Psikolojik Araştırma Perspektifleri Dergisi
Journal of Psychological Research Perspectives

JOPRP *1*(2) 247-285
https://doi.org/10.5281/zenodo.14531743

Psikopatolojileri Üstbilişsel Süreçler Perspektifinden Anlamak

Understanding Psychopathologies Through the Lens of Metacognitive Processes

1.Caner Yeşiloğlu[*,1]

2.Lut Tamam[2]

3.Mehmet Emin Demirkol[3]

4.Ali Meriç Kurt[4]

Özet

Üstbiliş, bireyin bilişsel süreçlerini fark etme, bu süreçlere dayalı stratejiler geliştirme ve stratejileri duruma uygun şekilde düzenleme becerisini ifade eder. Flavell'in modeline göre üstbiliş, öğrenme ve düşünme süreçlerinin izlenmesini, değerlendirilmesini ve gerektiğinde düzenlenmesini sağlar. Üstbilişsel bilgi, bildirimsel, prosedürel ve koşullu bilgi olarak sınıflandırılır. Bu bilgi türleri, bireyin düşüncelerine yönelik farkındalık düzeyini artırır ve öğrenme süreçlerini daha etkin hale getirir. Üstbilişsel inançlar, bireyin düşüncelerine atfettiği değeri ifade eder ve olumlu veya olumsuz olabilir. Olumlu üstbilişsel inançlar, endişe veya ruminasyon gibi süreçlerin yararlı sonuçlar doğurabileceği inancını içerirken, olumsuz üstbilişsel inançlar bu süreçlerin kontrol edilememesi durumunda zarar verebileceği korkusunu taşır. Psikopatolojilerde, olumsuz üstbilişsel inançların yaygın olduğu ve bireylerin işlevsiz düşünce kalıpları geliştirdiği gözlemlenmektedir. Psikopatolojilerle ilişkili olarak, üstbilişsel işlevlerdeki bozuklukların bilişsel süreçleri olumsuz etkileyerek anksiyete bozuklukları, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, yeme bozuklukları gibi ruhsal bozuklukların gelişiminde önemli rol oynadığı görülmüştür. Meta bilişsel kontrolün yetersizliği kişinin işlevsiz düşünce şemaları kurmasına ve uyumsuz başa çıkma becerileri geliştirmesine neden olabilmektedir. Bu süreçlerin olumsuz sonuçları zihinsel bozuklukların kötü gidişine neden olabilir. Bu derleme, üstbilişin temel kavramlarını ve ruhsal bozukluklarla ilişkisini ele alarak, üstbilişsel süreçlerin duygusal düzenleme ve bilişsel değerlendirme üzerindeki etkilerini vurgulamaktadır. Üstbilişin incelenmesi, psikopatolojilerin bilişsel temellerini anlamaya önemli katkılar sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Üstbiliş, Psikopatoloji, Ruhsal Bozukluklar.

Abstract

Metacognition refers to the individual's ability to recognize their cognitive processes, develop strategies based on these processes, and organize strategies appropriately for the situation. According to Flavell's model, metacognition enables the monitoring, evaluation, and, when necessary, organization of learning and thinking processes. Metacognitive knowledge is classified as declarative, procedural, and conditional knowledge. These types of knowledge increase the individual's awareness of their thoughts and make learning processes more effective. Metacognitive beliefs express the value an individual attributes to their thoughts and can be positive or negative. Positive metacognitive beliefs include the belief that worry or rumination can produce beneficial results. In contrast, negative metacognitive beliefs carry the fear that these processes may cause harm if they cannot be controlled. In psychopathologies, it is observed that negative metacognitive beliefs are common and individuals develop dysfunctional thought patterns. Regarding psychopathologies, it has been observed that disorders in metacognitive functions negatively affect cognitive processes and play an important role in the development of mental disorders such as anxiety disorders, depression, obsessive-compulsive disorder, post-traumatic stress disorder, and eating disorders. Inadequate metacognitive control can cause a person to establish dysfunctional thought patterns and develop maladaptive coping skills. The negative consequences of these processes can lead to poor prognosis for mental disorders. This review examines the basic concepts of metacognition and its relationship to mental disorders, emphasizing the effects of metacognitive processes on emotional regulation and cognitive appraisal. The study of metacognition makes important contributions to understanding the cognitive basis of

[*] Sorumlu Yazar
[1] Dr. Öğr. Üyesi, Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye, cyesiloglu@cu.edu.tr
[2] Prof. Dr., Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye, ltamam@gmail.com
[3] Doç. Dr., Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye, emindemirkol@gmail.com
[4] Arş. Gör. Dr., Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye, ali.meric96@gmail.com

Bu makale, araştırma ve yayın etiğine uygun olarak hazırlanmış ve iThenticate ile intihal taramasından geçirilmiştir. © 2024 The Author(s).

This article was prepared in line with research and publication ethics and scanned for plagiarism by using iThenticate.

psychopathology.
Keywords: Metacognition, Psychopathology, Mental Disorders.

Başvuru/*Submitted*: 02/10/2024

Kabul/*Accepted*: 24/11/2024

Yayın/*Online Published*: 19/12/2024

Atıf/*Citation*: Yeşiloğlu, C., Tamam, L., Demirkol, M.E. ve Kurt, A.M. (2024). Psikopatolojileri üstbilişsel süreçler perspektifinden anlamak. *Psikolojik Araştırma Perspektifleri Dergisi, 1*(2), 247-285 https://doi.org/10.5281/zenodo.14531743

Üstbiliş, bireyin öğrenme sürecini fark etmesi, bu farkındalık doğrultusunda stratejiler oluşturması ve sahip olduğu stratejileri o anki duruma uygun hale getirme becerisini tanımlar (Cankaya ve ark., 2022). İngilizce'deki "metacognition" teriminin Türkçe karşılığı olan "üstbiliş" kavramı algılama, hatırlama ve düşünme gibi bilişsel faaliyetler ve bu süreçlerin farkında olup onları yönetme becerisidir (Özsoy, 2008). Flavell üstbilişi, nasıl öğrendiğine ve ne zaman anlayıp anlamadığına ilişkin farkındalık, hedefe ulaşmak için bilgiyi nasıl kullanacağını bilme, bir görevin bilişsel gereklerini değerlendirme, belirlediği yöntemin amaçlarla kullanılacağını bilme, performans esnasında ve sonrasındaki ilerlemeyi değerlendirme olarak tanımlamıştır (Flavell, 1979). Flavell'e göre bilişsel işlevler, bilgiyi oluşturma sürecinde ilerleme kaydetmesine yardımcı olurken, üstbilişsel işlevler anlamayı, değerlendirme ve bilgiyi farklı durumlara uyarlama konusundaki gelişimini takip etmesini ve bu süreci iyileştirmesini sağlar (Flavell, 1979). Üstbiliş düzeyindeki süreçler, bilişsel düzeydeki etkinlikleri izler ve yönetir (Yzerbyt ve ark., 1998). Flavell, üstbilişsel sistemi oluşturan ve birbiriyle etkileşim içinde olan dört temel bileşeni (Tablo 1.'de verilmiştir.) tanımlamıştır.

