



İntihar Girişimi Olan Majör Depresyon Hastalarında Üstbilgi Süreçleri Metacognitive Beliefs of Major Depression Patients with Suicidal Behaviour

Mehmet AK, Nakşidil TORUN YAZIHAN, Levent SÜTÇİGİL, Bikem HACİÖMEROĞLU

Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA), Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı intihar girişimi olan majör depresyon hastalarının intihar girişimi olmayan majör depresyon hastalarından hangi üstbilgi süreçleri bağlamında farklılaştığını araştırmaktır.

Yöntem: Örneklem 23 intihar girişimi olan ve 28 intihar girişimi olmayan, majör depresyon tanısı alan hastalardan oluşmaktadır. Majör depresyon tanısı DSM-IV Eksen-I Tanıları İçin Yarı Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I) ile konulmuştur. Depresyon ve anksiyete belirti şiddetleri Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ile saptanmıştır. Üstbilgileri değerlendirmede, üstbilgisel inançlar, yargılar ve süreçleri incelemek için geliştirilmiş olan Üstbilgi-30 Ölçeği (ÜBÖ-30) kullanılmıştır.

Bulgular: İntihar girişimi olan grubun BDÖ puanları $33,90 \pm 10,66$ ve BAÖ puanları $28,77 \pm 13,72$; intihar girişimi olmayan grubun BDÖ puanları $30,32 \pm 6,66$ ve BAÖ puanları $23,75 \pm 11,17$ 'dir. İntihar girişimi olan gruba ait yaş ortalaması $25,04 \pm 8,31$ ve intihar girişimi olmayan gruba ait yaş ortalaması $28,82 \pm 7,30$ olarak kaydedilmiştir. Veriler MannWhitney-U yöntemi ile analiz edilmiş ve intihar girişimi olan ve olmayan majör depresyon grupları "bilgisel güven" ($z = -2,39$; $p = 0,026 < 0,05$) ve "düşünceleri kontrol" ($z = -2,22$; $p = 0,017 < 0,05$) alt boyutlarında anlamlı olarak farklı bulunmuştur.

Sonuç: İntihar girişiminde bulunan grubun, dikkatlerine ve belleklerine olan güvenleri düşük olarak bulunmuştur. Bu durum, depresyonda beklenen benlik değerlerindeki düşüş veya olumsuz süreçleri algılamada ve aşırı genellemede gözlenen artış ile ilişkili olabilir. Ölçek maddelerine uçlarda verilen tepkiler, kişinin dünyayı "siyah-beyaz" şeklinde algılamaya eğiliminin bir göstergesi olabilir. Dünyayı siyah beyaz şeklinde katı sınırlar ile kurgulama biçimi intihar davranışı için de bir risk faktörüdür. Pek çok intihar girişimi vakasında kişiler problemlerinin çözümüne alternatif çözüm yolları üretmemekte ve umutsuzluğa kapılmaktadırlar. İntihar girişimi olan majör depresyon hastalarında "zihinsel süreçlerini kontrol etmeye yönelik" abartılı uğraş, bu grubun düşüncelerine daha fazla odaklanmaları ile ilişkili olabilir. (Nöropsikiyatri Arşivi 2012; 49: 95-99)

Anahtar kelimeler: Üstbilgi, depresyon, intihar

Çıkar çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

ABSTRACT

Background: The aim of this study was to investigate the metacognitive beliefs of major depression patients with and without suicidal behavior.

Methods: The sample consisted of 23 suicidal and 28 non-suicidal major depression patients whose diagnosis were made by using Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I). Anxiety and depression symptom severity were measured through Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI). Metacognitive beliefs were measured through Metacognitive Questionnaire (MCQ) which is accepted as a measuring device of metacognitive beliefs, metacognitive processes and judgment.

