo SM. The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Journal of Psychological Assessment* 1999;11:303–314.
8. Wells A, Davies M. The Thought Control Questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy* 1994;32:871-878.
9. Corcoran KM, Segal ZV. Metacognition in depressive and anxiety disorders: current directions. *International Journal of Cognitive Therapy* 2008;1:33–44.
10. Roussis, P, Wells A. Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Differences* 2006;40:111–122.
11. Spada MM, Nikcevic AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences* 2008;44:1172-1181.
12. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy* 2004;42:385–396.
13. Tosun A, Irak M. Adaptation, validity and reliability of the Meta-cognitions Questionnaire-30 in Turkish culture; and its relationships with anxiety and obsessive-compulsive symptoms. *Turkish Journal of Psychiatry* 2008;19:67-80.
14. Derogatis LR. SCL-90: Administration, Scoring and Procedure Manual-1 for the revised version. Baltimore: Johns Hopkins University, 1977.
15. Dağ İ. Belirti tarama listesinin (SCL-90-R) üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991;2:5-12.
16. Bennett H, Wells A. Metacognition, memory disorganization and rumination in posttraumatic stress symptoms. *Journal of Anxiety Disorders* 2010;24:318-325.
17. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2000;38:319–345.
18. Falconer E, Bryant R, Felmingham KL, Kemp HA, Gordon E. The neural networks of inhibitory control in posttraumatic stress disorder. *J Psychiatry Neurosci* 2008;33:413-422.
19. Ehlers A, Steil R. Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1995;23: 217–249.
20. Ehring T, Ehlers A, Glucksman E. Do cognitive models help in predicting the severity of posttraumatic stress disorder, phobia and depression after motor vehicle accidents? A prospective longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008;76: 219 –230.