



Orjinal Makale

Obsesif kompulsif bozuklukta içgörünün obsesif inançlar ve üstbilgi ile ilişkisi

Onur Yılmaz,¹ Rabia Kevser Boyraz,¹ Ayşe Kurtulmuş,²

Fatma Büşra Parlakkaya,¹ Ahmet Öztürk¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul

Özet

Amaç: Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) hastalarının endişeyi yararlı gördüklerine ve kendi dikkat ve hafızalarına güvenmediklerine ilişkin bilinenler zemininde, tedavide içgörünün geliştirilmesi ve obsesyonların yansızlaştırılması hedeflenmektedir. Bununla birlikte OKB hastalarında içgörünün üstbilgilerle ve obsesif inançların türü ve şiddetiyle ilişkisini araştıran çok kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada içgörü ile üstbilgiler, obsesif inanç içerikleri ve şiddeti arasındaki ilişkinin araştırılması hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma OKB tanısı alan 101 hasta ve 52 kişilik sağlıklı kontrol grubu ile yapılmıştır. Çalışmanın verileri hasta ve kontrol grubunda Sosyodemografik Veri Formu, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), Obsesyonel İnanışlar Ölçeği (OIÖ-44) ve Üstbilgi Ölçeği (ÜBÖ-30) ile toplanmıştır. Hasta grubunda ayrıca Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ) ve Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği (ADDÖ) kullanılarak veri toplanmıştır. OKB tanılı hastalar ADDÖ puanlarına göre zayıf ve iyi içgörülü olarak iki gruba ayrılmıştır.

Bulgular: ÜBÖ-30 olumlu inanç ve bilişsel güven alt boyut ortalama puanları hasta ve sağlıklı kontrol gruplarında benzer bulunmuştur. Zayıf ve iyi içgörü düzeyine sahip olan OKB hasta grupları obsesyon ve kompulsiyonların şiddeti, depresyon şiddeti, hastalık süresi, hastalığın başlama şekli gibi değişkenler ve tüm ölçeklerin ortalama puanları açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptanmamış, sadece ÜBÖ-olumlu inanç alt boyutu ortalama puanı içgörüsü zayıf OKB grubunda daha yüksek bulunmuş olup, aradaki farkın ise istatistiksel anlamlılık sınırına yakın olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada OKB hastalarında depresyon ortalama puanları kontrollere göre daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışmanın bulgularına göre, sağlıklı gönüllüler ile OKB hastalarının bazı üstbilgilerinin, bilinenin aksine benzer seviyede olduğu ortaya konmuştur. OKB hastaları içinde ise içgörü ile üstbilgiler arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bununla birlikte; içgörünün niteliksel çalışma deseni ile derinlemesine ele alındığı, daha geniş örneklemli ve daha fazla demografik ve klinik verinin dahil edildiği yeni çalışmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir. Ayrıca, içgörü kavramının OKB'deki rolünün tartışmaya açık olduğu, tedavi ve klinik yaklaşımda içgörü düzeyinin belirleyiciliğinin sorgulanması gerektiği öne sürülebilir.

Anahtar Sözcükler: İçgörü; obsesif kompulsif bozukluk; üstbilgi.

Obsesyon, istemsizce akla gelen, kişinin engelleme çabalarına rağmen inatçı bir biçimde tekrarlayan ve kişide klinik olarak belirgin bir sıkıntı oluşturan düşünce, imge ve dürtüleri tanımlamak için kullanılan terimdir. Obsesyon gelişiminde rolü olan etkenler içinde özellikle düşünceye fazla önem atfet-

me, abartılmış sorumluluk duygusu ve üstbilgilerin (metakognisyonların) önemli yeri olduğu öne sürülmüştür. Klasik bilişsel davranışçı kuram, karşılaşılan durumlara getirilen yorumların, o durumda yaşanacak duyguyu ve sonrasındaki davranışsal yanıtı belirleyen en önemli değişken olduğunu öne sürmek-



Konu hakkında bilinenler nedir?

- Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanılı hastalarda içgörünün üstbilişlerle ve obsesif inançların türü ve şiddetiyle ilişkisini araştıran çok kısıtlı sayıdaki çalışmada genel olarak içgörü azaldıkça obsesif ve kompulsif belirtilerin şiddetinin arttığı, üstbilişlerin ise kuvvetlendiği bildirilmiştir.

Bu yazının bilinenlere katkısı nedir?

- Bu çalışmada ise var olan kısıtlı literatürde bildirilen aksine, OKB'de içgörü düzeyi ile obsesyonların türü ve şiddeti, ayrıca üstbilişsel inançlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış, hatta muhtemelen toplumumuzda endişenin yararına ve kişinin kendi dikkatine ve hafızasına güvenmemesi gerektiğine dair yaygın olan inancın etkisiyle, hastalar ile sağlıklı gönüllüler arasında bu iki inanç benzer düzeyde bulunmuştur.

Uygulamaya katkısı nedir?

- Görece kısıtlı literatür olan bir alanda yapılan ve sonuçlarının büyük oranda mevcut literatürle benzeşmediği bu çalışmadan hareketle OKB'de içgörü kavramının farklı yönleriyle tekrar değerlendirilmesi ve OKB'ye yaklaşım ve tedavide içgörü düzeyinin belirleyiciliğinin sorgulanması gerektiğini öne sürmekteyiz.

tedir. "Düşünme hakkında düşünme" olarak da ifade edilebilecek olan "üstbiliş" ise, düşüncenin içeriğine değil, sürecine odaklanılması ile anlaşılabilir bir kavramdır.^[1] Literatürde kognitif işlevlerin yönetilmesinde üstbilişsel (metakognitif) etkenlerin rolüne dair çalışmalar yer almaktadır.^[2-4] Rahatsızlık verici (intruziv) düşüncelerin oluşumunda ve sürmesinde üstbilişsel süreçlerin belirgin bir etkisi vardır.^[5,6] Kişinin kendi intruziv düşüncelerine olumsuz yaklaşması bunların obsesyona dönüşme riskini artırırken, bu düşünceleri kontrol altına alma çabaları ise kaygı doğuruyor gibi görünmektedir.^[7] Buradan hareketle, sağlıklı bireylerde de zaman zaman görülebilen intruziv düşüncelerin, üstbilişlerin etkisiyle obsesyonlara dönüştüğüne dair genel bir kabul mevcuttur. Bu kabul zemininde, literatürde OKB hastalarındaki üstbilişlerin sağlıklı gönüllülerden daha kuvvetli olduğu bildirilmiştir.^[8]