Tablo 1

Fllavell'e Göre Üstbilişin Temel Bileşenleri

Kategori	Açıklama
Üstbilişsel Bilgi	Bilişsel süreçler ve sonuçlar üzerinde etkisi olan inançlar ve bilgiler
Üstbilişsel Deneyimler	Bilişsel süreçle birlikte yaşanan bilinçli duyusal ve zihinsel deneyimler
Üstbilişsel Stratejiler/Süreçler	Düşünme ve karar verme gibi zihinsel faaliyetlerde bilgilerin değerlendirilmesi

Üstbilişsel Hedefler/Görevler	Bilişsel çabaların amacı ve bu hedeflere ulaşmak için kullanılan eylemler

Üstbilişsel bilgi, insanların düşünme süreçlerinin ve bilişle ilgili bilgilerinin ifadesidir. Üstbilişsel bilgi bildirimsel bilgi, prosedürel bilgi ve koşullu bilgi olmak üzere üç tür üstbilişsel farkındalıkla ilişkilendirilmektedir (Brown, 1987). Bildirimsel bilgi, kişinin kendisi hakkındaki genel işleme yeteneklerine ve akademik başarıyı etkileyebilecek faktörlere atıfta bulunur. Prosedürel bilgi, sorunları nasıl başarıyla çözeceğinize veya bir öğrenme görevini nasıl tamamlayacağınıza dair bilgiye atıfta bulunur. Koşullu bilgi ise belirli stratejileri ne zaman ve neden kullanacağınıza dair farkındalıklar ile ilgilidir. Kısaca bildirimsel bilgi, bir konu hakkında bilgi sahibi olmayı ifade eder. Prosedürel bilgi, belirli bir şeyin nasıl yapılacağını bilmek anlamına gelir. Koşullu bilgi ise bilişin nedenlerine ve hangi durumlarda kullanılacağına ilişkin bilgiye sahip olmayı içerir (Teng, 2020). Üstbilişin birçok tanımı üstbilişsel bilgi ve üstbilişsel kontrol süreçleri arasında ayrım yapmaktadır (Schraw ve Moshman, 1995). Üstbilişsel kontrol süreçleri, bir problem hakkında düşünmeyi ve yeni bilgiyi anlamak için kararlar almayı gerektirerek aktif öğrenmeyi destekler. Bu becerilere sahip bireyler, düşüncelerini değerlendirmeye zaman ayırdıkça neden başarılı veya başarısız olduklarını daha iyi anlayabilmektedir (Perrot ve ark., 2001). Üstbilişsel kontrol süreçleri mevcut bilişsel faaliyetlerin düzenlenmesinde (örneğin çalışırken gözden geçirilecek materyali seçmek, öğrenme materyaline çalışma süresini farklı şekilde ayarlayabilmek, cevapları geri çekmek veya bellek araştırmasını sonlandırmak gibi) rol alır. Üstbilişin farklı bileşenleri arasında sürekli bir bilgi akışı vardır. Tekrarlayan bir şekilde, öğrenme ve hatırlama sırasında yapılan üstbilişsel deneyimler üstbilişsel bilgide değişikliklere yol açmaktadır (Roebers, 2017).

Üstbilişsel bilgi, bireylerin düşünme süreçlerine ilişkin sahip oldukları düşünceleri, hafızanın ve bilişsel kontrolün etkinliğine ilişkin inanç ve teorileri içermektedir (Wells, 2002). Duygusal problemler açık ve örtük olmak üzere iki tür üstbilişsel bilgi ile ilişkilendirilmektedir. Açık üstbilişsel bilgi, bireylerin bilinçli olarak ifade edebildiği ve sözel

olarak paylaşabildiği bilgidir. Açık üstbilişsel bilgi tipik olarak yavaş bir seyir gösterir, bilinçli bir süreçtir ve bilişsel yapılardan etkilenir (Heyes ve ark., 2020). Örtük üstbilişsel bilgi, genellikle bilinçli olarak algılanmayan ve sözlü olarak ifade edilemeyen bilgilerdir. Bu tür bilgi, dikkati yönlendirme, hafızayı gözden geçirme ve yargılama süreçlerinde sezgi ve önyargıların nasıl kullanılacağını belirleyen kural ve stratejileri içermektedir. Bu bilgiyi bilgi işleme için bir rehber veya plan olarak düşünmek faydalı olabilmektedir. Örtük üstbilişsel bilgi hızlı ve otomatik bir süreçtir (Frith, 2012). Bu tür üstbilişsel planlar, duygusal problemlerde bildirimsel bilgi kadar önemli bir rol oynamaktadır (Wells, 2002).

Üstbilişsel deneyimler, zihinsel olayların, duyguların ve bilişe ilişkin yargıların anlamının değerlendirilmesini içermektedir. Bu değerlendirmeler bilişsel deneyimlerin bilinçli yorumlanması ve etiketlenmesi yoluyla ortaya çıkmaktadır. Üstbilişsel deneyimler, kişinin bir görevi gerçekleştirirken mevcut olan üstbilişin belirgin bir yönünü oluşturur. Üstbilişsel deneyimler kişi, görev ve bağlam özelliklerinden etkilenmekte ve bilişsel işlemenin özellikleri hakkında farklı bilgiler iletmektedir. Üstbilişsel deneyimler sayesinde kişi gerçekleştirdiği görevin aşamaları ve sonuçları hakkında bilgi sahibi olmaktadır (Efklides, 2006). Üstbilişsel deneyimler ruhsal bozukluklarla farklı şekillerde ilişkilendirilebilir. Birçok bozukluk, olumsuz üstbilişsel değerlendirmeler ve yargılamalarla bağlantılıdır (Wells, 2002). Üstbilişsel deneyimler sonucunda kişilerde güven hissi, doğruluk hissi, zorluk hissi, tatmin hissi gibi üstbilişsel bilgiler oluşur. Bu hissiyatların yanlış/olumsuz değerlendirilmesi duygulanım üzerine etkilidir (Efklides, 2006). Ruhsal bozukluklarda duygular üstbilişsel bilgi kaynağı olarak işlev görmektedir. Ruhsal bozukluğu olanlar, tehditleri analiz etmek ve başa çıkma yöntemlerini bulmak ve uygulamak için duyguya dayalı bilgileri rehber olarak kullanmaktadır. Örneğin obsesif kompulsif bozukluğu olan bireyler, bir ritüelin doğru şekilde tamamlandığını hissedene kadar tekrarlamaya devam edebilmektedir (Wells, 2002).

