

Depresif Bozukluklarda Bilişsel Davranışçı Terapinin Bilişüstü İnançlar Üzerindeki Etkisi



Aarzo GUPTA¹, Santha KUMARI²

ÖZET

Üstbilişsel inançlar, olumsuz otomatik düşüncelere yoğunlaşan dikkatin ruminasyona yol açtığı bilişsel dikkat sendromu ile ortaya çıkmaktadır. Ruminasyon ve endişe şeklinde tezahür eden bu perseveratif düşünce şekli daha derin bir depresyona sebep olmaktadır. Bu çalışmanın amacı, bilişsel davranışçı terapinin (BDT) üstbilişsel inançlar, semptom şiddeti, hayat kalitesi ve işlevsellik üzerindeki etkilerini incelemektir. Depresif bozukluk tanısı konmuş 40 katılımcıyı çalışma kapsamında değerlendirmek için amaçlı örnekleme kullanılarak BDT ile ilaç destekli BDT'yi karşılaştıran bir ön-son çalışma tasarımı kullanılmıştır. Tüm katılımcılar 10 seanslık bir BDT'ye tabi tutulmuştur. Ön ve son çalışmalar kapsamında yapılan değerlendirmelerde; Beck Depresyon Ölçeği-II, Üstbiliş Ölçeği-30, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu ve Global Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Eşleştirilmiş t-testi analizi, her iki grupta da sonuç ölçümlerinde görülen anlamlı farkları ortaya koymuştur. Denekler arası analiz, kovaryans analizi ve eğilim skoru eşleşmesinin (en yakın komşu eşleşmesi) test edilmesi vasıtasıyla karıştırıcı değişkenlerin istatistiksel olarak kontrol edildiği durumda bile, BDT grubunun iyileşme açısından ilaç destekli BDT grubundan anlamlı bir farkı olmadığını ortaya koymuştur.

Anahtar Sözcükler: Bilişsel davranış terapisi, üstbiliş, depresif bozukluk, üstbilişsel inançlar, depresyon, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

Effect of CBT on Metacognitive Beliefs in Depressive Disorders

Metacognitive beliefs operate through cognitive attentional syndrome, where attention concentrated on negative automatic thoughts results in rumination. This perseverative thinking style manifesting in the form of rumination and worry intensifies depression. This study aims to assess the effect of cognitive behaviour therapy (CBT) on metacognitive beliefs, symptom severity, quality of life, and functionality. A pre-post study design comparing CBT-alone and CBT-with-medication was employed using purposive sampling to recruit 40 participants diagnosed with depressive disorders. All the participants received 10 sessions of CBT. Pre and post assessment measures were Beck Depression Inventory-II, Metacognitive Questionnaire-30, World Health Organization Quality of Life- Brief, and Global Assessment of Functioning. Paired t-test analysis revealed significant difference on outcome measures in both groups. Between-subject analysis revealed that the CBT-alone group was not significantly different in terms of improvement than CBT-with-medication group even when confounding variables were statistically controlled by way of testing analysis of covariance and propensity score match (nearest neighbour match).

Keywords: Cognitive behaviour therapy, metacognition, depressive disorders, metacognitive beliefs, depression, quality of life.

GİRİŞ

Depresif bozukluklar tekrarlayıcı veya epizodik olup, stres faktörleri genellikle ayrı epizodları tetiklemektedir. Depresyon şiddetinin çeşitli düzeyleri hafif, orta ve şiddetli olarak derecelendirilmiştir (Dünya Sağlık Örgütü 1982). Depresyonun dereceleri klinik değerlendirme aracılığıyla, belirtilerin sayısı, türü ve şiddetine göre belirlenmektedir. Duygudurum bozukluklarının yaşam boyu yaygınlık oranı %20,8 olup, başlangıç yaşı ortalaması ise 30'dur (Kessler ve ark. 2005). Hindistan'da yapılan bir çalışma, depresyonun genel yaygınlığının %15,1

olduğunu ve kadınları (%3,0) erkeklerden (%2,4) daha fazla etkilediğini ortaya koymuştur. Ayrıca, psikiyatrik morbiditenin yaşam boyu yaygınlığının %13,7'si 40-49 yaş aralığındaki kişilerde görülmüş ve bu kişiler ağırlıklı olarak psikotik, duygudurum, nevrotik ve stresle ilişkili bozukluklardan etkilenmiştir (Gururaj ve ark. 2016, WHO 2017).

Beck'in bilişsel üçlüsü depresif bozuklukların temel bilişsel özelliğidir (Freeman ve ark. 1990) ve depresif bir epizodun seyrini kötüleştirebilecek veya iyileşmeyi engelleyebilecek, kişinin kendisi, diğerleri ve gelecek hakkındaki işlevsiz

Geliş Tarihi: 11.02.2021, **Kabul Tarihi:** 22.07.2021, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 14.04.2023

¹Dr. Öğr. Üyesi, Klinik Psikolog, Government Tıp Fak. Hastanesi (GMCH-32), Psikiyatri Bl., Chandigarh, Pencap, Hindistan, ²Prof. Psikolog, Thapar Mühendislik ve Teknoloji Enstitüsü, Beşeri ve Sosyal Bilimleri Fak., Patiala, Pencap, Hindistan.

Dr. Aarzo Gupta, e-posta: aarzo_gupta9@yahoo.com

YÖNTEM

düşüncelere atıfta bulunmaktadır. Herhangi bir stres faktörü iyileşme sırasında işlevsel olmayan düşünceleri aktive edebilir ve bu da tam remisyonu oldukça güç hale getirebilir (Halvorsen ve ark. 2014). Üstbilişsel inanç modeline göre, depresyona neden olan veya depresyonu sürdüren şey düşüncenin kendisi değil, bireyin bu düşüncelerle ilişki kurma biçimidir. Üstbilişsel inançlar, dikkatin ruminasyonu besleyen olumsuz otomatik düşünceler (OOD) üzerinde yoğunlaştığı, ruminasyonun OOD'u desteklediği (Halvorsen ve ark. 2014, Normann ve ark. 2014) ve depresif durumu kötüleştirdiği bilişsel dikkat sendromu (BDS) vasıtasıyla meydana gelmektedir. Wells bu işlevsel olmayan üstbilişsel inançları endişeye ilişkin olumlu inançlar, endişenin kontrol edilemezliği ve tehlikesine yönelik olumsuz inançlar, bilişsel güven, kontrol ihtiyacı ve bilişsel öz-bilinç olarak sınıflandırmıştır (Wells 2009). Ruminasyona sebep olan pozitif üstbilişsel inançlar, bunu zararlı sosyal ve kişilerarası sonuçlara karşı bir başa çıkma mekanizması olarak değerlendirmektedir. İlerleyen süreçte ise bu sonuçlar, depresif durumdaki bireyler arasında bilişsel güvenin azalmasına neden olan ruminasyon (endişe ve kontrol edilemezliğe neden olan) hakkında olumsuz üstbilişsel inançlar oluşturmaktadır (Halvorsen ve ark. 2014, Papageorgiou ve Wells 2003).