Results: Suicidal group's BDI score was 33.90 ± 10.66 and BAI score was 28.77 ± 13.72 ; nonsuicidal group's BDI score was 30.32 ± 6.66 and BAI score was 23.75 ± 11.17 . The mean age of suicidal group was 25.04 ± 8.31 years and the mean of age of non suicidal group was 28.82 ± 7.30 years. Data were analyzed by using Mann Whitney-U, and the difference between major depression patients with and without suicidal behavior was found to be significant for the subtypes of "need to control thoughts" ($z = -2.22$; $p = 0.017 < 0.05$) and "cognitive confidence" ($z = -2.39$; $p = 0.026 < 0.05$).

Conclusion: Cognitive confidence (confidence in memory and attention) of the suicidal group was found to be lower compared to non-suicidal group. This can be related with the decrement in the self esteem of the patients or increment in the perception and over generalization of the negative events. We suggest that the extreme responses to the items might be the indication of a tendency of "black-and-white" style of thinking. Black and white style of thinking is also a risk factor for suicide behavior. Most of the people with suicidal attempts are unable to produce alternative solutions to their problems and feel hopeless. The extreme effort to control the thoughts in suicidal group may be related to their over attention to the thoughts. (*Archives of Neuropsychiatry 2013; 50: 95-99*)

Key words: Metacognition, depression, suicide

Conflict of interest: The authors reported no conflict of interest related to this article.

Giriş

Majör depresyon; çökkün duygudurumu, hayattan zevk alamama ve genel bir ilgi azalması temel belirtilerinin yanında uyku, iştah ve

cinsellik gibi birçok alanı etkileyen, düşünme hızında yavaşlama, dikkat ve yoğunlaşma ye tisinde azalma gi bi bilgisel belirtilere neden ola bilen bir ruhsal bozukluktur. Depresyonda suçluluk ve değersizlik düşünceleri sonucu intihar girişimleri görülebilir (1).

Depresyon intihar riskini arttıran psikiyatrik hastalıkların başında gelmektedir. Depresyonun toplumdaki intihar riskini 20-30 kat arttırdığı ve psikiyatrik hastalıklar arasında intihar oranı en yüksek olan grubun depresyon hastaları olduğu tanımlanmaktadır (2,3).

Üstbilgi (metacognition) kavramı, bilişleri kontrol eden, düzenleyen ve değerlendiren üst düzey bilişsel yapı, bilgi ve süreçler olarak tanımlanabilir. En temel tanımı ile kişinin kendi zihnindeki olay ve işlevlerin farkında olmasını, zihin olaylarını ve işlevlerini amaçlı yönlendirebilmesini içeren bir üst sistemdir (4,5,6). "Kişinin ne bildiği hakkındaki bilgisi, ne düşündüğü hakkındaki düşüncesi veya kendi bilişsel süreci üzerine çevrilmiş gözü" olarak da tanımlanabilir (7,8). Patolojik olarak sürece dâhil olduğunda etkili olmayan öğrenmelere ve bilişsel çelişkilere yol açabilen üstbilgi, zihnin "sağlıklı" veya "sağlıksız" düşünce sistemleri geliştirmesine etki etmektedirler (7).

Üstbilgi olarak adlandırılan bu zihinsel işlemler esasında karmaşık ve iç içe geçmiş pek çok bilişsel süreci kapsamaktadır. Şavell üstbilgi yapılarının bilgi, deneyim, amaç, stratejiler şeklindeki alt yapılarla ilişki içinde olduğunu belirtmiştir. Yeni öğrenilen tüm süreçlerde etkin rol oynayarak, öğrenilenlerin bir tür "zihinsel alışkanlık" haline gelmesini sağladığı düşünülmektedir. Üst bilişler olarak adlandırılan inançlar hem olumlu hem de olumsuz içerikli olabilmektedir. Olumlu üstbilgiye örnek olarak "üzülmek problemlerimi çözmeme yardımcı olur"; olumsuz olarak "anksiyete tehlikelidir" verilebilir (9).

Literatür incelendiğinde Wells'in üstbilgi modeli kapsamında başta obsesif kompulsif bozukluk ve anksiyete bozuklukları olmak üzere çeşitli psikopatolojilerin araştırıldığı görülmektedir (10,11,12). Unipolar depresyon ile ilgili çalışma sayısı ise göreceli olarak azdır (13,5). Bu bağlamda mevcut çalışma ile majör depresyon örnekleminde de "intihar" fenomenine üstbilgi modeli çerçevesinde açıklama getirilmeye çalışılacaktır.