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Beşinci Baskısında (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 5: DSM-5), obsesyonlar ve onların yol açtığı kaygıyı azaltmak için yapılan fiziksel ve zihinsel eylemler olarak tarif edilebilecek olan kompulsiyonların birlikte varlığı, ayrıca obsesyonlar ve kompulsiyonlar nedeniyle belirgin işlevsellik kaybının ortaya çıkmış olmasıyla tanımlanmaktadır.^[9] OKB'nin üstbilişsel yapısı, Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlevler (Self Regulatory Executive Functions: S-REF) modeli ile açıklanmaktadır.^[10] Bu modele göre, intruziv düşüncelerin olumsuz olarak yorumlanmasının nedeni üstbilişlerdir. Üstbilişsel inançlar, belli düşüncelere sahip olmanın anlamlarına ve olası tehlikeli sonuçlarına odaklanır. Üstbilişsel inançlardaki sapmalar kognisyonun (bilişin) anlamını ve işlevini etkileyerek tekrarlamalara (ruminasyonlara) ve kaygıya neden olabilir. S-REF modeline göre intruziv düşüncelerle ilgili üstbilişsel inançlar düşünce-eylem kaynaşması, düşünce-olay kaynaşması, ve düşünce-nesne kaynaşması olarak üçe ayrılabilir.^[11-13] Düşünce-eylem kaynaşması, belirli düşüncelere sahip olmanın, kontrol edilemeyen ve istenmeyen eylemlere sebep olacağına dair inançtır. Örnek olarak, kişinin sevdiği birine fiziksel bir zarar vereceği düşüncesi aklına gelmişse, sonunda

mutlaka bunu yapacağına inanabilir. Düşünce-olay kaynaşması, herhangi bir düşünceye sahip olmanın, o düşünceye konu olan olayın gerçekleşmesine o anda ya da gelecekte sebep olacağı veya zaten o olayın geçmişte yaşanmış olduğu anlamına gelmektedir. Örnek olarak, bir ortak tuvaleti kullandıktan sonra meni bulaşması nedeniyle gebe kalmış olabileceğine dair bir düşünce hastanın aklına gelmişse, bunun mutlaka yaşanmış olduğuna inanabilir. Düşünce-nesne kaynaşması, düşüncelerin, duyguların veya anıların nesnelere ve diğer insanlara aktarılabileceği veya nesnelere ve diğer insanlardan kişiye geçebileceği inancıdır.^[11-13]

Kaynaşmayla ilişkili üstbilişsel mekanizmaların yanında, ritüeller hakkındaki inançlar (örnek olarak, düşüncelerin kontrol edilmesi gerektiği inancı), işlevsiz içsel kriterler (örnek olarak, yansızlaştırma çabalarının sona ereceği doğru zamanı hissettiğine ya da tam olarak bildiğine dair inanç) ve kompulsiyonların faydalarına dair inançlar gibi, obsesif kompulsif belirtilerin sürmesine ve daha da kötüleşmesine neden olan diğer üstbilişsel mekanizmalar da bilinmektedir.^[11-13]

İçgörü, kişinin kendi deneyimlerinin nedenlerinin ve anlamının farkında olabilme yetisidir ve tanımdan da anlaşılacağı üzere, kendisindeki bir ruhsal rahatsızlığın farkında olmayı da içerir.^[14,15] OKB hastalarının içgörülerinin zayıf ile kuvvetli uçlar arasında bir yelpaze oluşturduğu kabul edilmektedir.^[16] Daha önceki DSM baskılarında olmayan bir özellik olarak, DSM-IV'te OKB'ye "düşük içgörü" belirteci eklenirken,^[17] DSM-5'te OKB'ye eklenen içgörü belirteci içgörüsü iyi, içgörüsü kötü ve içgörüsü yok/sanrısız inanışlar şeklinde genişletilmiştir.^[8] OKB'de içgörü seviyesinin değerlendirilmesi için standart bir araç henüz bulunmamakla birlikte, literatürde bu amaçla Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği (ADDÖ) ve Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği (BİDÖ) kullanılmıştır.^[18,19] İçgörünün seviyesi ile OKB'nin şiddeti arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmaların^[20-22] yanında, anlamlı bir ilişki olmadığını bildiren çalışmalar da vardır.^[23,24] Benzer şekilde, OKB'de bilişsel davranışçı terapiye ve ilaç tedavisine yanıt ile içgörü arasında doğrusal bir ilişkinin varlığını bildiren çalışmalar^[25] yanında böyle bir ilişkinin anlamlı düzeyde saptanmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır.^[26] Bu bağlamda OKB'de içgörünün klinikteki belirleyiciliğine yönelik yeterli kanıt bulunmadığı ifade edilebilir.

OKB tanılı hastalarda içgörünün üstbilişlerle ve obsesif inançların türü ve şiddetiyle ilişkisini araştıran çok kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır.^[27,28] Bu çalışmada içgörü ile üstbilişler, obsesif inanç içerikleri ve şiddeti arasındaki ilişkiler araştırılarak literatüre katkı sunulması hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem**Katılımcılar**

Çalışmanın örneklemini 2016 Eylül-2017 Nisan arasında Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi psikiyatri polikliniklerine müraa eden, çalışmaya alım kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden, DSM-5 tanı kriterlerine göre OKB tanısı alan 101 hasta ve 52 ve sağlıklı gönüllüden oluşturulmuştur.