Bilgi düzeyinde olumsuz inançlar, bu düşüncelerin olumsuz değerlendirilmesine ve buna bağlı olarak olumsuz duygusal tepkilere neden olmaktadır. Kişi duygusal belirtilerden kaçındıkça, bu inançlar giderek artan olumsuz duygular döngüsüne yol açmaktadır. Aynı

zamanda tehditten kaçınmak veya durumu düzeltmek için endişelenmek veya geçmiş olaylara odaklanmak gibi düşünce stratejilerine yol açan inançlar, sorunlu değerlendirme kalıplarına ve zihinsel enerjinin verimsiz kullanılmasına yol açabilmektedir (Wells, 2002). İşlevsel olmayan stratejiler, kişinin öz düzenleme süreçlerindeki kesintileri sürdüren ve dolayısıyla etkisiz duygusal işleme semptomlarının ortaya çıkmasına neden olan stratejilerdir.

Kişinin düşüncelerine atfettiği değere, bu düşüncelerin kontrol edilebilirliğine ve düşüncelerin sonuçlarına "üstbilişsel inançlar" denir. Olumlu üstbilişsel inançlar, kişinin endişe, ruminasyon, işlevsiz başa çıkma yöntemleri ve dikkat yanlılığı gibi davranışların yararlı sonuçlar üreteceğine olan inancını ifade etmektedir. Olumsuz üstbilişsel inançlar ise bu olumlu süreçlerin kontrol edilememesi durumunda ruminasyon gibi durumların olumsuz etkiler yaratabileceğine dair inançları içermektedir (Kannis-Dymand ve ark., 2020).

Üstbiliş ve Psikopatolojiler

Bilişsel süreçlerin etkin ve dengeli işleyişinde üstbilişin önemli bir rol oynadığı ve bu sistemdeki bir bozulmanın psikopatolojilerin gelişmesinde kritik bir rolü olabileceği düşünülmektedir (Tosun ve Irak, 2008). Ruhsal hastalıkların nedenlerini üstbilişsel kuram ışığında açıklamak amacıyla "Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlev Modeli *(Self-Regulatory Executive Function (*S-REF*)*" geliştirilmiştir (Wells, 2002). S-REF modeli genellikle bilinç düzeyinde fark edilmeyen otomatik bilgi işleme, bilinçli düşünce ve davranışların değerlendirildiği aktif ve kontrollü bilgi işleme, uzun süreli hafızadaki üst bilişsel bilgi ve inanışlar olmak üzere üç düzeyden oluşmaktadır. İkinci düzeyde ruminatif ve endişe verici düşünceler, bireyin dikkatini olumsuz yönde etkileyebilmekte ve bastırma gibi uyumsuz başa çıkma yöntemleri de bu düzeyde önemli bir soruna neden olabilmektedir. Üçüncü düzey olan Üst Düzey, kişinin uzun süreli hafızasındaki üstbilişsel bilgi ve inançlarla ilişkilidir. Üçüncü düzeyde başa çıkma stratejilerini oluşturmak için saklanan bu bilgi kullanılmaktadır (Wells, 2002). S-REF modelinde işlevsiz düşünce kalıpları ve uyumsuz başa çıkma stratejilerinin bir sonucu olarak ikinci düzey işleme sisteminde yer alan "Bilişsel Dikkat Sendromu" (BDS) kavramı tanımlanmıştır. BDS bireyde sürekli ve katı bir şekilde iç ve dış uyaranlara

odaklanmaktadır. Bu durum tekrarlayan endişeler, işlevsiz inançlar ve ruminasyonun yanı sıra önyargılı ve nesnel olmayan dikkatin artmasını da beraberinde getirir. Ayrıca BDS, bireyin tehdit olarak algıladığı konulara yönelmesine ve bu tehditlerle başa çıkabilmek için düşünceleri nötralize etme veya tehdide yoğunlaşma gibi işlevsiz yöntemler geliştirmesine neden olur (Wells, 2013a). BDS, normal şartlarda geçici olan duygu ve düşüncelerin kalıcı hale gelmesine neden olmaktadır.

Ruhsal bozuklukların nedenleri değerlendirilirken üstbilişsel modellerin dahil edilmesi son yıllarda öne çıkmaktadır. Anksiyete Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Psikotik Bozukluk, Bipolar Bozukluk ve Depresif Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), Yeme Bozuklukları gibi psikopatolojilerde üstbilişin etkileri belirlenmeye çalışılmaktadır. Bu makalede sık görülen psikopatolojilere üstbiliş penceresinden bakış bir arada derlenmiş ve bütüncül bir bakış sunulması amaçlanmıştır.

Depresif Bozukluklar ve Üstbilişsel Model

Depresif bozukluk tanısı alan bireylerin zihinsel işlevlerinde ve olaylara ilişkin farkındalıklarında çeşitli zorluklar yaşadıkları, yaşadıkları durumları olumsuz bir bakış açısıyla değerlendirdikleri düşünülmektedir. Papageorgiou ve Wells (2001), depresif bozukluğu olan bireylerin dikkatlerini toplamakta ve düşüncelerini sürdürmekte zorluk yaşadıklarını belirtmişlerdir. Depresif bozukluk varlığında üstbiliş bilişsel süreçleri olumsuz etkileyerek düşünce, duygu ve davranış alanlarında olumsuz sonuçlara yol açmaktadır (Papageorgiou ve Wells, 2001). Depresif bozuklukların üstbilişsel modeli, olumsuz düşünceler, üzüntü ve BDS'ye bağlı kayıpla ortaya çıkan ruminasyona odaklanmaktadır (Wells, 2011). Olumsuz inanışlara sahip bireyler sıkıntı veren depresif düşünceleri, nedenleri ve sonuçlarını yorumlayabilmek adına ruminasyona yönelmektedir. Bu durum depresif belirtilerin şiddetini ve süresini arttırmaktadır. Rahatsız eden, endişelendiren ve sürekli tekrarlanan olumsuz düşünceler üzerinde üstbilişlerin büyük etkisi olduğu ifade edilmiştir (Papageorgiou ve Wells, 2003). Ruminasyon, olumsuz duygularla ve tehdit edici durumlarla başa çıkmayı amaçlayan tekrarlayan düşüncelerden oluşan bir başa çıkma yöntemidir.

Ruminasyon olumsuz düşünce ve duygular tarafından tetiklenir ve kişinin kendi kendini düzenlemesini sağlamayı amaçlar. Ruminasyon BDS'nin en önemli unsuru olmasına rağmen endişe de önemli bir rol oynamaktadır. Depresif bozukluk tanılı hastalar semptomları hakkında endişelenmektedir (Papageorgiou ve Wells, 2001). Semptomlarla baş etmeye yönelik olumsuz ve umutsuz inançlara sahiptirler. Depresyonda tehdit tarama davranışını BDS'nin bir parçası olarak düşünmek mümkündür (Papageorgiou ve Wells, 2001). Üstbilişsel modelde olumsuz düşünceler, fiziksel tepkiler veya duygusal durumlar ruminasyonu ve zihinsel süreçleri tetikleyen faktörlerdir. Bu tetikleyiciler olayların anlamı ve nedenleri hakkındaki olumsuz üstbilişsel inançları harekete geçirir. Olumsuz üstbilişsel inançlar, bireyin semptomlarını izlemesinin önemini vurgulamaktadır ve bu da ruminasyona yol açmaktadır (Wells, 2002).