Amaç

Çalışmada amaçlanan, intihar girişiminde bulunan ve intihar girişimde bulunmayan majör depresyon hastalarını üstbilgi inançları (metacognitive beliefs) bağlamında araştırmaktır.

Yöntem

Katılımcılar

Çalışma verileri 2009 Eylül-2011 Ocak tarihleri arasında toplanmıştır. İntihar girişimi sonrası Acil servisten istenilen konsültasyon nedeniyle psikiyatri polikliniğine başvuran ve psikiyatri kliniğinde yatarak veya ayaktan tedavi gören hastalar içinden DSM-IV tanı ölçütlerine göre majör depresyon tanısı alan olgular araştırma gruplarını oluşturmak için değerlendirilmiştir. Araştırma grubun da yer alan psikiyatristler tarafından tanısız görüşme, DSM-IV Eksen-I Tanıları İçin Yarı Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Disorder) (SCID-I) kullanılarak yapılmıştır (14). Klinik ölçekler psikolog tarafından verilmiştir. Majör Depresif Bozukluk tanısı almış olgular içinden, eş hastalanma patolojisi olmayan, en az ilkökul düzeyinde eğitim almış olanlar çalışma ya seçilmiştir. Olgulara çalışma anlatılmış ve çalışmayı kabul ettiklerine dair yazılı onam alınmıştır. Halen ve öyküde bipolar özellikler gösteren ve psikotik özellikli depresyon olguları ile iki haftadan uzun süredir tedavi aldığını söyleyen hastalar çalışmadan çıkarılmıştır.

Ölçekler

Üstbilgi-30 Kısa Formu: Cartwright-Hatton ve Wells tarafından geliştirilen ölçeğin orijinal adı "Metacognitions Questionnaire (MCQ)"'dır. Daha sonra Wells ve Cartwright-Hatton bu ölçeğin 30 maddelik kısa formunu (ÜBÖ-30) oluşturmuşlardır (15). Üstbilgi Ölçeği (ÜBÖ) psikopatolojilerle ilgili üstbilgişel modellerden yola çıkarak hazırlanmış ve bu nedenle psiko patolojilerdeki üst bilişleri değerlendirmeye uygun bir ölçektir. Geçerlik-güvenirlik çalışması yapılmıştır (8).

ÜBÖ-30'daki her madde, "(1) kesinlikle katılmıyorum" ile "(4) kesinlikle katılıyorum" arasında, 4 birimli likert tipi derecelendirme skalası üzerinden yanıtlanır. Ölçekten alınabilecek puanlar 30 ile 120 arasında değişir ve puanın yükselmesi patolojik tarzda üstbilgişel faaliyetin arttığına işaret eder.

ÜBÖ-30, kavramsal olarak birbirinden farklı, fakat birbiriyle ilişki içinde olan beş faktörden oluşmaktadır.

1. Boyut, Olumlu İnançlar "Endişelenmek gelecekte problemlerden kaçınmaya yardımcı eder", "İyi çalışabilmek için endişelenmem gereklidir" gibi düşüncelerin oluşturduğu olumlu inançlar boyutudur. Bu boyut, kişinin bilişlerini problem çözme yöntemi olarak görmesi, "normal" veya "iyi" olarak değerlendirmesiyle ilgilidir.

2. Boyut, Kontrol Edilemezlik ve Tehlike "Düşüncelerimi kontrol etmeyi zor buluyorum", "Endişelenmeye başlayınca durduramıyorum" ve "Benim için endişelenmek tehlikelidir" gibi üstbilgişel inançlardan meydana gelir. Bu boyuta göre kişiler kendi düşüncelerinin tehlikeli olduğu ve kontrol edilmesi gerektiği görüşündedir.

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 olduğuyla ilişkili üstbilgişel inançlardan oluşur.