Çalışmaya alınma kriterleri:

18–50 yaş arasında olmak,
Okuma-yazma bilmek,
Çalışmaya katılım için gönüllü olmak,
DSM-5 tanı kriterlerine göre OKB tanısı almış olmak.

Çalışmadan dışlanma kriterleri:

Aktif alkol ve/veya madde kötüye kullanımı,
OKB'ye komorbid aktif psikiyatrik hastalık varlığı,
Görme ve/veya işitme kusuru varlığı.

Kullanılan Araçlar

Çalışmaya alınan tüm gönüllülere, çalışma ekibi tarafından hazırlanan Sosyodemografik Veri Formu, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), Obsesyonel İnanışlar Ölçeği (ÖİÖ-44) ve Üstbilgi Ölçeği (ÜBÖ-30) uygulanmıştır. Ayrıca sadece hasta grubuna Yale-Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ) ve Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği (ADDÖ) uygulanmıştır. Örneklem grubundaki 101 hasta içinden 31'i, ADDÖ ye göre "içgörüsü zayıf OKB", geri kalan 70 'i ise aynı ölçeğe göre "içgörüsü iyi olan OKB" sınıfında değerlendirilmiş, böylece çalışmanın örnekleminde 3 grup yer almıştır.

Sosyodemografik Veri Formu: Araştırmacılar tarafından oluşturulan bu formda deneklerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, obsesif kompülsif belirtilerin başlama yaşı ve hızı, hastalığın süresi, alkol-sigara kullanım durumu gibi değişkenleri sorgulayan 23 soru bulunmaktadır.

Yale-Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği (Y-BOKÖ): Obsesif ve kompülsif belirtilerin şiddetini değerlendirmek için, Goodman ve ark.^[29,30] tarafından geliştirilmiştir. Y-BOKÖ Likert tipi 19 maddeden oluşmakta ve değerlendirmeci tarafından puanlanmaktadır. Y-BOKÖ değerlendirmesi ilk 10 maddenin puanları üzerinden yapılır. 1–5. maddelerin toplam puanı obsesyon, 6–10. maddelerin toplam puanı kompülsiyon, puanını verir. Obsesyon ve kompülsiyon puanlarının toplamı, ölçeğin toplam puanını vermektedir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karamustafaloğlu ve ark.^[31] tarafından yapılmıştır. Ölçeğin mevcut çalışmanın örnekleminde de yüksek düzeyde iç tutarlılık gösterdiği (Cronbach alfa= 0.925) saptanmıştır.

Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği (ADDÖ): OKB'de içgörü düzeyinin değerlendirilmesi amacıyla Neziroglu ve ark.^[32] tarafından geliştirilmiştir. ADDÖ 11 Likert tipi maddeden oluşur, her madde 1–10 arasında puanlanır. ADDÖ toplam puanı 6 ve üzerinde olan hastalar "içgörüsü zayıf OKB" olarak kabul edilir. Ölçeğin OKB ve Beden Dismorfik Bozukluğu tedavilerindeki öngördürücü geçerliği çalışılmıştır.^[33] Ölçeğin mevcut çalışmanın örnekleminde de yüksek düzeyde iç tutarlılık gösterdiği (Cronbach alfa= 0.820) saptanmıştır.

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ): İlk olarak Hamilton tarafından depresif belirtilerin şiddetini ölçmek amacıyla geliştirilmiş,^[34] yapılandırılmış formu ise Williams tarafından oluşturulmuştur.^[35] Türkçe formunun geçerlik güvenilirlik çalışması Akdemir ve ark.^[36] tarafından yapılmıştır. Depresif be-

lirtileri olan kişilere klinisyen tarafından uygulanır. 17 maddelik Likert tipi bir ölçektir, her madde 0–4 arasında puanlanır. Toplam HDDÖ puanı 8–13 arasında ise düşük, 14–18 arasında ise orta, 19 ve üstü ise şiddetli depresyon lehine olarak değerlendirilir.^[37] Ölçeğin mevcut çalışmanın örnekleminde de yüksek düzeyde iç tutarlılık gösterdiği (Cronbach alfa= 0.905) saptanmıştır.

Obsesyonel İnanışlar Ölçeği (ÖİÖ-44): Obsesif Kompulsif Bilişleri Çalışma Grubu (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group) tarafından geliştirilmiştir. 7 basamaklı Likert tipi ve 44 maddeden oluşan bir ölçektir.^[38,39] OKB'deki temel belirti alanlarının kümelenildiği üç alt boyutu vardır. Bunlar, mükemmeliyetçilik/kesinlik, sorumluluk/felaket beklentisi ve aşırı önem verme/düşünceleri kontrol etme alt boyutları olarak adlandırılır. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Boşyan ve ark.^[40] tarafından yapılmıştır. Ölçeğin mevcut çalışmanın örnekleminde de yüksek düzeyde iç tutarlılık gösterdiği (Cronbach alfa= 0.910) saptanmıştır.

Üstbilgi Ölçeği (ÜBÖ-30): Cartwright-Hatton ve Wells tarafından geliştirilmiştir.^[41] 4'lü Likert tipi bir ölçektir. Olumlu inançlar (Ol), bilişsel güven (BG), kontrol edilemezlik ve tehlike (KET), bilişsel farkındalık (BF) ve düşünceleri kontrol ihtiyacı (DKİ) olarak adlandırılan 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Öl, planlamak ve sorun çözebilmek için endişelenmek gerektiğine, yani aslında endişenin yararlı olduğuna; BG, bireyin kendi dikkatine ve hafızasına güvenmemesine; KET, endişelerin kontrol edilemeyeceğine ve bireyin işlevselliğini sürdürebilmesi ve güvende olabilmesi için endişelerini kontrol etmesi gerektiğine dair maddeler içerir. DKİ, sorumluluk, cezalandırılma ve batıl inanç temaları etrafındaki olumsuz inançları kontrol etmek ihtiyacına ilişkin maddelerden oluşur. BF ise, bireyin kendi düşünce süreci üstünde devamlı biçimde bir uğraşı içinde olduğunu belirtir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Tosun ve Irak tarafından yapılmıştır.^[42]