Depresif bozukluk tanılı bireylerde semptomların uzun sürmesi depresyonun tehlikeli olduğu, zihinsel olarak yetersiz olduğu gibi olumsuz inançların güçlenmesine yol açar. Bu aşamada depresyondaki birey depresif düşünce, duygu ve semptomların kontrol edilemeyeceğine inanmaktadır. Olumsuz üstbilişsel inançlar aynı zamanda bireyin ruminasyon sırasındaki farkındalığını da azaltmaktadır. Çünkü kişi bu durumu zararsız bir alışkanlık olarak görmeye başlamaktadır (Wells, 2011). Depresyonla birlikte gelen aktivite kaybı, motivasyon eksikliği ve isteksizlik, bireyin ruminasyona daha fazla zaman ayırmasına olanak tanımaktadır. Ayrıca geçmişte en az bir depresif atak geçirmiş olan bireylerin, depresyonun erken belirtilerine karşı uyanık olmaları gerektiğine dair olumsuz üstbilişsel inançlar geliştirdikleri de gözlemlenmiştir (Wells, 2011). Kontrol edilemezlik/tehlike ile ilgili olumsuz üstbilişsel inançlar ve ruminasyon, endişe ve ceza biçimindeki düşünce kontrol stratejilerinin kullanımı depresif bozukluk tanılı hastalarda belirgindir (Halvorsen ve ark., 2015).

Depresif bozukluk üstbilişsel modelle incelendiğinde ruminasyonun faydalı olduğuna ilişkin olumlu üstbilişlerin, ruminasyonun kontrol edilemediği ve zararlı olduğuna ilişkin olumsuz üstbilişlerin kritik rol oynadığı vurgulanmaktadır. Bu iki tür üstbiliş, bireyin düşünce

süreçlerini nasıl yöneteceğini ve depresif belirtilerle nasıl başa çıkacağını etkilemektedir (Huntley ve Fisher, 2016). İçsel tetikleyiciler, ruminasyonu artıran olumlu üstbilişleri etkinleştirmektedir. Olumlu üstbilişler, depresif belirtilere yanıt aramayı teşvik eden ruminasyonlara yol açar ve bu da depresif duygudurumun süresini uzatabilir. Süreç ilerledikçe beklendiği gibi olumsuz üstbilişler de aktif hale gelmektedir. Kontrol edilemezliğe olan inanç güçlendikçe ruminasyon, tehdit taraması ve işlevsiz başa çıkma stratejileri daha etkili hale gelir. Olumsuz üstbilişler ve bunların tetiklediği işlevsiz ruminatif süreçler, olumsuz düşünce ve duyguları daha belirgin hale getirerek depresif belirtilerin devam etmesine olanak tanımaktadır (Cano-López ve ark., 2022).

Depresyon ve Üstbilişsel Model Üzerine Yapılmış Bazı Çalışmalar

Depresif bozuklukta bilişsel ve üstbilişsel inançlardaki değişiklikleri inceleyen bir çalışmada takipli 84 majör depresyon hastası başvuru anında, 4 hafta sonra, 6 ay sonra ve 3,5 yıl sonra değerlendirilmiştir. Klinik değerlendirmelerde kullanılan Hamilton Depresyon Ölçeğindeki değişikliklerin hem "işlevsiz tutumlar" (bilişsel teori kapsamındaki ara inançlar) hem de üstbilişsel inanışların "düşüncelerin kontrol edilemezliği ve tehlikeliliği" alt boyutundaki değişimlerden orta-güçlü düzeyde etkilendiği gösterilmiştir. Sonuç olarak uyumsuz üstbilişsel inanışlardaki değişikliklerin uzun vadede Hamilton Depresyon Ölçeğindeki değişiklikler üzerine etkili olduğu gösterilmiştir (Faissner ve ark., 2018).

DSM-IV'e göre tekrarlayan depresif bozukluk tanısı alan 14 hastada yapılan bir çalışmada, yarı-yapılandırılmış klinik görüşmeler kullanılarak ruminatif düşünceler, olumlu ve olumsuz üstbilişler tespit edilmiş ve ruminasyonun hem olumlu hem de olumsuz üstbilişsel inançlarla yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir. Hastalar ruminasyonun avantajları (olumlu üstbiliş) ve dezavantajları (olumsuz üstbiliş) olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada her ne kadar üstbilişlerin değerlendirilmesinde nicel yöntemler kullanılmamış olsa da tekrarlayan depresyonda üstbilişlerin ruminasyon ile ilişkisinden dolayı tedavi için bir hedef olabileceği görüşü ortaya çıkmıştır (Papageorgiou ve Wells, 2001).

84 majör depresyon hastasına depresyon ile ilgili üstbilişsel eğitimlerin (*Metacognitive Training for Depression, D-MCT*) verildiği bir randomize kontrol çalışmasında, üstbilişsel eğitim ve müdahalelerin depresif belirtiler, üstbilişsel inançlar ve hayat kalitesi üzerine olumlu etkilerinin olduğu belirlenmiştir. Müdahaleler tek başına bir müdahale olarak değil, ek bir müdahale olarak uygulanmış olsa da yakınmalar ve hayat kalitesi üzerine olan etkisi D-MCT'nin faydalarını ortaya koymuştur (Jelinek ve ark., 2019).

Depresif bozuklukların tedavisinde hem bireysel hem de grup Metakognitif Terapi (MKT) etkinliğini araştıran çalışmalar, MKT'nin depresif bozukluklarda etkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmalarda 6 aylık takipte iyilik halinin devam ediyor oluşu dikkat çekicidir (Dammen ve ark., 2015; Hagen ve ark., 2017). Wells ve arkadaşları 6 ay antidepresan tedavi alıp yanıt alınamayan hastaları tedaviye dirençli depresyon olarak kabul etmiş ve bu hastalara MTK uygulamışlardır. Çalışma sonuçlarına göre hem depresyon hem de üstbiliş skorlarında anlamlı düşüş gözlemişler, 6 ve 12 aylık takiplerde de iyilik halinin korunduğunu ortaya koymuşlardır (Wells ve ark., 2012).

2009 yılında yapılan depresif bozukluklarda MKT'nin etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmada, katılımcılara 1 saati geçmeyecek şekilde 6-8 seans MKT uygulanmıştır. Katılımcılar ilk değerlendirme ve terapi seansları sonrasında Hamilton Depresyon Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Envanteri, Üstbiliş Ölçeği-30 ve ruminasyonun değerlendirildiği ölçekler ile değerlendirilmiştir. Katılımcılar ayrıca seansların sonlandırılmasından sonraki 3 ve 6 ay sonra da değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda MKT'nin depresif bozukluk tedavisinde kullanılabilecek etkili bir yöntem olduğu ve iyilik halinin 3. ve 6. aylarda da devam ettiği ortaya çıkmıştır (Wells ve ark., 2009).