4. Boyut, Düşünceleri Kontrol İhtiyacı Kişinin bazı düşüncelere sahip olmasından dolayı ortaya çıkabilecek sonuçlardan korkması ve bunların sorumluluğunu aşırı derecede üstlenmesi ile ilişkilidir; "Endişeli düşüncelerimi kontrol etmezsem ve bu gerçekleşirse bu benim hatamdır", "Belli düşüncelere sahip değilsem cezalandırırım" gibi üstbilgişel 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.

Depresif belirtilerin şiddetini belirlemek için Beck tarafından geliştirilmiş olan ve Hisli tarafından Türkçe formunun geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış olan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmıştır (16,17). Kaygı belirtileri için ise Beck tarafından geliştirilen ve Ulusoy (1998) tarafından geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış olan Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) kullanılmıştır (18). Yarı yapılandırılmış görüşme formu ile de sosyodemografik veriler toplanmıştır.

Elde edilen tüm veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) sürüm 16.0 ile değerlendirilmiştir. Veriler Mann-Whitney U ve ki-kare Testi ile analiz edilmiştir. Yanılma düzeyi olarak p=0,05 seçilmiş ve bu değere eşit ya da küçük p değerleri için "istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu" yorumu yapılmıştır.

Tablo 1. G1 ve G2 grupların cinsiyet özellikleri ve yaş dağılımı

Cinsiyet	G1 intihar girişimi olan		G2 intihar girişimi olmayan		Grup farklarının anlamlılığı ki kare testi p
	sayı	yüzde	sayı	yüzde	
Kadın	10	43,5	10	35,7	2= 0,49*
Erkek	13	56,5	18	64,3	
Yaş Ortalama ±standart sapma	25,04±8,31		28,82±7,30		Mann Whitney U Analizi Z=-1,81*

*p>0,05

Tablo 2. Klinik ölçeklere ait tanımlayıcı puanlar

	G1 intihar girişimi olan Ortalama±standart sapma	G2 intihar girişimi olmayan Ortalama±standart sapma	Z	p
BDÖ	33,90±10,66	30,32±6,66	-1,51	0,13
BAÖ	28,77±13,72	23,75±11,17	-1,32	0,18
Üstbilgi toplam	70,63±16,47	64,21±11,05	-1,64	0,10
Olumlu inanç	10,63±4,10	11,50±3,28	-0,94	0,34
Bilişsel güven	15,72±5,86	11,82±4,26	-2,39*	0,01*
Kontrol edilemez	13,68±4,28	13,28±3,62	-0,37	0,71
Bilifsel farkında	15,09±2,77	14,35±2,83	-0,38	0,71
Düşünce kontrol	16,22±4,70	13,67±3,82	-2,22*	0,02*

*P<.05 Mann Whitney U Analizi

Bulgular

Katılımcıların Özellikleri

Olgu sayısı intihar girişimi olan 23 (G1) ve intihar girişimi olmayan 28 (G2) kişi ile toplam 51 katılımcıdır. İntihar girişimi olan olguların yaşları 17-50 arasındadır ve yaş ortalaması 25,04±8,31 olarak belirlenmiştir. G1, 10 kadın (%43,5) ve 13 erkekten (%56,5) oluşmuştur. Olguların %60,9'u evlidir. İntihar girişiminde kullanılan yöntemler, yüksek dozda ilaç alımı (n=21), ası (n=1) ve kesici alet (n=1) olarak tespit edilmiştir. Olgulardan beşinde (%21,7) ailede intihar girişimi öyküsü mevcuttur.

İntihar girişimi olmayan olguların (G2) yaşları 21-51 arasındadır ve yaş ortalaması 28,82±7,30 olarak belirlenmiştir. G2, 10 kadın (%35,7) ve 18 erkekten (%64,3) oluşmuştur. G1 ve G2 grupların arasında cinsiyet dağılımı ($\chi^2=,484$; $p=,490>,05$) (Tablo 1) ve yaş dağılımı ($z=-1,804$; $p=,071>,05$) (Tablo1) bakımından anlamlı farklılık yoktur.