İşlem

Bu çalışma Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi psikiyatri polikliniklerine müracaat eden ve OKB tanısı alan gönüllü hastalar ve sağlıklı kontrol grubu ile yapılmıştır. Hastalar polikliniğe müracaat ve çalışmaya katılmayı kabul tarihine göre ardışık olarak çalışmaya alınmıştır. Kontrol grubu ise, hastane çalışanları ve onların yakınları içinde herhangi bir psikiyatrik yakınması olmayan ve ruhsal muayenesinde herhangi bir patoloji saptanmayan gönüllülerden oluşmuştur. Hasta grubu "içgörüsü zayıf" ve "içgörüsü iyi" hastalar olmak üzere kendi içinde ikiye ayrılmıştır.

İstatistiksel Değerlendirme

İçgörüsü iyi OKB grubu, İçgörüsü zayıf OKB grubu ve sağlıklı kontrol grubunda değişkenler tanımlayıcı istatistiksel analizlerle değerlendirilmiş ve grupların değişkenler açısından karşılaştırılmasında, yaş ve ölçek puanları gibi numerik veriler için tek yönlü ANOVA testi, cinsiyet, medeni durum ve eğitim seviyeleri gibi kategorik veriler için ise ki-kare testi kullanılmıştır.

Hasta grupları ve sağlıklı kontrol grubunun ÜBÖ-30, OİÖ-44, HDDÖ ölçek puanları açısından ikili karşılaştırmalarında ise bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır.

Kontrol grubundan bir gönüllünün eğitim seviyesi bilgisi eksiktir. Hasta grubunda ise, içgörüsü zayıf olan grupta bir, içgörüsü iyi olan grupta ise iki gönüllünün hastalık başlamadan önce önemli bir yaşam olayı varlığı, hastalığın başlama şekli, ailede ruhsal hastalık öyküsü, alkol ve sigara kullanımı bilgileri eksiktir. Bu gönüllülere tekrar ulaşılamadığı için bahse konu veriler eksik kalmış, ancak eksik veriler ihmal edilebilecek düzeyde olduğundan, veri yerleştirme işlemi uygulamasına gerek görülmemiştir.

Çalışmanın Etik Boyutu

Çalışmaya katılımda gönüllülük esas alınmış ve katılmayı kabul eden tüm bireylerden imzalı gönüllü onam formu alınmıştır.

Çalışma Bezmialem Vakıf Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (onay tarihi: 09.09.2016, sayı: 3/55).

Bulgular

Hasta grubu ile kontrol grubunun bazı demografik verileri Tablo 1'de verilmiştir.

Üç grubun (iki ayrı hasta grubu ve kontrol grubu) ölçek ortalamaları açısından karşılaştırılmasında gruplar arasında OİÖ'nün tüm alt boyutları, HDDÖ ve ÜBÖ'nün KET, DKİ ve BF alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 2).

İki ayrı hasta grubu ölçek ortalamaları açısından karşılaştırıldığında ise, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bununla birlikte, ÜBÖ-Oİ alt boyutu

Tablo 1. Kontrol ve iki ayrı hasta gruplarının bazı demografik verileri

Demografik veri	İçgörüsü zayıf OKB (n=31)	İçgörüsü iyi OKB (n=70)	Kontrol (n=52)
Yaş	31.0±10.4	31.3±10.2	28.8±9.9
Medeni durum			
Evlenmemiş	15	33	38
Evli	16	34	13
Dul-boşanmış	0	3	1
Eğitim seviyesi			
Okuryazar	0	1	2
İlköğretim	13	23	4
Lise	7	22	5
Yüksekokul-üniversite	11	25	40
Cinsiyet			
Kadın	26	39	35
Erkek	5	31	17

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk; p: Olasılık değeri; n: Örneklem büyüklüğü.

Tablo 2. Ölçek ortalamaları bakımından kontrol ve iki ayrı hasta grubunun karşılaştırılması

Ölçek	İçgörüsü zayıf OKB (n=31)	İçgörüsü iyi OKB (n=70)	Kontrol (n=52)	İstatistik
HDDÖ	10.4±6.6	10.4±5.8	1.9±2.3	p<0.01*
OİÖ-44				
Mükemmeliyetçilik	72.5±23.2	68.1±23.4	52.9±16.7	p<0.01*
Sorumluluk	68.5±22.2	63.9±20.1	44.8±15.4	p<0.01*
Aşırı önem verme	47.1±17.7	43.9±15.7	29.2±13.3	p<0.01*
ÜBÖ-30				
Olumlu inanç	13.7±4.0	11.8±4.7	11.7±4.2	p=0.095
Kontrol edilemezlik ve tehlike	17.0±5.0	15.7±4.4	11.0±3.7	p<0.01*
Bilişsel güven	13.3±5.3	12.9±5.5	11.6±4.5	p=0.279
Düşünceleri kontrol ihtiyacı	17.5±4.8	18.2±4.2	10.6±4.2	p<0.01*
Bilişsel farkındalık	17.3±4.5	18.2±4.3	14.3±4.6	p<0.01*

Karşılaştırmalar tek yönlü ANOVA testi ile yapılmıştır. Anlamlı farklılık içeren sonuçlar * ile temsil edilmiştir.

OKB: Obsesif kompulsif bozukluk; p: Olasılık değeri; n: Örneklem büyüklüğü; HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği; OİÖ: Obsesyonel İnanışlar Ölçeği; ÜBÖ: Üstbilgi Ölçeği.

ortalama puanının içgörüsü zayıf OKB grubunda daha yüksek olduğu, aradaki farkın ise istatistiksel anlamlılık sınırına yakın olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

İçgörüsü zayıf olan grup ile içgörüsü iyi olan grup yıl türünden hastalık süresi açısından karşılaştırıldığında ise, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 4). Benzer şekilde, belirtiler başlamadan önce önemli bir yaşam olayının varlığı, belirtilerin başlama şekli (hızlı veya sinsi), birin-

ci dereceden yakınlarında ruhsal hastalık varlığı, alkol ve sigara kullanımı gibi demografik özellikler bakımından da iki hasta grubu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4).