Dolayısıyla üstbiliş, içeriği ve içerik düzenleme süreçlerini izleyen, yorumlayan, değerlendiren ve düzenleyen bir bilgi işleme sistemi olarak değerlendirilebilir (Flavell 1979, Papageorgiou ve Wells 2003). Olumsuz otomatik düşüncelere (OOD) dikkatini yoğunlaştıran depresyon halindeki birey, olumsuz deneyimler, olaylar ve duygulara yönelik düşünceler arasında kaybolur. Ruminasyon ve endişeyi içeren bu perseveratif düşünme şekli depresyona yol açmaktadır (Halvorsen ve ark. 2014).

OOD için hem kanıta dayalı bir terapi (KDT) hem de bilişsel olarak yeniden yapılandırma yoluyla ele almak için altın standart olan BDT, nüks sıklığını azaltmakta ve işlevselliği artırmaktadır (Halvorsen ve ark. 2014). Üstbilişsel terapi ile kabul ve kararlılık terapisi olarak adlandırılan üçüncü dalga terapiler işlevi olmayan düşünceleri ve üstbilişsel inançları farkındalık yoluyla artan dikkat esnekliğini kullanarak düzenlerken (Jelinek ve ark. 2017) BDT ise bu düşünceler hakkındaki işlevi olmayan üstbilişsel inançları değil, düşüncelerin içeriğini hedeflemektedir. Dolayısıyla, BDT'nin işlevi olmayan üstbilişsel inançlar üzerindeki etkisinin sorgulanmasının yanı sıra, güdümlenmiş görsellik gibi tekniklerin farkındalık temelli bir müdahale olarak işlev görüp görmediğini anlamak da çok önemli olacaktır. Araştırmacılar, BDT'nin üstbiliş veya işlevi olmayan üstbilişsel inançlar üzerindeki etkisiyle ilgili Hindistan'da yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlamamıştır. Mevcut çalışma, depresif bozukluklarda mevcut ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda (BDT) insan bilişinin yeni yönlerini (üstbilişsel inançlar) ele alma noktasında faydalı olacağı görüşünü güçlendirmeyi hedefleyen ilk çalışma olabilir.

Gruplama ile kontrol edilen deneysel bir araştırma tasarımı kullanan çalışma, müdahale öncesi-sonrası bulguları gruplar içinde ve gruplar arasında karşılaştırmıştır (Singh 1998). Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların ICD-10 Sınıflandırması: DSÖ 1982 Klinik Tanımlar ve Tanı Kılavuzları (ICD10 CDDG) uyarınca depresif bozukluk tanısı konan kırk katılımcı, kentsel bir bölgedeki, üçüncü basamak bir devlet hastanesinin Psikiyatri polikliniğinden (OPD) alınmıştır. Katılımcıları seçmek için amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır (Singh 1998). BDT grubu sadece BDT alan katılımcılardan oluşurken, ilaç destekli BDT (İBDT) grubu BDT ile birlikte anti-depresan, yani seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) alan katılımcılardan oluşmaktadır. Dahil etme/dışlama kriterlerine uygun şekilde her bir gruba yirmi katılımcı alınmıştır.

Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri

Çalışmaya, her iki cinsiyetten 20-45 yaş arası, en az 10 yıllık örgün eğitim almış, depresif bozukluk klinik tanısı olan katılımcılar dahil edilmiştir. Psikiyatrik komorbiditeleri, ağır depresyonu, intihar eğilimi, zihinsel engelliliğe dair klinik kanıtları olan veya herhangi bir ölümcül hastalıktan, nörolojik durumdan, kafa travması öyküsünden muzdarip olan veya şu anda ya da son 6 ay içinde elektrokonvülsif tedavi (EKT) veya kanıta dayalı herhangi bir psikoterapi almış olanlar, şu anda yoga/meditasyon/yaşama sanatı (art of living) yapanlar veya son 6 ay içinde bunu yapmış olanlar çalışma kapsamına dahil edilmemiştir.

Ölçekler

Mini Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme (MINI 7.0.2)

Sheehan ve arkadaşları tarafından DSM-III-R ve ICD-10 psikiyatrik bozukluklarına yönelik geliştirilmiş kısa ve yapılandırılmış bir tanı görüşmesidir. En yaygın 17 psikiyatrik bozukluğu değerlendirir ve diğer yapılandırılmış tanı görüşmeleriyle karşılaştırıldığında iyi bir güvenilirlik ve geçerliliğe sahiptir. Kappa katsayıları ile gösterilen değerlendiriciler arası güvenilirlik 0,88 ile 1,0 arasında, test-tekrar test güvenilirliği ise 0,76 ile 0,93 arasında değişen kappa katsayıları ile gösterilmiştir (Lecrubier ve ark. 1997).

Beck Depresyon Ölçeği-II (BDI-II)

Depresyonun şiddetini, 0 ile 3 arasında puanlama aralığına sahip 4 puanlı 21 maddelik Likert ölçeği ile değerlendirir. Toplam maksimum puan 63'e ulaşabilir ve tamamlanması 5 ila 10 dakika sürer (Beck ve ark. 1996). BDI-II'nin iç tutarlılığı yaklaşık 0,9 ve tekrar test güvenilirliği 0,73 ila 0,96 arasında bildirilmektedir (Wang ve Gorenstein 2013)