Mann Whitney U Analizi Sonuçları

Grupların anksiyete ($z=-1,321$; $p=,186>,05$) ve depresyon ($z=1,507$; $p=,132>,05$) puanları arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Alt test ortalamalarından iki grup arasında, "bilişsel güven" ($z=-2,39$; $p=,026<,05$) ve "düşünceleri kontrol ihtiyacı" ($z=-2,22$; $p=,017<,05$) alt testleri skorları farklı bulunmuştur (Tablo 2).

Tartışma

Çalışmanın amacı intihar girişimi olan majör depresyon hastalarının intihar girişimi olmayanlardan Üstbilgi-30 ölçeğinin hangi alt boyutları bağlamında farklılaştığını incelemektir. Üstbilgi-30 ölçeği, kişilerin ne düşündüklerinden çok nasıl düşündüklerini

Tablo 3. Bilişsel güven ve düşünceleri kontrol etme alt boyutları test maddeleri

Bilişsel güven alt boyutuna ait test maddeleri:

- 8- Kelimeler ve isimler konusunda belleğime pek güvenim yoktur
- 14-Belleğim zaman zaman beni yanıltır
- 18-Zayıf bir belleğim vardır
- 24-Bir yerleri hatırlama konusunda belleğime pek güvenmem
- 26-Belleğime güvenmem
- 29-Olayları hatırlama konusunda belleğime güvenmem

Düşünceleri kontrol etme alt boyutuna ait test maddeleri:

- 6-Beni endişelendiren bir düşüncüyü kontrol edemezsem ve bu gerçekleşirse, benim hatamdır
- 13-Düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım
- 15-Belirli düşüncelerimi kontrol etmediğim için cezalandıracağım
- 21-Düşüncelerimi kontrol edememek bir zayıflık iflaretidir
- 25-Belirli şeyleri düşünmek kötüdür
- 27-Eğer düşüncelerimi kontrol edemezsem işlerimi sürdüremem

değerlendirdiğinden, hangi tür düşünce süreçlerinin majör depresyon hastalarında intihar davranışı ile ilişkili olduğu araştırılmıştır. Analizler neticesinde iki grup arasında "bilişsel güven" ve "düşünceleri kontrol etme" alt boyutları farklılaşmıştır.

İntihar girişimi olan majör depresyon hastaları intihar girişimi olmayan gruptan farklı olarak düşüncelerini her zaman kontrol altında tutmaları gerektiğine, düşüncelerini kontrol edememelerinin bir zayıflık olduğuna ve bazı düşüncelerinin kendileri için kötü olduğuna inanmaktadırlar. Belirli düşüncelerini kontrol edemezlerse cezalandırılacaklarını düşünerek kendilerini suçlamaktadırlar. Aynı zamanda intihar girişimi olan grubun belleklerine ve bildiklerine inançları intihar girişimi olmayan gruptan daha düşüktür.

İki alt boyuta ait ölçek maddeleri Tablo 3'de sıralanmıştır.

Teasdale ve arkadaşlarının 2001 yılında üstbilgi değerlendirdiği çalışmasında, "depresyona yakalanmak tamamen benim suçum" gibi maddelere "tamamıyla katılıyorum" veya "tamamıyla katılmıyorum" şeklinde cevap verenlerde depresif atakların daha yüksek oranlarda tekrarladığı görülmüştür. Bu kişilerin dünyayı daha çok "siyah-beyaz" şeklinde algılama eğiliminde oldukları belirtilmiştir. Dünyayı siyah beyaz şekilde katı sınırlar ile kurgulama biçimi intihar davranışı için de bir risk faktörüdür (19).