Hastalar tek bir grup olarak ele alınıp kontroller de ayrı bir grup olarak kabul edilerek yapılan ikili karşılaştırmada ise, hastaların ölçek ortalama puanlarının genel olarak kontrollere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. ÜBÖ-Oi, ÜBÖ-BG alt boyut ortalama puanları ise hasta ve kontrollerde benzer bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 3. Ölçek ortalama skorları bakımından iki hasta grubunun kendi arasında karşılaştırılması

Ölçek	İçgörüsü zayıf OKB (n=31)	İçgörüsü iyi OKB (n=70)	İstatistik
Y-BOKÖ			
Obsesyon	13.3±3.9	13.1±3.2	p=0.781
Kompülsiyon	13.2±3.6	12.3±3.4	p=0.240
Toplam	26.5±7.1	25.5±6.2	p=0.498
HDDÖ	10.4±6.6	10.4±5.8	p=0.950
OiÖ-44			
Mükemmeliyetçilik	72.5±23.2	68.1±23.4	p=0.383
Sorumluluk	68.5±22.2	63.9±20.1	p=0.307
Aşırı önem verme	47.1±17.7	43.9±15.7	p=0.375
ÜBÖ-30			
Olumlu inanç	13.7±4.0	11.8±4.7	p=0.058
Kontrol edilemezlik ve tehlike	17.0±5.0	15.7±4.4	p=0.184
Bilişsel güven	13.3±5.3	12.9±5.5	p=0.690
Düşünceleri kontrol ihtiyacı	17.5±4.8	18.2±4.2	p=0.456
Bilişsel farkındalık	17.3±4.5	18.2±4.3	p=0.368

Karşılaştırmalar bağımsız örneklem t-testi ile yapılmıştır. OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk; p: Olasılık değeri; n: Örneklem büyüklüğü; Y-BOKÖ: Yale-Brown Obsesyon Kompülsiyon Ölçeği; HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği; OiÖ: Obsesyonel İnanışlar Ölçeği; ÜBÖ: Üstbilgi Ölçeği.

Tablo 4. Hastalık öyküsü ve bazı klinik özellikleri bakımından iki hasta grubunun kendi aralarında karşılaştırılması

Ölçek	İçgörüsü zayıf OKB (n=31)	İçgörüsü iyi OKB (n=70)	İstatistik
Hastalık süresi (yıl)	10.4±8.4	10.1±8.5	p=0.863
Önemli yaşam olayı varlığı			
Var	16	27	p=0.289, $\chi^2=2.485$
Yok	14	41	
Başlama şekli			
Hızlı	8	22	p=0.685, $\chi^2=0.758$
Sinsi	22	46	
Ailede ruhsal hastalık			
Var	13	36	p=0.385, $\chi^2=1.906$
Yok	17	32	
Alkol kullanımı			
Var	2	5	p=0.739, $\chi^2=0.605$
Yok	28	63	
Sigara kullanımı			
Var	9	16	p=0.775, $\chi^2=0.509$
Yok	21	52	

Hastalık süresi karşılaştırması bağımsız örneklem t-testi ile, diğer demografik verilerin karşılaştırması ise ki-kare testi ile yapılmıştır. OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk; p: Olasılık değeri; n: Örneklem büyüklüğü; χ^2 : Ki-kare test sonucu.

Tablo 5. Ölçek ortalama skorları bakımından hastalar ile kontrollerin karşılaştırılması

Ölçek	Hastalar (n=101)	Kontroller (n=52)	İstatistik
HDDÖ	10.4±5.9	1.9±2.3	p<0.01*
OİÖ-44			
Mükemmeliyetçilik	69.4±23.3	52.9±16.7	p<0.01*
Sorumluluk	65.3±21.2	44.8±15.4	p<0.01*
Aşırı önem verme	44.9±16.3	29.2±13.3	p<0.01*
ÜBÖ-30			
Olumlu inanç	12.4±4.6	11.7±4.2	p=0.348
Kontrol edilemezlik ve tehlike	16.1±4.6	11.0±3.7	p<0.01*
Bilişsel güven	13.0±5.4	11.6±4.5	p=0.123
Düşünceleri kontrol ihtiyacı	18.0±4.4	10.6±4.2	p<0.01*
Bilişsel farkındalık	17.9±4.4	14.3±4.6	p<0.01*

Karşılaştırmalar tek yönlü ANOVA testi ile yapılmıştır. Anlamli farklılık içeren sonuçlar * ile temsil edilmiştir.

p: Olasılık değeri; n: Örneklem büyüklüğü; HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği; OİÖ: Obsesyonel İnanışlar Ölçeği; ÜBÖ: Üstbilis Ölçeği.

Tartışma

Bu çalışmada OKB tanılı hastalarda içgörü düzeyi ile üstbilisler ve obsesif inanç içerikleri ve şiddeti arasındaki ilişkiler araştırılmıştır.

Çalışmada OKB hastalarında depresyon ortalama puanları kontrollere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç OKB'ye depresif belirtilerin ve major depresif bozukluğun (MDB) sık eşlik etmesiyle açıklanabilir.^[43]

Hastalarda Obsesyonel İnanışlar Ölçeği'nin tüm alt boyutlarının ortalama puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek bulunması, OKB'nin doğası düşünüldüğünde beklenen bir durumdur.