Tablo 1. Depresif Bozukluklarda Bilişsel Davranışçı Tedavi (CBT) Modülü

Ss	Amaç	İçerik
1	Psikoeğitim	Eğitici psikoeğitim modeli - semptomlar ve işlev bozukluğu, yaygınlık, seyir ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi vermektedir. Depresyonla ilgili broşür veya kitapçıkların okunmasına yönelik ödev verildi Genel bir özet geçin ve Seansı bitirin. Güdü-duygulanım-biliş (Conation-Affect-Cognition - CAC) arasındaki ilişkiyi açıklamak. Ön değerlendirme yapın.
2	BDT'ye başlayın	CAC'yi tekrar ele alarak başlayın. Ödevlere ilişkin geri bildirim verdikten sonra psikoeğitime devam edilmesi BDT için onay alınması. Amaç belirleme Güdümlenmiş görsellik (GI) seansı verilmesi Faaliyet çevresel faktörlerin kolaylaştırıcı olacağı bir şekilde planlanmalıdır. Ödev - düzenli GI uygulamaları ve faaliyetlerin kaydının tutulması. Genel bir özet geçin ve Seansı bitirin.
3	DTR'yi Uygulamaya Koyun	Bir önceki seansta verilen ödevin gözden geçirilmesi Psikoeğitime, ruminasyon ve olumsuz otomatik düşüncelerin ruh hali ile davranışları etkilediği açıklanılarak devam edilir. İşlevsiz Düşünce Kaydını (DTR) Uygulamaya Koyun Ödev - GI uygulaması, etkinlik planlamasına devam edilmesi ve DTR'nin sürdürülmesi. Özet ve Kapanış
4	Bilişsel hatalar	Bir önceki seansta verilen ödevin gözden geçirilmesi Eğer varsa, DTR'deki engelleri değerlendirin. DTR kullanarak Psikoeğitime devam edildi ve CAC'nin daha iyi idrak edilebilmesi için içeriği zenginleştirildi. Bilişsel hataları değerlendirin. Ödev - GI uygulaması, etkinlik planlamasına devam edilmesi ve DTR'nin sürdürülmesi. Özet ve Kapanış
5	Bilişsel hataları tanımlama ve etiketleme	Bir önceki seansta verilen ödevin gözden geçirilmesi DTR'deki bilişsel hataları tanımlama ve etiketleme Ödev - GI uygulaması, etkinlik planlamasına devam edilmesi ve DTR'nin sürdürülmesi. Özet ve Kapanış
6	Bilişsel Yapılandırma	Bir önceki seansta verilen ödevin gözden geçirilmesi DTR'deki bilişsel hataları tanımlama ve etiketleme Bilişsel hatalarla başa çıkmak için bilişsel teknikleri kullanın. Ödev- GI uygulaması, DTR'ye devam edilmesi ve DTR içerisindeki bilişsel hataların tanımlanması, faaliyet planlamasının devamı Özet ve Kapanış
7	Bilişsel Yapılandırma	Bir önceki seansta verilen ödevin gözden geçirilmesi Bilişsel yapılandırmaya devam edildi. Ödev - GI uygulaması, faaliyetlerin planlanması ve DTR formunda yeni bir sütunda düşünceler ile mücadele edilmesi Özet ve Kapanış
8	Bilişsel Yapılandırma	Bir önceki seansta verilen ödevin gözden geçirilmesi Düşüncelere meydan okumada kullanılan engelleri ve teknikleri tanıma Bilişsel yapılandırmaya devam edildi. Ödev - GI uygulaması, faaliyetlerin planlanması ve DTR formunda yeni bir sütunda düşünceler ile mücadeleye devam edilmesi Özet ve Kapanış
9	Seansın bitişi	Bir önceki seansta verilen ödevin gözden geçirilmesi Bilişsel yapılandırmanın sağlamlaştırılması Çalışmayı tamamlayın
10	Seansın bitişi	Bilişsel yapılandırmaya ilişkin ödevlerin gözden geçirilmesi. BDT sürecinin özetlenmesi Seans sonrası değerlendirmeleri gerçekleştirildi.

Ss: Seanslar

Üstbilişler Ölçeği (MCQ30)

Psikolojik bozuklukların üstbilişsel modelini değerlendirir. 1'den 4'e kadar 4'lü Likert ölçeğinde derecelendirilen 30 madde içermektedir. Üstbilişsel inançları değerlendiren alt ölçekler; (i) endişe hakkında olumlu inançlar, (ii) düşüncelerin kontrol edilemezliği ve tehlike hakkında olumsuz inançlar, (iv) düşünceleri kontrol etme ihtiyacına ilişkin inançlar ve (v) bilişsel güven ile (vi) bilişsel özbilinci kapsamaktadır. Ortalama 25-30 dakika içinde tamamlanabilmektedir. Cronbach's alfa kullanılarak hesaplanan toplam puanın ve alt ölçeklerin iç tutarlılığı 0,72 ile 0,93 arasında değişmektedir (Wells ve Cartwright-Hatton 2004).

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF)

WHOQOL-100'ün 26 maddelik daha kısa bir versiyonudur ve yaşam kalitesi ile ilgili dört farklı kısım içermektedir: (i) fiziksel; (ii) psikolojik; (iii) sosyal ilişkiler ve (iv) çevre. "Son 2 hafta" içindeki yaşam kalitesini 5 puanlık (0-5) bir ölçek üzerinden sorgulamaktadır. Ölçek, tamamlanması sadece 5-8 dakika sürdüğü için hasta yükü fazla olan klinik ortamlar için kullanışlıdır (Saxena ve ark. 1998). Cronbach alfa değerleri psikolojik sağlık için 0,85, fiziksel sağlık için 0,73, sosyal ilişkiler için 0,73, çevre için 0,68'dir (Oliveria ve ark. 2016).

Global Değerlendirme Ölçeği (GAF)

Uluslararası kabul görmüş Tanı Ölçütleri El Kitabı'nın dördüncü baskı metin revizyonunun (DSM-IV-TR) V Eksnidir. Psikopatolojinin şiddetinin yanı sıra psikolojik, sosyal ve mesleki işlevsellik derecesini 10 puanlık bir aralık ölçeğinde puanlamaktadır. Bu tanıya özgü bir skorlama sisteminden ziyade hastanın durumunun genel bir ölçüsüdür (Kaplan ve Sadock 1998).

Müdahale

Çalışma için çeşitli teknikleri içeren on BDT seansından oluşan bir modül uyarlanmıştır. (Freeman ve ark. 1990, Somers ve Querée 2007). Çalışmanın yazarları 10 oturumun içeriğine son şeklini vermişlerdir. Tablo 1, 10 seanslık müdahaleyi göstermektedir. BDT seansları, 10 yılı aşkın bir çalışma deneyimine sahip lisanslı bir klinik psikolog olan birinci yazar tarafından verilmiş ve farmakolojik tedavi psikiyatrist tarafından reçete edilmiştir.

İşlem

Çalışma, Kurumun Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Psikiyatristler depresif bozukluğu olan hastaları psikoterapi için bölümün davranış terapisi birimine yönlendirmiştir. Araştırmacı, Helsinki Bildirgesi'ne (Dünya Tıp Birliği 2013) uygun olarak katılım için onaylarını alma maksadıyla ardışık

hastalarla görüşmüştür. Araştırmacı, onay veren hastaların sosyo-demografik ve klinik bilgilerini kaydetmiştir. Belirlenen kriterlere göre çalışmaya dahil edilen hastalara, komorbid psikiyatrik bozuklukların dışlanması ve depresif bozuklukların objektif olarak değerlendirilmesi için MINI 7.0.2 uygulanmıştır. Major depresif epizod (MDE) veya yineleyen depresif bozukluk (YDB) kriterlerini karşılayan ve psikiyatrik komorbiditesi olmayanlar dahil edilmiştir. Ayrıca, araştırmacı 14 ile 28 arasında puan alan, hafif ve orta seviye depresyon bozukluğu olan hastaları da dahil edecek şekilde BDI-II uygulamıştır (Smarr and Keefer 2011). Şiddetli bir depresyon geçirenler (skor >28) çalışmaya dahil edilmemiş ve psikoterapiye yönlendirilmiştir. Çalışmaya yalnızca BDT grubu için dahil edilenler BDT grubuna eklenirken, SSRI ilaçları reçete edilenler ise İBDT grubuna eklenmiştir. Tedavi ekibini bilgilendirmek için dosyaya bir not bırakılmıştır. Her katılımcı ölçümler için ön değerlendirmeyle birlikte, MCQ 30 ve WHOQOLBref ve GAF gibi ölçek niteliğindeki anketlere de tabi tutulmuştur.