İntihar girişimi olan bireylerin probleme yaklaşımlarında daha katı oldukları ve daha az esnek düşünce sitemleri geliştirdikleri belirtilmiştir (20). Problemlerle başa çıkma yöntemlerinde katı bir tutum izlemek olası çözüm yollarını görmeye ve alternatif çözümler üretmeye engel olabilmektedir (21,22). İntihar girişimi olan bireyler genellikle olayları tek bir açıdan değerlendirdikleri ve alternatif bakış açılarını göremedikleri için problemleri ile baş etmede tek seçenek olarak "yaşamlarına son vermeyi" düşünebilmektedirler (23). Mevcut çalışmada da "düşüncelerimi her zaman kontrol altında tutmalıyım" şeklindeki bilişlerin intihar girişimi olan grupta daha "katı" olduğu ve uçlarda puanlandığı görülmüştür. Bu durum hastada kendi düşünce tarzının ve yaşadığı çıkmazın yine kendisi tarafından bir tehdit olarak algılanmış olması ile ilişkili olabilir.

Kişinin dikkat süreçlerinin aşırı miktarda benliğine ve bilişlerine odaklanması (self focused attention) herhangi bir stresöre maruz kaldığında abartılı, patolojik tepkiler vermesine yol açmaktadır (7). Kişinin içsel süreçlerine yönlendirilen aşırı dikkat çeşitli psiko patolojiler, özellikle anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluk ile ilişkili bulunmuştur (24). Bu çalışmada elde edilen "zihinsel süreçlerini kontrol etmeye yönelik" abartılı uğraş intihar girişimi olan majör depresyon hastalarında daha yoğun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durumda intihar girişimi olan hastaların düşüncelerine daha fazla odaklanarak (over attending to thoughts) dikkat süreçlerini daha fazla miktarda kendi bilişlerine yönlendirmiş olabilecekleri söylenebilir. Aynı zamanda intihar girişimi olan grup, düşüncelerini kontrol edemediğinde yada belirli bir düşünme şekline sahip olmadığında cezalandırılacaklarını düşünmektedirler. Bu durum kendini suçlama eğilimlerinin daha fazla olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

İntihar girişiminde bulunan grubun, bildiklerine ve belleklerine olan güvenleri düşük olarak bulunmuştur. Bu durum, depresyonda beklenen benlik değerlerindeki düşüş ile veya olumsuz süreçleri algılama da ve aşırı genelleme de gözlenen artış ile ilişkili olabilir. İntihar girişimi olan grubun depresif bozuklukta kaydedilen nöropsikolojik süreçlerdeki hafif-orta düzeydeki bozulmayı, zihinsel süreçlerinin tümüne genelleyerek (over generalization) zihinsel aktivitelerini tümünden yetersiz olarak algılayabildikleri düşünülmektedir.

Wells'e göre yüksek derecede anksiyete ve nevrozizm düzeyleri nin varlığı duygu odaklı başa çıkma yöntemlerinin daha sıklıkla kullanıldığına işaret etmektedir. Duygu odaklı başa çıkma yöntemlerine örnek olarak, depresyon vakalarında sık rastlanan patolojik üzüntü verilebilir. Patolojik üzüntü yaşayan bireyler düşüncelerini kontrol edemediklerini düşünmektedirler (12,25). İntihar girişimi olan grup düşüncelerini kontrol edemediklerine inanmakta ve düşüncelerini kontrol etmeye yönelik aşırı çaba harcamaktadır. Alışla gelmiş düşünce tarzını değiştirmeye yönelik olan bu uğraş, intihar girişiminin tek seçenek olarak görüldüğü düşünce tarzından kaçınmaya yönelik olabilir. Ayrıca gelecekte

tekrarlama olasılığı olan "intihar girişimi" potansiyel tehdidinden de hastayı korumaktadır.