Normann ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptıkları, 9'u kontrollü olmak üzere 16 çalışmanın ve 384 katılımcının tarandığı, MKT'nin depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarındaki etkinliğini inceledikleri meta-analiz çalışmasında, MKT'nin bilişsel davranışçı terapilere göre daha etkili olduğu bulunmuştur (Normann ve ark., 2014).

Anksiyete Bozuklukları ve Üstbilişsel Model

Wells, anksiyete bozuklukları alt türlerinin başlangıç özelliklerinin birbiri ile örtüştüğünü ifade etmektedir (Wells, 2011). Anksiyete bozukluklarının temel bilişsel unsuru "endişe", yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) söz konusu olduğunda birden çok alanda karşımıza çıkmaktadır (Wells, 2011). YAB üstbilişsel modelinde, "dünyanın tehlikeli bir yer olduğu" gibi uyumsuz inançların ön planda olduğu bilişsel teoriden farklı olarak üstbilişsel inançlar ve bu inançları değerlendirme ihtiyacı ön plana çıkmaktadır (Wells, 1999). Wells, kaygının ortaya çıkmasında en önemli faktörün, düşünme süreçlerine ilişkin olumlu ve olumsuz inançları içeren ve bilişsel sistemi yöneten üstbiliş olduğunu belirtmektedir. Anksiyete bozukluklarında endişe ve tehdit taramasının ön planda olması bu durumlarla ilişkili BDS bileşenlerinin devreye girmesine neden olmakta, bu da anksiyete belirtilerinin devam etmesine yol açmaktadır (McEvoy, 2019). Olumsuz üstbilişlerin sürekliliği aynı zamanda kişide psikolojik, fiziksel ve sosyal sorunların da nedeni gösterilmektedir (Capobianco ve ark., 2020).

Çevresel durumlarda, sosyal durumlarda ve sağlık durumlarında olumsuz düşüncelere tepki olarak ortaya çıkan endişe tip-1 endişe olarak tanımlanmaktadır. Tip-1 endişenin ortaya çıkmasının temel nedeni, kaygının "tehlikelerle baş etmek, onlara hazırlıklı olmak veya korunmak" için gerekli olduğuna dair olumlu üstbilişlerdir (Wells, 1999). Tip-1 endişenin yanı sıra üstbilişin de etkisiyle ortaya çıkan tehdit tarama ve işlevsiz başa çıkma stratejileri, BDS bileşenlerinin etkinleşmesiyle daha da güçlenmektedir (Wells, 2006). Tip-1 endişe ve tehdit taraması içsel hedefleri karşılamaktadır ve bu aslında kaygının azalmasına yol açmaktadır ancak kaygının azalması burada avantajlı bir durum değildir. Kaygı azaldığı için bireylerde var olan tehdit algısı devam etmektedir. Bu durumda duygusal işleme engellenmekte olumlu üstbilişlerin aktivasyonu devam etmektedir. Olumlu üstbilişlerin sürekliliği, olumsuz üstbilişlerin gelişmesine ve yerleşmesine neden olmaktadır. Olumsuz üstbilişlerin endişenin tehlikesi ve kontrol edilemezliği temalarını içerdiği savunulmaktadır. YAB belirtilerinden sorumlu olan olumsuz üstbilişler, meta-endişe veya tip-2 endişe olarak tanımlanmaktadır (Wells, 2005). Yüksek düzeydeki olumlu-olumsuz üstbilişsel inançların

kaygının gelişimi için başlıca risk faktörü olabileceği ve zaman içerisinde kaygının gelişimini öngördüğü düşünülmektedir (Ryum ve ark., 2017).

Kişide yerleşik hale gelen olumsuz üstbilişler, uygunsuz başa çıkma stratejilerinin aktivasyonuna neden olmaktadır. Bunlar davranışsal ve düşünce kontrol stratejileridir. Kaçınma davranışı, güvenlik arayışı, hipnotik (alkol-uyuşturucu) kullanımı, dikkati sürekli farklı şeylere odaklamaya çalışmak gibi davranışsal stratejiler, kişilerin kaygının tehlikeli olmadığını ve kontrol edilebileceğini fark etmelerini engellemektedir. Kaygının zararsızlığı fark edilmediğinde anksiyete bozukluğu devamlılık göstermektedir. İnsanların kaygıya ilişkin hem olumlu hem de olumsuz üstbilişlere sahip olması bir çelişki yaratmaktadır (S-REF çelişkisi). Bu çelişki düşünce kontrol stratejileriyle ortadan kaldırılmaya çalışılsa da başarıya ulaşılamamaktadır. Sonuç olarak kontrol edilemezlik üstbilişi güçlenmektedir (Wells ve Carter, 2001).

Anksiyete Bozuklukları ve Üstbilişsel Model Üzerine Yapılmış Bazı Çalışmalar

YAB, sosyal kaygı bozukluğu (SKB), panik bozukluğu (PB) ve depresif bozukluklar üzerine yapılan bir çalışmada olumlu üstbilişler açısından gruplar arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Ancak YAB hastalarında, düşüncelerin kontrol edilemezliği ve tehlikeliliğine ilişkin olumsuz üstbilişler açısından diğer hastalık grupları ve kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek sonuçlar elde edildiği görülmüştür. Depresif hastalarda olumsuz üstbilişler açısından PB hastaları ile benzer sonuçlar elde edilirken, SKB hastalarına ve kontrol grubuna göre daha yüksek puanlar tespit edilmiştir. Bu bulgular YAB'nin farklı endişe içeriklerine sahip yüksek düzeyde olumsuz üstbilişler sergilediğini göstermektedir. PB hastalarında, sağlıkla ilgili kaygılar ile ilgili orta düzeyde olumsuz üstbilişler mevcutken SKB hastalarında, sosyal kaygılar ile ilgili daha fazla olumsuz üstbilişler bulunduğu, depresif hastaların sosyal kaygılar ile ilişkili orta düzeyde olumsuz üstbilişler sergiledikleri ortaya çıkmıştır. Sonuç olarak, endişenin üstbilişsel inançlar ile yakından ilişkili olduğu ve üstbilişsel inanışların tedavideki hedeflerden birisi olabileceği vurgulanmıştır (Wells ve Carter, 2001).

2009 yılında yapılan bir çalışmada toplamda 180 YAB, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve depresyon hastalarının üstbilişsel profilleri incelenmiş ve şu bulgulara ulaşılmıştır. YAB hastalarının düşüncelerinin kontrol edilemezliği ve tehlikesi konusunda olumsuz üstbilişlere odaklandıkları belirlenmiştir. OKB hastalarında bilişsel öz farkındalığın daha yüksek düzeyde olduğu ortaya çıkmıştır. Depresyon hastalarında endişe ile ilişkili olumlu üstbilişlerin OKB hastalarına göre daha yüksek olduğu ve endişenin genel olarak ruminatif nitelikte olduğu belirlenmiştir (Barahmand, 2009).