Ön değerlendirme tamamlandıktan sonra araştırmacı, tüm katılımcılar ile BDT seansı gerçekleştirmiştir. 10. BDT seansını takiben son değerlendirmeler; BDI-II, MCQ-30, WHOQOL-BREF ve GAF ölçekleri üzerinden yapılmıştır. Çalışma sonlandırılmış ve katılımcılar poliklinikte hizmet almaya devam etmiştir (Şekil 1).

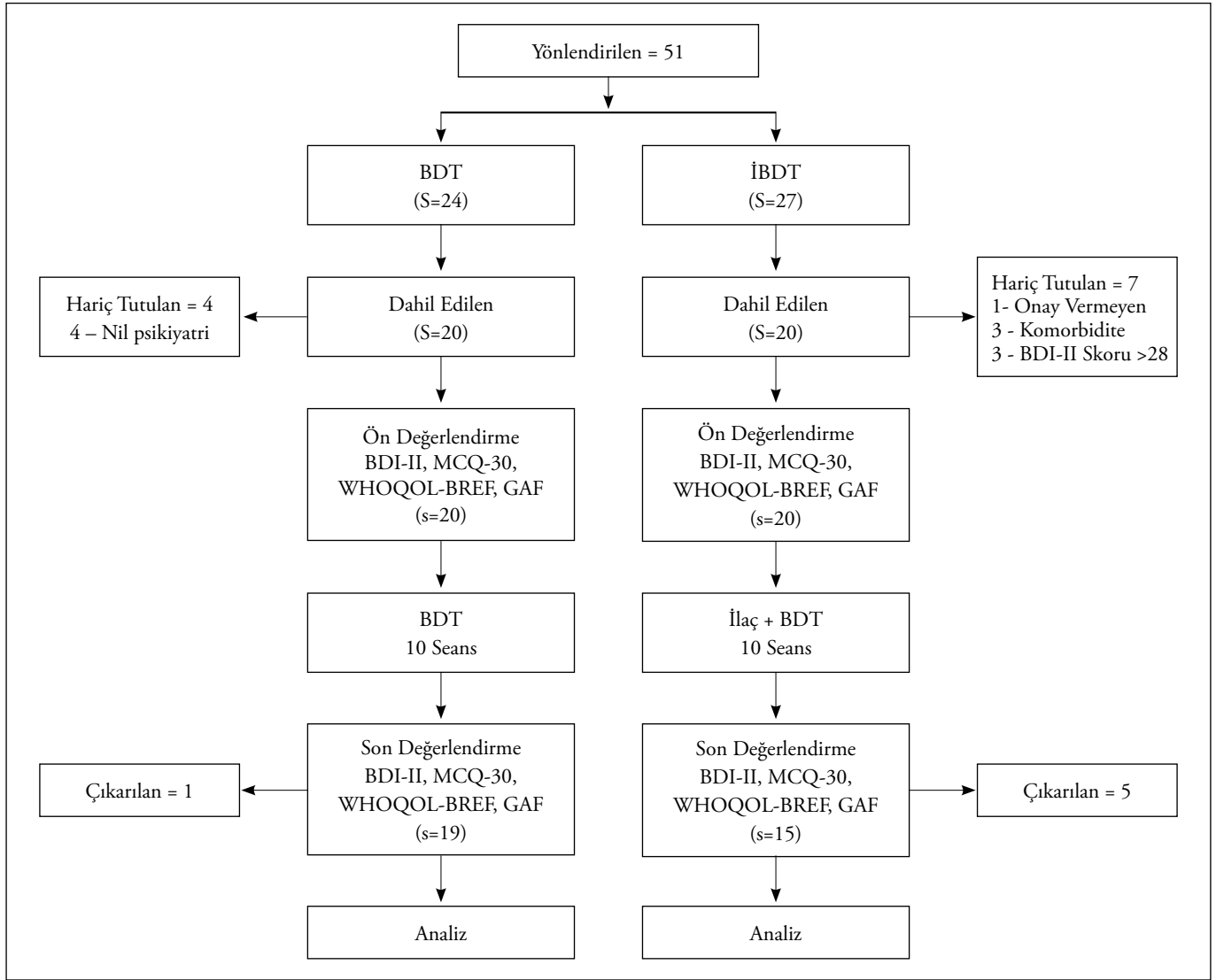
Veri Analizi

Veriler, istatistik ve veri bilimi yazılımı Stata/IC sürüm 16 kullanılarak analiz edilmiştir. Betimleyici istatistikler sosyodemografik ve klinik değişkenler ve sonuç ölçümlerinin puanları için hesaplanmıştır. İki grup arasındaki fark, ortalama karşılaştırma tabloları; süresiz değişkenler için ki-kare testi ve sürekli değişkenler için t-testleri kullanılarak hesaplanmıştır. Araştırmadan ayrılanların eksik verilerinin istatistiksel analizi için son gözlem ileri taşıma (SGİT) yöntemi kullanılmıştır. Gruplar içindeki ön-son farklılıklar eşleştirilmiş t-testleri kullanılarak analiz edilmiş ve iki grubu karşılaştırmak için bağımsız t-testi kullanılmıştır. Tanı, depresyon epizodlarının sayısı ve hastalık süresi gibi karıştırıcı değişkenleri kontrol etmek için kovaryans analizi (ANCOVA) kullanılmıştır. Amaçlı örnekleminin sınırlamasını aşmak için her vakayı en yakın komşu eşleşmesiyle karşılaştıran eğilim skoru eşleştirmesi kullanılmıştır (Austin 2011). Müdahaleye yanıt olarak bu değişikliklerin etki büyüklüğü Cohen'in d değeri ile belirlenmiştir (Sawilowsky 2009).

BULGULAR

İki Gruptaki Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri

Betimleyici istatistikler sosyodemografik ve klinik değişkenler için hesaplanmıştır. İki grup arasında yaş, cinsiyet ve eğitim



Şekil 1. Çalışma sürecinde katılımcılara yönelik CONSORT diyagramı.