İnsan davranışını etkileyen onlarca faktör olması sebebiyle davranışa ilişkin yordamada bulunmak oldukça zorlu bir uğraştır. Özellikle depresyon ve intihar olgusu söz konusu olduğunda kişinin karşılaşacağı stresörlerin şiddeti, bunlarla baş edebilme yeteneği ve donanım, kişilik özellikleri, çevresel faktörler, hastalık süresi-şiddeti, bilişsel farkındalık düzeyi gibi pek çok değişken sürece dâhil olmaktadır. Mevcut çalışma ile Wells'in üstbilgişler modeli çerçevesinde majör depresyonda intihar olgusuna farklı bir bakış açısı getirilmeye çalışılmıştır. Bu konuda yapılan bilinen ilk çalışma olması literatür taramasında çalışma ile doğrudan ilişkili sınırlı sayıda kaynağa ulaşılmasına sebep olmuştur. Çalışmanın kıstlılıkları; olgu sayısının azlığı, sağlıklı grubun çalışılmaması, önceki atak sayılarının bilinmemesi, kesitsel olması ve depresyonun alt tiplere ayrılmamasıdır. Majör depresif bozukluk tanısı alan olgularda intihar girişimi ve üstbilgişler arasındaki ilişki incelenirken otomatik düşüncelerin ve şemalarında değerlendirilerek bütüncül bir yaklaşımla ele alınmasının özellikle tedavi sürecinde daha etkili kullanılabilecek veriler sağlayacağını düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 4. Baskı. Köroğlu E, çev. editörü. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1995.
2. Dumais A, Lesage AD, Alda M, Rouleau G, Dumont M, Chawky N, Roy M, Mann JJ, Benkelfat C, Turecki G. Risk factors for suicide completion in majör depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *Am J Psychiatry* 2005; 162:2116-2124.
3. Fawcett J, Scheftner W, Clark D, Hedeker D, Gibbons R, Coryell W. Clinical predictors of suicide in patients with majör affective disorders: a controlled prospective study. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 35-40.
4. Wells A. Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression. New York: Guilford Press; 2009.
5. Matthews G ve Wells A. Rumination, depression, and metacognition: The S-REF model. C Papageorgiou ve A Wells (Ed.), Rumination: Nature, theory, and treatment. Chichester:Wiley;2004.
6. Nelson TO. New Theory and Data on Metacognitive Monitoring and Control in Different Contexts and by Different Individuals. In Chambres, P Izaute, M. and Marescaux, P-J. Metacognition: Process, Function and Use. Boston: Kluwer; 2002.
7. Wells A. Emotional Disorders and Metacognition. New York; Wiley; 2000.
8. 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.
9. Corcoran KM, Segal ZV. Metacognition in Depressive and Anxiety Disorders: Current Directions. *International Journal of Cognitive Therapy* 2008; 1:33-44.
10. Janeck AS, Calamari JE, Riemann BC, Heffelfinger SK. Too much Thinking about thinking? Metacognitive differences in obsessive compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2003; 17:185-195.
11. Fisher PL, Wells A. Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: a test of the metacognitive model. *Behav Res Ther* 2005; 43:821-829.
12. Wells A, Papageorgiou C. Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behav Res Ther* 1998;36:899-913.
13. Papageorgiou C ve Wells A. An empirical test of a clinical meta-cognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research* 2003; 27:261-273.
14. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M et al. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12:233-236.
15. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ 30. *Behav Res Ther* 2004; 42:385-396.

16. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-571.
17. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi 1989; 7:3-13.
18. Ulusoy M, Şahin N, Erkman H. Turkish Version of The Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. J Cognitive Psychotherapy 1998; 12:28-35.
19. Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. J Consult Clin Psychology 2002; 70:275-287.
20. Neuringer C. Rigid thinking in suicidal individuals. J Consult Psychol 1964; 28:54-58.
21. Linehan MM, Shearin EN. Lethal Stress: A social behavioral model of suicidal behavior. S. Fisher ve J.Reason (Eds.) Handbook of Life stres, cognition and, health. New York; Wiley: 1988.
22. Pollock LR, Williams JMG. Problem solving and suicidal behavior. Suicide Life Threat Behav 1998; 28:375-387.
23. Shneidman ES. Defination of Suicide. New York: Wiley;1985.
24. Ingram RE, Kendall PC. The cognitive saide of anxiety. Cognitive Therapy and Research 1987; 11: 523-536.
25. Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: an open trial. J Behav Ther Exp Psychiatry 2006; 37:206-212.