Sosyal kaygı bozukluğu üzerine 868 katılımcıyla yapılan bir araştırma, üstbilişlerin hem sosyal kaygıyı hem de kişinin sosyal durumlarda kendisini değerlendirme biçimini yordadığını göstermiştir. Bu bulgular, üstbiliş üzerine odaklanmanın sosyal kaygı bozukluğunun tedavisinde önemli bir strateji olabileceğini göstermektedir (Nordahl ve ark., 2022).

PB ve OKB olan hastaların incelendiği bir çalışmada, "düşüncelerin kontrol edilemezliği ve tehlikeliliği" ve "düşünceleri kontrol etme ihtiyacı" gibi üstbilişlerin her iki grupta da sağlıklı bireylere göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. İlginçtir ki, PB ile OKB arasında üstbiliş puanları açısından anlamlı bir fark görülmemiştir. Ayrıca PB hastalarında endişeye ilişkin olumsuz üstbilişlerin beklenti kaygısı ile güçlü bir ilişkisi olduğu vurgulanmıştır (Cucchi ve ark., 2012).

MKT'de sıklıkla kullanılan "Dikkat Eğitimi Tekniği" (ATT) üzerine yapılan çalışmalar bu tekniğin etkilerini açıkça ortaya koymuştur. Araştırmalar, ATT'nin kendine aşırı odaklanmayı azaltmada, kaygı düzeylerini düşürmede, ağrıya karşı aşırı duyarlılığı hafifletmede ve istenmeyen, girici (*intrusive*) düşünceleri kontrol etmede oldukça etkili olduğunu göstermiştir (McEvoy, 2019).

Anksiyete bozukluğu olan 44 çocuk ve ailelerin katılımıyla yaklaşık 2 yıl grup MKT'nin uygulandığı bir çalışmada, tedavi sonrasında çocukların %86,4'ünde primer anksiyete bozukluğunun iyileştiği ve %72,7'sinde herhangi bir anksiyete bozukluğu tanısı konmadığı saptanmıştır. 6 ay sonraki takiplerinde ise bu oranların sırasıyla %75 ve %66

olduğu görülmüştür. Aynı çalışma farklı Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) müdahaleleri sonrasında bu oranın %59 olduğunu dolayısıyla MKT'nin çocuklarda anksiyete bozukluklarında etkili bir tedavi yöntemi olduğunu vurgulamıştır (Esbjørn ve ark., 2018).

Daha önce tedaviye yanıt vermemiş ve birden fazla anksiyete bozukluğu tanısını karşılayan 74 olguyla yapılan bir çalışmada MKT ile BDT etkinliği karşılaştırılmıştır. Olgular rastgele bir şekilde tedavi programlarına alınmış ve tedavi öncesi, tedavi sırası ve tedavinin sonlandırılmasından 1 yıl sonra tekrar değerlendirilmiştir. Sonuçlar MKT'nin kaygı düzeylerini azaltmada daha hızlı etkili olduğunu göstermiştir. Daha hızlı etki etme sebebi olarak BDT'de bozukluğa özgü modeller kullanmak gerekirken, MKT'de bozukluğa özgü olmayan genel bir modellerin kullanılabilmesi olduğu düşünülmüştür. Erken dönemde MKT, birden fazla anksiyete bozukluğu olan hastalar açısından daha kolay öğrenilebilir görünmektedir. 1 yıl sonraki değerlendirmede iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Her iki terapi yönteminde de 1 yıl sonra etkinliğin devam ettiği görülmüştür. Ayrıca kişilik problemlerindeki iyileşmenin MKT grubunda daha fazla olduğu belirtilmiştir (Johnson ve ark., 2017).

Anksiyete bozuklukları üzerine yapılan bir çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlük ve olumsuz üstbilişler incelenmiştir. Sonuçlar, belirsizliğe tahammülsüzlüğün, kaygıyı tahmin etmede olumsuz üstbilişlerden daha etkili bir aracı olabileceğini göstermiştir (McEvoy ve Mahoney, 2013). Benzer bir çalışma ergen katılımcılarla yapılmış ve hem olumlu hem de olumsuz üstbilişlerin ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün kaygıyı yordamada etkili olduğu görülmüştür. Ancak olumsuz üstbilişlerin etkisinin daha güçlü olduğu ifade edilmiştir (Thielsch ve ark., 2015).

126 YAB tanılı katılımcıyla yapılan bir çalışma MKT ile Belirsizliğe Tahammülsüzlük Terapisini karşılaştırmayı hedeflemiştir. Katılımcılar tedavi öncesi, tedavi sonrası ve 6 ay sonra değerlendirilmiştir. MKT uygulanan grubun %91'inin; Belirsizliğe Tahammülsüzlük Terapisi uygulanan grubun %80'inin tedavi sonrası YAB tanı kriterlerini karşılamadığı ortaya çıkmıştır. MKT'nin daha etkili sonuçlar verdiği belirtilmiştir. Mevcut

çalışmanın sonuçları hem MKT hem de Belirsizliğe Tahammülsüzlük Terapisinin YAB için etkili tedaviler olduğunu göstermektedir. Her iki tedavi de YAB semptomlarında (yani endişe-*worry*, sürekli kaygı-*trait anxiety*) ve eşlik eden şikayetlerde tedavi öncesinden tedavi sonrasına ve tedavi öncesinden takip dönemine kadar önemli azalmalar meydana getirmiştir, Genel olarak MKT, hem tedavi sonrasında hem de takip değerlendirmesinde Belirsizliğe Tahammülsüzlük Terapisinden daha iyi sonuçlar üretmiştir (van der Heiden ve ark., 2012).

Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Üstbilişsel Model

Wells BDS'nin ruhsal bozuklukların gelişiminde ve sürmesinde önemli rol oynadığını vurgulamaktadır. BDS, obsesif-kompulsif bozuklukta (OKB) düşüncelere yönelik ruminatif ve derinlemesine düşünme ile ilişkilidir. BDS etkinleştiğinde, bilişsel ve duygusal uyaranların izlenmesi artar. Uyaranın tehdit edici yönlerine ilişkin farkındalık oluşur. Bu durum düşünceleri nötralize etmeye yönelik stratejilerin, etkisizleştirme eylemlerinin ve ritüellerin ortaya çıkmasına neden olur. Süreçte düşüncelerin geçici doğasını anlamakta zorluk yaşanır. Düşüncelere verilen önem artar, tehdit algısı güçlenir (Wells, 2011).