Tablo 2. İki Gruptaki Katılımcıların Özellikleri

Değişken		BDT		İBDT		p
		Ort ± SS	Sıklık (%)	Ort ± SS	Sıklık (%)	
Yaş		28 ± 9,26	-	30,6 ± 9,21	-	379
Eğitim (yıl)		15 ± 1,52	-	14,45 ± 1,67	-	0,283
Cinsiyet	Kadın	-	13 (65,0)	-	12 (60,0)	0,744
	Erkek	-	7 (35,0)	-	8 (40,0)	
Teşhis	MDE	-	14 (70,0)	-	6 (30,0)	0,011*
	RDD	-	6 (30,0)	-	14 (70,0)	
Epizodlar	0	-	14 (70,0)	-	6 (30,0)	0,033*
	1	-	4 (20,0)	-	7 (35,0)	
	2	-	2 (10,0)	-	7 (35,0)	
Şiddet	Hafif	-	9 (45)	-	5 (25)	0,185
	Orta	-	11 (55)	-	15 (75)	
HS (Ay)		26,2 ± 22,04	-	50,9 ± 31,79	-	0,006**
Seans Sayısı		9,8 ± 0,89	-	8,85 ± 2,08	-	0,069

p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001, M: Ortalama, SD: Standart Sapma, %: Yüzde, MDD: Majör Depresif Bozukluk, RDD: Tekrarlayan Depresif Bozukluk, Mod: Orta, HS: Hastalık Süresi

Tablo 3. Tedavi Öncesi-Sonrası Sonuç Ölçümleri Grup İçi Farklılıklar (fark=19)

Ölçekler	BDT (s=20)						İBDT (s=20)								
	Tedavi Öncesi		Tedavi Sonrası		t	p	d	Tedavi Öncesi		Tedavi Sonrası		t	p	d	
	Ort	SS	Ort	SS				Ort	SS	Ort	SS				
BDI-II	20,95	4,83	7,25	5,38	9,38	0,000***	2,68	21,75	3,81	10,95	7,27	7,12	0,000***	1,86	
MCQ	Toplam	62,55	16,69	51,65	2,52	3,97	0,000***	0,76	54,9	15,67	45,45	13,65	4,67	0,000***	0,64
	POS	10,45	4,58	8,75	2,71	2,47	0,023*	0,45	8,5	3,24	7,1	1,86	3,39	0,003**	0,53
	NEG	15,65	4,29	12,25	3,61	5,79	0,000***	0,86	17,15	2,94	12,15	4,44	5,98	0,000***	1,33
	CC	10,2	3,47	8,6	2,87	2,71	0,014*	0,50	9,25	4,81	8,45	4,28	1,33	0,198	0,17
	NC	11,55	4,46	9,1	2,57	2,47	0,023*	0,67	9,15	3,28	7,8	3,43	2,38	0,028*	0,40
	CSC	14,7	4,88	12,95	4,63	1,82	0,083	0,37	11,4	4,75	10,45	4,39	1,56	0,135	0,21
QOL	PH	20,3	3,93	26,4	2,83	7,46	0,000***	1,78	19,6	3,27	23,7	4,29	5,00	0,000***	1,07
	PSY	14,85	3,60	20,45	3,19	8,45	0,000***	1,65	13,8	3,53	18,2	4,74	6,21	0,000***	1,05
	SR	8,9	1,62	10,15	1,35	3,05	0,006**	0,84	8,15	1,31	9,4	1,73	4,47	0,000***	0,81
	ENV	29,4	4,26	30,8	4,20	2,64	0,016*	0,33	25,2	5,19	27,5	5,09	3,38	0,003**	0,45
GAF	59,45	5,81	84,45	6,23	13,4	0,000***	4,15	57,55	5,74	73,85	5,13	12,58	0,000***	3,00	

*p<0,05,**p<0,01,***p<0,001, M:Ortalama, SD: Standart Sapma, BDI-II: Beck Depresyon Ölçeği, MCQ30: Üstbilişler Ölçeği, POS: Endişeye ilişkin olumlu inanç, NEG: Endişenin kontrol edilemezliği ve tehlikesine yönelik olumsuz inançlar, CC: Bilişsel Güven, NC: Kontrol İhtiyacı, CSC: Bilişsel öz-bilinç, QOL: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu, PH: Fiziksel, PSY: Psikolojik, SR: Sosyal İlişkiler, ENV: Çevresel, GAF: Global Değerlendirme Ölçeği

Tablo 4. Gruplar Arasında Tedavi Öncesi-Sonrası Farklılıklarda Sonuç Ölçümleri (N=4*, df =38)

Ölçekler		Ort ± SS	Ort ± SS	Ortalama Fark	Standart Hata Farkı	t	p	d
		BDT	İBDT					
BDI-II		7,25 (5,38)	10,95 (7,27)	3,7	2,02	1,83	0,075	0,58
MCQ	Toplam	51,65 (11,26)	45,45 (12,74)	6,2	3,96	1,57	0,125	0,50
	POS	8,75 (2,71)	7,1 (1,86)	1,65	0,73	2,24	0,030*	0,71
	NEG	12,25 (3,61)	12,15 (4,44)	0,1	1,28	0,08	0,938	0,02
	CC	8,6 (2,87)	8,45 (4,28)	0,15	1,15	0,13	0,897	0,04
	NC	9,1 (2,57)	7,8 (3,43)	1,3	0,96	1,36	0,183	0,43
	CSC	12,95 (4,63)	10,45 (4,39)	2,5	1,43	1,75	0,087	0,55
QOL	PH	26,4 (2,83)	23,7 (4,29)	2,7	1,15	2,35	0,024*	0,74
	PSY	20,45 (3,19)	18,2 (4,74)	2,25	1,28	1,76	0,086	0,56
	SR	10,15 (1,35)	9,4 (1,58)	0,75	0,49	1,53	0,134	0,48
	ENV	30,8 (4,20)	27,5 (5,09)	3,3	1,48	2,23	0,031*	0,71
GAF		84,45 (6,23)	73,85 (5,13)	10,6	1,80	5,87	0,000***	1,86

*p<0,05,**p<0,01,***p<0,001, M:Ortalama, SD: Standart Sapma, BDI-II: Beck Depresyon Ölçeği, MCQ30: Üstbilişler Ölçeği, POS: Endişeye ilişkin olumlu inanç, NEG: Endişenin kontrol edilemezliği ve tehlikesine yönelik olumsuz inançlar, CC: Bilişsel Güven, NC: Kontrol İhtiyacı, CSC: Bilişsel öz-bilinç, QOL: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu, PH: Fiziksel, PSY: Psikolojik, SR: Sosyal İlişkiler, ENV: Çevresel, GAF: Global Değerlendirme Ölçeği

Tablo 5. Gruplar Arasında Tedavi Öncesi-Sonrası Farklılıklarda Sonuç Ölçümleri

Ölçekler		ANCOVA			PSM-NNM		
		F	R ²	p	Katsayı	z	p
BDI-II		1,03	0,44	0,463	0,37	0,16	0,877
MCQ	Toplam	0,59	0,31	0,867	2,35	0,56	0,574
	POS	0,65	0,33	0,818	0,48	0,59	0,556
	NEG	0,73	0,36	0,747	1,11	0,85	0,395
	CC	0,60	0,32	0,854	1,13	1,41	0,157
	NC	0,43	0,25	0,960	0,59	0,50	0,619
	CSC	1,10	0,46	0,409	1,02	0,62	0,538
QOL	PH	0,87	0,40	0,606	3,60	2,96	0,003**
	PSY	1,06	0,45	0,445	1,54	1,23	0,220
	SR	1,16	0,47	0,364	0,80	1,24	0,215
	ENV	1,24	0,49	0,315	2,17	1,45	0,147
GAF		2,90	0,69	0,010*	9,72	3,67	0,000***