Hastalarda Üstbilis Ölçeği'nin kontrol edilemezlik ve tehlike ve düşünceleri kontrol ihtiyacı üstbilisleri ortalama puanları kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç OKB hastalarının kontrol ihtiyaçlarındaki belirgin fazlalığı göstermektedir. Bilişsel farkındalık üstbilisinin ortalama puanı da hastalarda daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, hastaların tekrarlayıcı (ruminatif) bir biçimde kendi düşünce dünyası ile ilgilenmelerinin belirgin olduğunu göstermektedir. S-REF modeline göre OKB hastalarında üstbilisler tüm insanlarda bulunabilecek rahatsızlık verici düşüncelerin obsesyonlara dönüşmesine sebep olan temel etkenler olarak tanımlanmaktadır.

^[10] Ancak bu çalışmada Üstbilis Ölçeği'nin Olumlu inanç ve Bilişsel Güven alt boyut ortalama puanları, beklenen aksine, hasta ve kontrol gruplarında benzer bulunmuştur. Bu sonuç, endişenin yararlı olduğuna ve kişinin kendi dikkatine ve hafızasına güvenmemesi gerektiğine dair üstbilisin sadece OKB hastalarında değil, toplum genelinde yaygın olabileceğini düşündürmektedir. Sadece OKB hastalarında değil, toplumun genelinde de diğer insanlara ve kendi öngörülerine şüpheli yaklaşmak çoğu zaman güvenli ve koruyucu olarak kabul gören tutumlar olabilir.

İçgörüsü zayıf ve içgörüsü iyi OKB grupları depresyon, üstbilis ve obsesyonel inanışlar ölçekleri ortalama puanları açısından

karşılaştırıldığında ise aralarında anlamlı farklılık saptanmamıştır. OKB hastalarında eşlik eden depresyonun sıklığını araştıran bazı çalışmalarda, içgörü azaldıkça depresyon eşlik etme riskinin arttığı bildirilmiştir.^[21,44] Ülkemizde yapılan bir çalışmada, içgörüsü zayıf OKB hastalarında depresyon şiddeti içgörüsü iyi olan hastalara göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Ayrıca aynı çalışmada hem çalışma yapılırken hem de daha öncesinde içgörüsü az olan grupta eşlik eden MDB daha fazla saptanmıştır.^[21] Çalışmamızda içgörüsü zayıf olan grupta kadın deneklerin sayısı daha fazladır. Bu durum, depresyonun kadın cinsiyetinde daha fazla görüldüğü bilgisi ile birlikte değerlendirildiğinde, OKB'ye eşlik eden depresif belirtilerin içgörüsü zayıf grupta daha fazla görülmesinin en muhtemel sonuç olması gerektiği düşünülebilir. Ancak çalışmamızda içgörüsü zayıf ve iyi olan hasta gruplarında depresyon şiddeti benzer çıkmıştır. Bu yönüyle, bu çalışmada OKB hastalarında eşlik eden depresyonun içgörüsü ile ilişkisine dair sonuçların literatürle genel olarak uyumlu olmadığı anlaşılmaktadır. Ancak içgörüsü zayıf olan grup ile içgörüsü iyi olan grubun arasında hastalık süresi bakımından anlamlı fark olmadığı gözetildiğinde (Tablo 4), OKB'ye eşlik eden depresyonun içgörüsünden ve cinsiyetten çok hastalık süresiyle bağlantılı olabileceği, hastalık süresi iki grupta benzer olduğu için depresif belirti şiddetinin de benzer düzeylerde çıkmış olabileceği öne sürülebilir. Belirtilerin başlamasından önce önemli bir yaşam olayı varlığı, belirtilerin ortaya çıkış hızı, ailede ruhsal hastalık varlığı gibi demografik özellikler bakımından iki hasta grubu arasında anlamlı fark saptanmamış olması da bu çıkarımı destekler niteliktedir.

İki hasta grubunun Y-BOKÖ obsesyon, kompülsiyon ve toplam ölçek puanları benzer bulunmuştur. OKB'de içgörü azaldıkça obsesif ve kompülsif belirtilerin daha şiddetlendiğini öne süren çalışmalar^[20-22] yanında, içgörü ile belirti şiddeti arasında belirgin ilişki saptanmayan çalışmalar da^[23,24] mevcuttur. Literatürde OKB'de içgörü ile obsesif kompülsif belirti şiddetleri ve türleri, ayrıca eşlik eden depresif belirtiler arasındaki ilişkiye

dair bildirimler konusunda farklılıklar olduğu anlaşılmaktadır. Bunda hasta seçim kriterlerinin farklılığı yanında, içgörü kavramının tanımı ve ölçüm biçimindeki değişkenliklerin de rolü olabilir.

İki ayrı hasta grubu OİÖ ortalama puanları açısından karşılaştırıldığında arada anlamlı fark bulunamaması, Y-BOKÖ alt boyut ve toplam puanlarının iki grup arasında benzer olması ile kendi içinde uyuşan bir sonuçtur.

Üstbilgi ölçeği ortalama puanlarının iki hasta grubu arasında anlamlı fark göstermemiş olması, konuyla ilgili şimdiye kadar yayınlanmış kısıtlı literatür verileriyle benzeşmeyen bir sonuçtur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, ÜBÖ-30'un KET, BF, DKİ ve BG alt boyut puanları zayıf içgörülü OKB hastalarında daha düşük bulunmuştur.^[28] Literatürde kaygıya ilişkin olumlu inançların (ÜBÖ-30'da Oİ alt boyutu) işlevsiz başa çıkma yöntemlerinin devamı ile ilgili olduğuna, düşünceleri kontrol ihtiyacının ise (ÜBÖ-30'da DKİ alt boyutu) tekrarlamalarla ilgili kaygının iyi bir belirleyicisi olduğuna dair bildirimler vardır.^[45,46] Çalışmamızda ÜBÖ-30 alt boyutlarından olumlu inanç (Oİ) puanının içgörüsü zayıf olan grupta daha fazla olduğu, ancak farkın istatistiksel anlamlılık sınırına yakın olmakla birlikte, anlamlı seviyede olmadığı görülmüştür ($p = 0.058$). Oİ alt boyutu endişenin yararlı olduğuna dair inancı temsil eder. İçgörü azaldıkça obsesyonların gerçekleşme riski daha yüksek olarak algılanabilir, bu nedenle obsesyonlara karşı tetikte olma ve çabuk plan yapıp yanıt verme olasılığı artıyor olabilir. Bu durum da, endişenin yararlılığına dair inancın içgörü azaldıkça artmasına yardım edebilir.

Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada Y-BOCS yanında, OKB'nin belirtilerini 6 farklı boyutta inceleyen boyutsal Y-BOCS ölçeği, bilişsel içgörünün değerlendirilmesi için Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BCIS), hastaların kendi OKB belirtilerine yönelik içgörülerini değerlendirmek için Y-BOCS'un içgörü maddesi (madde 11), S-REF modelindeki düşünce-eylem kaynaşması için Düşünse Eylem Kaynaşması Ölçeği, üstbilgileri ölçmek için ise ÖBÖ-30 kullanılmıştır. Bahsi geçen bu çalışmada hem remisyon sağlanan hem de sağlanmayan vakalarda bilişsel içgörünün zayıf olduğu, kendi belirtilerine yönelik içgörünün zayıflığının artmış belirti şiddeti ile ilişkili olduğu, ÜBÖ-BG ve KF alt boyutları ile BCIS'in "kendini ifade etme" alt boyutu arasında, Y-BOCS obsesyon puanı ile BCIS'in "kendini ifade etme" alt boyutu ve Y-BOCS kompülsiyon ve içgörü puanı ile BCIS'in "kendinden eminlik" alt boyutu arasında ilişki olduğu ortaya konmuştur.^[28]

Çalışmamızda bazı kısıtlılıklar mevcuttur. Öncelikle, örneklem büyüklüğünün yeterliliği sorgulanabilir. içgörü düzeyinin ölçümü için ADDÖ kullanılması bir kısıtlılık oluşturmuş olabilir. BCIS gibi, içgörünün bilişsel boyutunu ayrı olarak değerlendiren bir ölçek ile birlikte içgörü değerlendirmesi daha detaylı olarak yapılabileceği öne sürülebilir. Ayrıca OKB'nin tedavisine ilişkin detaylı bilgiler çalışmanın kapsamına alınmamıştır. İlaçlı tedavi ve/veya psikoterapinin varlığı, süresi ve tedavilere yanıt gibi değişkenlerin değerlendirilmemiş olması bir kısıtlılık olarak sayılabilir.

Sonuç olarak mevcut çalışmada OKB hastalarının depresif belirti şiddeti sağlıklı kontrollerden fazla bulunmuştur. Muhtemelen toplumumuzda endişenin yararına ve kişinin kendi dikkatine ve hafızasına güvenmemesi gerektiğine dair yaygın olan inancın etkisiyle, bu iki üstbilgi alanında OKB hastaları ile sağlıklı gönüllüler arasında fark saptanmamıştır. İçgörüsü zayıf ve iyi olan hasta grupları arasında obsesyon ve kompülsiyon şiddeti, depresyon şiddeti ve üstbilgiler açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Bu iki grubun arasında hastalık süresi, belirtilerin başlamasından önce önemli bir yaşam olayı varlığı, belirtilerin ortaya çıkış hızı, ailede ruhsal hastalık varlığı gibi demografik özellikler bakımından da anlamlı fark saptanmamıştır. Sadece, endişenin yararlı olduğuna dair üstbilgi, içgörüsü zayıf olan grupta anlamlılık sınırına yakın olacak şekilde daha fazla bulunmuştur.

OKB'de üstbilgilerin içgörü düzeyiyle ilişkisi hakkındaki literatürün kısıtlılığı, içgörü düzeyinin ölçüm araçlarının farklılığı, çalışmalara alınan hastaların seçim kriterlerinin çeşitliliği, obsesyonların değerlendirilme biçiminin (şiddet, tür vb.) değişkenliği göz önüne alındığında, OKB hastalarında içgörünün üstbilgilerle ve obsesif inançların türü ve şiddetiyle ilişkisini araştıran geniş örneklemler ve daha fazla demografik ve klinik verinin dahil edildiği yeni çalışmalara ihtiyaç olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca, DSM-IV'te OKB'ye bir belirteç olarak eklenen, DSM-5'te ise genişletilen içgörü kavramının içeriği halen tartışmaya açıktır. İçgörünün OKB'deki rolünün daha kapsamlı olarak, mümkünse yapısal ve fonksiyonel nörogörüntüleme de dahil edilecek biçimde araştırılması gerekir. OKB'de tedavi ve klinik yaklaşımda içgörü düzeyinin belirleyiciliğinin sorgulanması gerektiği öne sürülebilir.

Çıkar çatışması: Bildirilmemiştir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazarlık katkıları: Konsept – O.Y., A.Ö.; Dizayn – O.Y., R.K.B., A.K., F.B.P., A.Ö.; Denetim – O.Y., R.K.B., A.K., F.B.P., A.Ö.; Materyal – O.Y., R.K.B., A.K., F.B.P., A.Ö.; Veri toplama veya işleme – O.Y., R.K.B., A.K., F.B.P., A.Ö.; Analiz ve yorumlama – O.Y., R.K.B., A.K., F.B.P., A.Ö.; Literatür arama – O.Y., R.K.B., A.K., F.B.P., A.Ö.; Yazan – O.Y., R.K.B., A.K., F.B.P., A.Ö.; Kritik revizyon – O.Y., A.Ö.

Kaynaklar

1. Kitchner KS. Cognition, metacognition, and epistemic cognition. *Hum Dev* 1983; 26:222–32.
2. Cox MT. Metacognition in computation: A selected research review. *Artif Intell* 2005; 169:104–41.
3. Papageorgiou C, Wells A. Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cogn Behav Pract* 2001;8:160–4.
4. Wells A. Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cogn Behav Pract* 2007;14:18–25.
5. Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2008;39:117–32.
6. Nance M, Abramowitz JS, Blakey SM, Reuman L, Buchholz JL.