OKB'nin oluşumunda ve sürmesinde bilişsel farkındalığın kritik bir rol oynadığı gösterilmiştir. Bilişsel farkındalığın artması düşüncelere daha fazla dikkat edilmesi ve olumsuz düşüncelere sürekli göndermeler yapılması ile sonuçlanır. Sıradan uyaranlar rahatsız edici takıntılara dönüşür (Janeck ve ark., 2003). Takıntılı düşüncelere sahip olanlar, tehdit ve tehlikeden kaçınmak için kaygıyı ve ritüelleri kullanırlar. Bahsedilen bu süreçler BDS kavramları çerçevesinde şekillenir ve üstbilişsel inançlar tarafından yönlendirilir. Endişe, ruminasyon ve gizli/açık ritüeller bireylerin baş etme yöntemlerini temsil eder ve OKB'de görülen davranışsal tepkiler olarak ortaya çıkar (Wells, 2013b).

OKB'de BDS'yi aktive eden ve yönlendiren birden fazla üstbilişsel inanç alanı vardır. Bunlar, tüm bozukluklarla ilgili olan genel işlevsiz üstbilişsel inançlar ve OKB'ye özgü üstbilişsel inançlar olarak ikiye ayrılabilir. Genel işlevsiz üstbilişsel inançlar, olumlu ve olumsuz inançlardan oluşur. Burada olumlu inançlar, ısrarcı düşünme ve tehdit izlemenin algılanan faydalarıyla ilgilidir (örneğin, "Kapı kilitliyse endişelenmek beni güvende tutar"

veya "Zihnimi rahatsız edici düşüncelere karşı izlemek beni hazırlıklı tutar"). Olumsuz inançlar, endişe ve ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesiyle ilgilidir (örneğin, "Endişelerim üzerinde hiçbir kontrolüm yok"). Her iki inanç seti de kalıcı endişe, ruminasyon ve tehdit izleme ile bilişsel öz-düzenlemeyi bozduğu için psikolojik bozuklukları sürdürür (Grøtte ve ark., 2016).

OKB'ye özgü üstbilişsel modelde üç ana inanç alanına odaklanılmıştır. Bunlar füzyon (kaynaşma) inançları, ritüellere ilişkin inançlar ve dur sinyallerine ilişkin inançlardır. Düşüncelerin önemi ve etkisi ile ilgili inançlar füzyon veya kaynaşma inançları olarak adlandırılmaktadır. İstenmeyen düşünceler dile getirildiğinde kaynaşma inançları devreye girmekte ve bu düşüncelerin kişi üzerindeki etkileri artmaktadır. Düşünce kaynaşması ise girici düşüncelere sahip olma ile düşüncelerin eyleme geçirildiğine veya düşüncelerin gerçekleşme olasılığının arttığına inanılmasıdır (Shafran ve Rachman, 2004). Düşünce kaynaşmasında, bir olay hakkında düşünmenin o olayın gerçekleşmesine neden olduğu inancı vardır. Düşünce füzyonunu ilk tanımlayan kişi Rachman'dır. Wells de düşünce kaynaşmasının üstbilişsel bir süreç olduğunu savunmuştur (Fisher ve Wells, 2008).

Ritüellerle ilgili inançlar, OKB'de üstbilişsel modelin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Ritüellerle ilgili inançlar başa çıkma davranışlarını şekillendiren unsurlar hakkındaki inançlardır. Ritüeller gerçekleştirilince düşüncelerin, dürtülerin ve duyguların kontrolü ile ilgili yorumlar yapılır. Bireyin belirlediği fiziksel ve zihinsel koşulların sağlanmasına ilişkin kişisel kurallar da bu ritüellerle ilgili inançlar olarak değerlendirilmektedir. Ritüellerin yorumlanmasındaki amaç ise dur sinyali olarak algılanacak durumlara hazırlıklı olmaktır (Myers ve ark., 2009).

Açık ve gizli ritüeller için belirlenen durdurma kriterlerine (durdurma sinyalleri) bağımlı hale gelinmektedir. OKB ile takipli kişiler güvende olduklarını anlamakta zorlanırlar. Dur sinyalleri belirsizliklerle başa çıkmak için bir araç görevi görmektedir. Dur sinyalleri için kriterler belirlenir (örneğin ellerimi 5 dakika yıkamam gerekiyor) ancak kriterleri karşılamakta zorlanılır. Kriterleri karşılamak zorlaştıkça endişe ve düşüncelere atfedilen önem

artar (Wells, 2011). İç ve dış tetikleyiciler üstbilişsel inançları harekete geçirerek düşüncelerin anlam ve önemini ön plana çıkarır. OKB'de inançlar aşırı değer verilmiş ve işlevsiz düşüncelerle beslenir. Genellikle içsel deneyimlerin dış dünyayı doğrudan etkilediği düşüncesi olan füzyon inançları süreçte etkilidir. Üstbilişler etkinleştirildiğinde, girici düşünceler tehdit olarak algılanır ve olumsuz değerlendirilir. Sonucunda ise kaygı, suçluluk ve öfke gibi yoğun duygular açığa çıkar. Duygusal tepkinin yoğunluğu ritüellerin güvenliği sağlamaya yönelik inançlarıyla şekillenmektedir (Wells, 2011). Ritüellerle ilgili inançlar ya da kurallar devreye girdiğinde açık ya da örtülü davranışlar sergilenmeye başlar. Ortaya çıkan davranışlar tehdit hissini azaltmak, sıkıntıyı hafifletmek ve duyguları kontrol etmek için yapılmaktadır. Açık ritüeller, kontrol etme, sıralama, tekrarlama, yıkama, nesnelere dokunma, kaçınma ve yavaş hareket etme gibi eylemleri içerirken; gizli ritüeller, sözcüklerin zihinde tekrar edilmesi, sayılması, güvenli görüntülerin düşünülmesi, rahatsız edici düşüncelerin bastırılmaya çalışıldığı zihinsel uğraşılardır (Wells, 2011).

Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Üstbilişsel Model Üzerine Yapılmış Bazı Çalışmalar

Wells ve Papageorgiou tarafından 1998 yılında yapılan çalışmada obsesif kompulsif belirtiler ile üstbilişsel inançlar arasındaki ilişki, herhangi bir klinik belirtisi olmayan katılımcılar üzerinde araştırılmıştır. Kaygı kontrol altına alınsa bile üstbilişsel inançların obsesif ve kompulsif belirtileri öngörmede önemli rolü olduğu bulunmuştur (Wells ve Papageorgiou, 1998).

Clark ve arkadaşları tarafından 2003 yılında yapılan çalışmada obsesif belirtiler ile uyumsuz üstbilişsel inançlar arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmada üstbilişsel inançların üç ana faktörü tespit edilmiştir: Zihinsel kontrolün olasılığı ve önemi, müdahalelerin kontrol edilememesinin olumsuz değerlendirilmesi ve müdahalelerin olumlu yorumlanması. Düşünce kontrolüne ilişkin olumsuz üstbilişsel inançların benlikle uyumlu ve obsesif düşüncelerle pozitif korelasyon gösterdiği belirlenmiştir. Özellikle düşünce kontrolüne ilişkin inançların obsesif düşünceleri arttırdığı tespit edilmiştir (Clark ve ark., 2003).