*p <0,05, **p <0,01, ***p <0,001, ANCOVA: Kovaryans Analizi, PSM-NNM: En yakın komşu üzerinden eğilim skorlarının eşleştirilmesi, BDI-II: Beck Depresyon Ölçeği-II, MCQ30: Üstbilişler Ölçeği, POS: Endişeye ilişkin olumlu inanç, NEG: Endişenin kontrol edilemezliği ve tehlikesine yönelik olumsuz inançlar, CC: Bilişsel Güven, NC: Kontrol İhtiyacı, CSC: Bilişsel öz-bilinç, QOL: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu, PH: Fiziksel, PSY: Psikolojik, SR: Sosyal İlişkiler, ENV: Çevresel, GAF: Global Değerlendirme Ölçeği

açısından istatistiksel olarak anlamlı ($p>0,05$) bir fark bulunmamıştır (bkz. Tablo 2). Bununla birlikte, iki grup arasında tanı, hastalık süresi ve atak sayısı gibi klinik değişkenler açısından anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Terapi seanslarına katılım hususunda kayda değer bir fark saptanmamıştır.

BDT ve İBDT'nin Grup İçi Analizi

Sonuç ölçümlerindeki puanlarda ön-son fark, bilişsel öz-bilinç dışındaki alanlarda çok anlamlıydı. Ayrıca, İBDT grubu bilişsel güvende anlamlı bir değişiklik göstermiştir. Cohen'in d hesaplayıcısı (bkz. Tablo 3), İBDT grubunda kontrol edilemezlik ve endişe tehlikesine ilişkin olumsuz inançlar üzerinde daha büyük bir etki olduğunu ortaya koymuştur ($d=1,33$). 0,33 ila 4,15 arasında değişen değer, küçük ila büyük etki aralığını göstermektedir.

BDT ve İBDT'nin Gruplar Arası Analizi

Endişeye ilişkin olumlu inanç; fiziksel sağlık ve global işlevsellik konularında anlamlı fark bulunurken, diğer ölçümler açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. (bkz. Tablo 4). Klinik değişkenlerdeki farklılıklar bulguları zayıflatığından ANCOVA hesaplanmıştır (bkz. Tablo 5). Gruplardaki katılımcıların en yakın değerlere sahip olan eşleriyle karşılaştırılması; tanı, hastalık süresi ve atak sayısı gibi karıştırıcı değişkenlerin kontrolünün de BDT ve İBDT'nin sonuçlarının paralel olduğuna işaret eden, yetersiz sonuçlar ortaya çıkarttığını doğrulamıştır (bkz. Tablo 5).

TARTIŞMA

BDT, çeşitli teknikler kullanarak hatalı bilişleri yeniden yapılandırmak (Freeman ve ark. 1990), duygudurumu yatıştırmak ve işlevselliği artırma amacıyla yaygın olarak kullanılan bir yaklaşım olup, hafif ila orta dereceli depresif bozukluklarda ilk tedavi yöntemi olarak önerilmektedir (Rupke ve ark. 2006). Grup içi ve gruplar arası analizler, tek başına BDT'nin ve ilaçla birlikte BDT'nin belirtilerin azaltılması, üstbilişsel inançların değiştirilmesi ve yaşam kalitesi ile işlevselliğin iyileştirilmesi üzerinde önemli bir etkisinin olduğunu ortaya koymuştur. Diğer psikoterapilerden daha üstün olan BDT, antidepresan kullanan hastalar üzerinde sinerjik bir etkiye de sahip olabilir. Ayrıca BDT, nüks riskini daha da azaltmaktadır (Hofmann ve ark. 2012, Cuijpers ve ark. 2013). Gruplar arası analiz, sonuç ölçümlerinde anlamlı bir farklılık göstermemiştir; bu da BDT'nin yalnızca belirtileri ve işlevsel olmayan üstbilişsel inançları hafifletmekle kalmayıp, aynı zamanda tek başına veya farmakolojik tedaviyle birlikte kullanıldığında yaşam kalitesini ve işlevselliği de iyileştirdiğini göstermektedir.

Her iki gruptaki değişimler anlamlı olsa da etki büyüklükleri BDT grubunda İBDT'ye göre daha büyüktür. Bu durum, BDT örnekleminin ilk depresif epizodu olan daha fazla

katılımcıya sahip olması, İBDT örnekleminin ise tekrarlayan depresif epizodları olanlardan oluşması gibi çeşitli nedenlere bağlı olabilir. Buna ek olarak, İBDT örnekleminde hastalık süresi BDT örneklemine göre daha uzundu. Ayrıca, psikiyatrist tarafından ilaç reçete edilmeyenler, daha az şiddetli ve daha iyi işlevselliğe sahip oldukları varsayılarak BDT grubuna dahil edilmiştir. Bu çalışmada yaşam kalitesini düşüren faktörler incelenmiş ve davranışsal aktivasyonla birlikte yaşam kalitesinde iyileşme ve işlevsel iyileşme sağlandığı görülmüştür (Shumye ve ark. 2019, Park ve Jung 2019). Gündelik işlevselliği ve duygudurum yatıştırmasını kapsayan davranışsal aktivasyon ve rehberli imgeleme (Gİ) teknikleri faydalıdır. Yaşam kalitesi için BDT grubunda İBDT'ye göre daha büyük etki büyüklüğü hastanın öznel görüşleriyle değerlendirilmektedir (Katschnig 2006) ve araştırmalar depresyon şiddetinin yaşam kalitesindeki bozulmayla ilişkili olduğunu göstermiştir (Jha ve ark. 2014), ancak yaşam kalitesindeki değişiklikler depresyon şiddetindeki değişikliklerle tam olarak ilişkili değildir (Hirschfeld ve ark. 2002) ve yaşam kalitesindeki değişiklikler depresif belirtilerin şiddetindeki değişikliklere kıyasla çok yavaştır (Trivedi ve ark. 2006).

Depresyonu olan gençlerde antidepresan ilaçların etkinliğini inceleyen bir meta-analiz, klinisyen tarafından değerlendirilen depresyon belirtilerindeki iyileşmeye rağmen hastaların genel esenlik ve yaşam kalitesinde iyileşme göstermediğini ortaya koymuştur (Spielman ve Gerwig 2014). Buradan hareketle, yaşam kalitesinin bağımsız bir değişken olduğu ve belirti şiddetlerinin azalmasının her koşulda yaşam kalitesini yükseltmeyeceği anlaşılmaktadır. Bu durum, belirtilerde daha fazla azalma gösteren ancak yaşam kalitesi artış skorları daha düşük olan İBDT grubuna kıyasla BDT örnekleminde yaşam kalitesinin daha fazla arttığı anlamına gelmektedir.