- Thoughts and Thoughts about Thoughts: the Relative Contribution of Obsessive Beliefs and Metacognitive Beliefs in Predicting Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions. *Int J CognTher* 2018;11:234–48.
7. de Bruin GO, Muris P, Rassin E. Are there specific meta-cognitions associated with vulnerability to symptoms of worry and obsessional thoughts? *Pers Individ Dif* 2007;42:689–99.
 8. Janeck AS, Calamari JE, Riemann BC, Heffelfinger SK. Too much thinking about thinking?: metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2003;17:181–95.
 9. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, DSM-V*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
 10. Matthews G, Wells A. Attention, automaticity, and affective disorder. *Behav Modif* 2000;24:69–93.
 11. Shafraan R, Thordarson DS, Rachman S. Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 1996;10:379–91.
 12. Myers SG, Fisher PL, Wells A. An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *J Anxiety Disord* 2009;23:436–42.
 13. Myers SG, Wells A. Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of metacognitions and responsibility. *J Anxiety Disord* 2005;19:806–17.
 14. Marková IS, Berrios GE. Insight in clinical psychiatry revisited. *Compr Psychiatry* 1995;36:367–76.
 15. Fıstıkçı N, Keyvan A, Cesur E. Psikiyatrik Hastalıklarda İlgörü Kavramı: Bir Gözden Geçirme. *Yeni Symposium* 2016;54:25–9.
 16. Wu MS, Lewin AB. Insight in Obsessive-Compulsive Disorder. In: Abramowitz JS, McKay D, Storch EA, editors. *The Wiley Handbook of Obsessive Compulsive Disorders*. West Sussex: Wiley; 2017. p. 492–510.
 17. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, DSM-IV*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1994.
 18. Eisen JL, Rasmussen SA, Phillips KA, Price LH, Davidson J, Lydiard RB, et al. Insight and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2001;42:494–7.
 19. Bellino S, Patria L, Ziero S, Bogetto F. Clinical picture of obsessive-compulsive disorder with poor insight: a regression model. *Psychiatry Res* 2005;136:223–31.
 20. Bulut S, Fıstıkçı N, Topçuoğlu V. İlgörüsü Az Olan Obsesif-Kompulsif Bozukluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2014;6:126–41.
 21. Türksoy N, Tükel R, Özdemir Ö, Karali A. Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2002;16:413–23.
 22. Catapano F, Sperandeo R, Perris F, Lanzaro M, Maj M. Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology* 2001;34:62–8.
 23. Marazziti D, Dell'Osso L, Di Nasso E, Pfanner C, Presta S, Mungai F, et al. Insight in obsessive-compulsive disorder: a study of an Italian sample. *Eur Psychiatry* 2002;17:407–10.
 24. Insel TR, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis. *Am J Psychiatry* 1986;143:1527–33.
 25. Himle JA, Van Etten ML, Janeck AS, Fischer DJ. Insight as a predictor of treatment outcome in behavioral group treatment for obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Ther Res* 2006;30:661–6.
 26. Alonso P, Menchón JM, Segalàs C, Jaurrieta N, Jiménez-Murcia S, Cardoner N, et al. Clinical implications of insight assessment in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2008;49:305–12.
 27. Önen S, Karakaş Uğurlu G, Çayköylü A. The relationship between metacognitions and insight in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2013;54:541–8.
 28. Ekinci O, Ekinci A. The relationship between clinical characteristics, metacognitive appraisals, and cognitive insight in patients with obsessive-compulsive disorder. *Nord J Psychiatry* 2016;70:591–8.
 29. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:1006–11.
 30. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:1012–6.
 31. Karamustafaloğlu O, Üçışık AM, Ulusoy M, Erkmen H. Yale-Brown obsesyon kompulsiyon derecelendirme ölçeği'nin Türkçe'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması. 29. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı. 1993; 29.
 32. Neziroğlu F, McKay D, Yaryura-Tobias JA, Stevens KP, Todaro J. The Overvalued Ideas Scale: development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1999;37:881–902.
 33. Neziroğlu F, Stevens KP, McKay D, Yaryura-Tobias JA. Predictive validity of the overvalued ideas scale: outcome in obsessive-compulsive and body dysmorphic disorders. *Behaviour Research and Therapy* 2001;39:745–56.
 34. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56–62.
 35. Williams JB. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:742–7.
 36. Akdemir A, Türkçapar MH, Orsel SD, Demiregi N, Dag I, Ozbay MH. Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. *Compr Psychiatry* 2001;42:161–5.
 37. Kearns NP, Cruickshank CA, McGuigan KJ, Riley SA, Shaw SP, Snaith RP. A comparison of depression rating scales. *Br J Psychiatry* 1982;141:45–9.
 38. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. *Behaviour Research and Therapy* 2001;39:987–1006.
 39. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory--Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behav Res Ther* 2005;43:1527–42.
 40. Boysan M, Beşiroğlu L, Çetinkaya N, Atlı A, Aydın A. Obsesif İnanışlar Ölçeği-44'ün (ÖİÖ-44) Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Noro Psikiyatr Ars* 2010;47:216–22.

41. Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: the metacognitions questionnaire and its correlates. *J Anxiety Disord* 1997;11:279–96.
42. Tosun A, Irak M. Üstbilgi Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompulsif Belirtilerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Derg* 2008;19:67–80.
43. Jones PJ, Mair P, Riemann BC, Mugno BL, McNally RJ. A network perspective on comorbid depression in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2018;53:1–8.
44. Ravi Kishore V, Samar R, Janardhan Reddy YC, Chandrasekhar CR, Thennarasu K. Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 2004;19:202–8.
45. Sica C, Steketee G, Ghisi M, Chiri LR, Franceschini S. Metacognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive-compulsive symptoms and coping styles: a preliminary prospective study on an Italian nonclinical sample. *Clin Psychol Psychother* 2007;14:258–68.
46. Myers SG, Fisher PL, Wells A. Belief domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive-compulsive symptoms. *J Anxiety Disord* 2008;22:475–84.