Bu çalışma kapsamında yapılan hem grup içi hem de gruplar arası analizler, BDT'nin endişeye ilişkin olumlu inanç (POS), endişenin kontrol edilemezliği ve tehlikesine ilişkin olumsuz inanç (NEG) ve kontrol ihtiyacı (NC) üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu göstermiştir. Kontrol edilemezlik ve endişe tehlikesi ile ilgili üstbilişler, klinik olarak depresif bireylerde pozitif bir ilişki göstermekte olup, ruminasyonla ilgili olumlu inançlar ise hem klinik hem de klinik olmayan örneklemlerde çökkün duygudurum durumunda ruminasyon eğilimi ile bağlantılıdır. Bu nedenle, endişeye ilişkin olumlu ve olumsuz inançlar, depresif bozuklukların yan sonuçlarından biri olmakla beraber aynı zamanda bir yordayıcı olma eğilimindedir (Huntley ve Fisher 2016, Verplanken ve ark. 2007, Papageorgiou ve Wells 2001). Depresyona yol açtığı düşünülen bir durum olan bilişsel işlevlere duyulan güvenin azalması, ruminasyonun kişilerarası ve sosyal sonuçlarına ilişkin olumsuz inançların yanı sıra etkili başa çıkmayı kolaylaştırmak için ruminasyon yapma ihtiyacına ilişkin olumlu inançlara da katkıda bulunabilir (Roelofs ve ark. 2007).

Ancak, grup içi analize göre bilişsel güven (CC) ve bilişsel öz-bilinç (CSC) üzerinde anlamlı bir etki yoktur. Ayrıca bu durum, bilişsel güvenin (CC) OKB ile ilişkilendirildiği batılı literatür tarafından da desteklenmektedir (Janeck ve ark. 2003, Solem ve ark. 2009). Yüksek düzeyde kötülük görme düşüncesi olan bireylerin bilişsel öz bilinç düzeyleri düşüktür ve bu da iyi olma halinin düşük olmasına yol açmaktadır. Depresif psikotik ve sağlıklı kontrol gruplarını karşılaştırırken moderasyon analizleri, kötülük görme düşüncelerinin ve bilişsel öz-bilinç arasındaki etkileşimin psikolojik sağlığını ön göstergeleri olduğunu ortaya koymuştur (Valiente ve ark. 2012). Dolayısıyla, bilişsel öz-bilinç ve psikotik belirtilerin görüldüğü depresyon arasındaki bağlantı psikotik belirtiler görülmeden depresyona göre daha fazla olabilir.

Uygulanan BDT modeli, Moritz'in üstbilişsel eğitim yaklaşımına benzer şekilde bilişin içeriğini hedef almış ve böylece üstbilişsel inançları değiştirmiştir. Well'in yaklaşımı ise bilişin içeriğini değil üst düzey bilise değinen üstbilişsel eğitime benzemektedir (Wells ve Carter 2001). Güdümlemiş görsellik (GI) ve/veya farkındalık temelli teknikleri içeren BDT'nin etkisinin, yalnızca bilişsel ve/veya davranışsal teknikleri kullanan BDT'den daha üstün olması mümkündür. Bu nedenle, antidepresanların yanı sıra BDT'nin de sadece bilişlerin içeriğini ele almakla kalmayıp, aynı zamanda üst düzey inançlar için de etkili bir müdahale olduğu düşünülmektedir.

Kısıtlılıklar

Çalışma kapsamında ruminasyon ve işlevsel olmayan düşünceleri değerlendirmek için herhangi bir ölçek kullanılmamıştır. Ruminasyonun yoğunluğu veya bilişsel hataların türü ve bunun üstbilişsel inançlar ve sonuçlarla ilişkisinin daha fazla araştırılması gerekmektedir. Örneklem grubunun küçük olması, üstbilişsel inançların işlevsellik ve yaşam kalitesi açısından iyileşmeye aracılık edip etmediğini ortaya çıkartmak amacıyla istatistiklerin uygulanmasını engellemiştir.

Çalışmadan Çıkarılacak Sonuçlar

İlaç desteği olsun ya da olmasın BDT, bilişsel içeriği ve üst düzey bilişsel inançları değiştirerek belirtilerin azalmasını ve hayat kalitesinin artmasını sağlayan etkili bir tedavi yöntemidir. Biliş, duygulanım ve davranış gibi bileşenleri hedefleyen tekniklerin kullanımı vasıtasıyla daha umut verici sonuçlar alınmaktadır. Esasen bir tür zihin-beden terapisi (ZBT) olduğundan güdümlenmiş görselliğin (GI) kullanılması farkındalık kavramıyla benzer bir işlev görmüş olabilir.

Geleceğe Yönelik Öneriler

Gelecekteki çalışmalarda, depresif bozukluklarda BDT ile üçüncü dalga terapilerin etkinliğini karşılaştıran randomize çalışmalarda bu sonuç ölçümleri tekrarlanabileceği gibi ayrıca ruminasyon ve işlevsiz düşünceler ölçülerek de tamamlanabilir.

Ayrıca, farmakolojik tedavi ile üstbiliş arasındaki ilişkinin de araştırılması gerekmektedir.

SONUÇ

Kendi başına veya antidepresan kullanımıyla birlikte BDT, depresif bozukluklarda belirtileri, üstbilişsel inançları hafifleten, işlevsellik ve yaşam kalitesini artıran etkili bir tedavidir. Dolayısıyla, BDT'nin üstbiliş gibi daha yeni araçları ele aldığı ve olumsuz bilişin yanı sıra üstbilişsel inançlarla da ilgilenen altın standart bir tedavi olmaya devam ettiği sonucuna varılmaktadır. Depresif bozukluğu olan bireylerle ilgilenirken üst bilişsel inançların izlenmesi büyük önem arz edebilse de antidepresanların üstbilişsel inançlar üzerindeki rolüne yönelik araştırmalara devam edilmesi gerekmektedir.

Teşekkür: Önerimi kabul eden, Psikiyatri polikliniğinden veri toplama izin veren ve farmakoloji ile ilgili hariç tutma / dahil etme kararına katkıda bulunan Teğmen Dr. Bir Singh Chavan'a teşekkür ederim. Klinikteki doktora, depresif bozukluğu olan hastaları ilk yazar olan araştırmacıya yönlendirmesi için talimat verme nezaketinde bulundu. Buna ek olarak, makalenin nihai taslağını gözden geçirmek için zaman ayırdı ve bu taslağın teslimini tasdik eder nitelikteki çalışmalarım hakkında cesaretlendirici sözler söyledi. Ne yazık ki kendisi 4.12.2020 tarihinde hayatını kaybetmiştir. Yazarlar kendisine bu çalışmanın gerçekleşmesine yönelik katkıları için müteşekkirdir.

KAYNAKLAR

- Austin PC (2011) An introduction to propensity score methods for reducing the effects of confounding in observational studies. *Multivar Behav Res* 46:399-424.
- Beck AT, Steer RA, Brown GK (1996) BDI-II, Beck depression inventory: Manual. New York, Psychological Corporation.
- Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL ve ark. (2013) The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: A metaanalysis of direct comparisons. *World Psychiatry* 12:137-48.
- Flavell J (1979) Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *Am Psychol* 34:906-11.
- Freeman A, Pretzer J, Fleming B ve ark. (1990) Clinical applications of cognitive therapy. New York, Plenum Press syf. 93.
- Gururaj G, Varghese M, Benegal V ve ark (2016) National mental health survey of India, 2015-16: Prevalence, pattern and outcomes (Publication No. 129). Bengaluru, NIMHANS.
- Halvorsen MB, Hagen R, Hjemdal O ve ark. (2014) Metacognition and thought control strategies in unipolar major depression: A comparison of currently depressed, previously depressed, and never-depressed individuals. *Cognit Ther Res* 39:31-40.
- Hirschfeld RMA, Dunner DL, Keitner G ve ark. (2002) Does psychosocial functioning improve independent of depressive symptoms? A comparison of nefazodone, psychotherapy, and their combination. *Biol Psychiatry* 51:123-33.
- Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA ve ark (2010) The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 78:169-83.
- Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ ve ark. (2012) The efficacy of cognitive behaviour therapy: A review of meta-analyses. *Cognit Ther Res* 36:427-40.
- Huntley CD, Fisher PL (2016) Examining the role of positive and negative metacognitive beliefs in depression. *Scand J Psychol* 57:446-52.

- Janeck AS, Calamari JE, Riemann BC ve ark (2003) Too much thinking about thinking: Metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 17:181-95.
- Jelinek L, Quaquebeke NV, Moritz S (2017) Cognitive and metacognitive mechanisms of change in metacognitive training for depression. *Sci Rep* 7:3449-56.
- Jha MK, Minhajuddin A, Thase ME ve ark. (2014) Improvement in self-reported quality of life with cognitive therapy for recurrent major depressive disorder. *J Affect Disord* 167:37-43.
- Katschnig H (2006) Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry* 5:139-45.
- Kaplan HI, Sadock BJ (1998) Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioural sciences/clinical psychiatry (8th ed). New York, Lippincott Williams & Wilkins, syf. 299.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O ve ark. (2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 62:593-602.
- Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E ve ark. (1997) The mini-international neuropsychiatric interview (MINI). A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry* 12:224-31.
- Normann N, van Emmerik AAP, Morina N (2014) The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: A meta-analytic review. *Depress Anxiety* 31:402-11.
- Oliveira SHE, Carvalho H, Esteves F (2016) Toward understanding of the quality of life construct: Validity and reliability of the WHOQOL-Bref in a psychiatry sample. *Psychiatry Res* 244:37-44.
- Papageorgiou C, Wells A (2001) Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cogni Behav Pract* 8:160-4.
- Papageorgiou C, Wells A (2003) An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognit Ther Res* 27:261-73.
- Park EH, Jung MH (2019) The impact of major depressive disorder on the adaptive function: A retrospective observational study. *Medicine* 98: e18515.
- Roelofs J, Papageorgiou C, Gerber RD ve ark. (2007) On the links between self-discrepancies, rumination, metacognitions, and symptoms of depression in undergraduates. *Behav Res Ther* 45:1295-305.
- Rupke SJ, Blecke D, Renfrow M (2006) Cognitive therapy for depression. *Am Fam Physician* 73:83-6.
- Sawilowsky SS (2009) New effect size rules of thumb. *J Mod Appl Stat Methods* 8:597-9.
- Saxena S, Chandiramani K, Bhargava R (1998) WHOQOL-Hindi: A questionnaire for assessing quality of life in health care settings in India. *Natl Med J India* 11:160-5.
- Sheehan DV (2016) MINI international neuropsychiatric interview English version 7.0.2 for DSM-5. Harm Research Institute.
- Shumye S, Belayneh Z, Mengistu N (2019) Health related quality of life and its correlates among people with depression attending outpatient department in Ethiopia: A cross sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 17:169.
- Singh AK (1998) Tests, measurements, and research methods in behavioural sciences (3rd ed). New Delhi, Bharati Bhawan, syf. 380-1.
- Smarr KL, Keefer AL (2011) Measures of depression and depressive symptoms: Beck depression inventory-II (BDI-II), Centre for Epidemiologic Studies depression scale (CES-D), geriatric depression scale (GDS), hospital anxiety and depression scale (HADS), and patient health questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis Care Res* 63 (Suppl 11):S454-66.
- Solem S, Håland AT, Vogel PA ve ark. (2009) Change in metacognitions predicts outcome in obsessive-compulsive disorder patients undergoing treatment with exposure and response prevention. *Behav Res Ther* 47:301-7.
- Somers J, Quérée M (2007) Cognitive behavioural therapy: The core information document. Centre for Applied Research in Mental Health and Addictions (CARMHA).
- Spielmanns GI, Gerwig K (2014) The efficacy of antidepressants on overall well-being and self-reported depression symptom severity in youth: A meta-analysis. *Psychother Psychosom* 83:158-64.
- Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR ve ark. (2006) Factors associated with health-related quality of life among outpatients with major depressive disorder: A STAR*D report. *J Clin Psychiatry* 67:185-95.
- Valiente C, Prados JM, Gomez D ve ark. (2012) Metacognitive beliefs and psychological well-being in paranoia and depression. *Cogn Neuropsychiatry* 17:527-43.
- Verplanken B, Friborg O, Wang CE ve ark. (2007) Mental habits: Metacognitive reflection on negative self-thinking. *J Pers Soc Psychol* 92:526-41.
- Wang Y-P, Gorenstein C (2013) Psychometric properties of the Beck depression Inventory-II: A comprehensive review. *Rev Bras Psiquiatr* 35:416-31.
- Wells A, Carter K (2001) Further tests of cognitive model generalized anxiety disorder: Metacognition and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression and non-patients. *Behav Ther* 32:85-102.
- Wells A, Cartwright-Hatton S (2004) A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther* 42:385-96.
- Wells A (2009) Metacognitive therapy for anxiety and depression. City, Guilford Press, syf. 1-22.
- World Health Organization (1982) The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. New Delhi, AITBS Publishers & Distributors, syf. 119-28.
- World Health Organization (2017) Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva, WHO.
- World Medical Association (2013) World medical association declaration Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *J Am Med Assoc* 310:2191-4.