OKB hastalarını kontrol grubuyla karşılaştıran başka bir çalışmada ise, düşüncelerin kontrol edilemeyeceği, düşüncelerin tehlikeli olduğu ve bazı düşüncelerin olumsuz sonuçlara yol açacağına dair inançların OKB grubunda daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Bu nedenle OKB hastalarının kontrol grubuna kıyasla düşüncelerini daha sık takip ettikleri ve bilişsel becerilerine daha az güvendikleri tespit edilmiştir (Hermans ve ark., 2003).

2004 yılında yapılan OKB belirtileri ile sorumluluk ve kaynaşma inançları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, kaynaşma inançlarının OKB belirtilerini sorumluluk inançlarına göre daha güçlü yordadığı ortaya koyulmuştur. Çalışmadan çıkan başka bir sonuç ise üstbilişlerin etkisi ortadan kaldırıldığında sorumluluk inançlarının OKB belirtileri üzerinde etkisinin olmadığıdır (Gwilliam ve ark., 2004).

Myers ve Wells (2005), endişe, sorumluluk ve üstbilişler ile ilgili yaptıkları çalışmalarında endişe kontrol altına alındığında bile sorumluluk ve üstbilişsel inançların obsesif belirtilerle pozitif ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Üstbilişsel inançlar ve endişe kontrol altında tutulduğunda ise sorumluluk inançlarının obsesif belirtilere katkıda bulunmadığı ortaya çıkmıştır. Üstbilişsel inançların ise endişe ve sorumluluktan bağımsız olarak obsesif belirtileri yordadığı sonucu ortaya çıkmıştır. Düşüncelerin kontrol edilmesi, düşüncelerin kontrol edilemezliği ve kaynaşmaya ilişkin üstbilişsel inançların obsesif belirtilerle doğrudan bağlantılı olduğu belirlenmiştir (Myers ve Wells, 2005).

Solem ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılan çalışmada, üstbilişsel inançların obsesif ve kompulsif belirtileri yordayabildiği ortaya koyulmuştur. Klinik grup, klinik olmayan gruba kıyasla daha yüksek üstbilişsel puanlar elde etmiştir. Tehdit, sorumluluk, mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük gibi bilişsel alanlar ile kaynaşma ve ritüellere ilişkin üstbilişlerin de kaygı kontrol altında tutulduğunda dahi semptomlara katkıda bulunduğu belirlenmiştir (Solem ve ark., 2010).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Üstbilişsel Model

Üstbilişsel modele göre travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) gelişiminde düşünce içeriklerinden ziyade düşünce süreçleri etkilidir. Duygusal işleme, doğal bir refleks

adaptasyonu ile başlamasa da süreci etkileyen birçok iç ve dış faktör bulunmaktadır. Travma sonrasında endişe, ruminasyon gibi düşünce biçimleri ortaya çıkmakta, tehdit izleme stratejileri uygulanmakta ve belirtilerin olumsuz yorumlanmasına yol açan inançlar gelişmektedir. İç faktörler bilişsel, duygusal veya durumsal kaçınma yollarını içermektedir. Tepkilerin olumsuz değerlendirilmesine katkıda bulunan sosyal faktörler gibi dış faktörler de sürecin parçasıdır (Myers ve Wells, 2015).

Düşünce ve davranışları yönlendiren bilgilerin (üstbilişlerin) çoğu bilinç seviyesine ulaşmaz. Bu üstbilişler; "Hazırlıklı olmak için endişelenmeliyim", "Bu olayın neden başıma geldiğini anlamak için travmanın tüm ayrıntılarını hatırlamalıyım", "Tüm tehlikelere karşı tetikte olmalıyım", "Eğer çok dikkatli olursam olası tehditlere karşı hazırlıklı olacağım" ve "Düşüncelerimle baş edemiyorum." gibi inanışlardır. Üstbilişsel inanışlar, bireyin travma, tehdit ve kendi tepkileri üzerine sürekli düşünmesine neden olmaktadır. Endişe, ruminasyon, tehdit izleme ve uyumsuz düşünce kontrol stratejilerinin süreklilik göstermesi durumunda tehdit algıları güçlenir ve uyum sürecinin oluşması engellenir (Wells, 2011). TSSB üstbilişsel modeline göre istemsiz gelen rahatsız edici düşünceler ve aşırı uyarılma gibi belirtiler travma sonrası normal tepkiler arasındadır. Geriye dönüş (flashback) gibi belirtiler, travmayla baş etmenin ilkel bir yolu olan zihinsel simülasyonları gerçekleştirmektedir. Geçmiş olayları tekrar tekrar analiz etmek veya gelecekte olabilecek benzer olaylar hakkında endişelenmek, daha tutarlı zihinsel simülasyonların oluşmasını engellemektedir (Wells, 2011). Süreklilik gösteren kaygı ve dikkatteki artış, en ufak belirtilerin bile tehdit olarak algılamasına neden olur. Tehditlerin gerçekleşmemesi, stratejilerin yararlı olduğuna dair inançları güçlendirebilir. Sonuç olarak kaygı ve dikkat durumunun işe yaradığı düşünülür. Düşüncelerden kaçınmadaki başarısızlık ise travmayla ilişkili düşüncelerin asla kontrol edilemeyeceği yönündeki olumsuz inançları güçlendirmektedir (Wells, 2011).

Travma ve sonrası ile ilgili belirli üstbilişsel inançlara sahip olmak ve yaşanan strese yanıt olarak BDS etkinleşmektedir. Endişe yoluyla tehditlere hazırlıklı olunabileceği (olumlu inanç) ya da sürekli endişenin ruhsal çöküntüye yol açabileceği (olumsuz inanç) inançları

ortaya çıkmaktadır. Korkulan olayların gerçekleşmemesi olumlu inançları ve BDS döngüsünü daha da güçlendirmektedir (Myers ve Wells, 2015). Travma sonrası tepki olarak etkinleşen BDS, travmayı sürekli zihninde canlandırma ve eksik parçaların tamamlanmaya çalışılması sonucu ortaya çıkabilmektedir. Ancak zihinsel döngü adaptasyonu engellemekte ve yarar sağlamamaktadır (Wells, 2013a).

MKT diğer terapi ekolleri gibi travmayı yeniden yaşama ya da travmayla ilgili düşünceleri sorgulamaya dayanmamaktadır. MKT, hastaların üstbilişsel farkındalık kazanmalarına ve endişe, ruminasyon, aşırı dikkat gibi işlevsiz düşünce kalıplarından kurtulmaya odaklanmaktadır. Böylece travma sonrası doğal bilişsel ve duygusal iyileşme süreçlerinin önündeki engeller kaldırılmakta ve uyum sağlanmaktadır (Wells ve Sembi, 2004).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Üstbilişsel Model Üzerine Yapılmış Bazı Çalışmalar

Wells ve arkadaşları 2015 yılında yaptıkları bir çalışmada MKT'yi uzun süreli maruz bırakma terapisiyle karşılaştırmışlardır. Ortaya çıkan sonuçlar her iki terapinin de etkili olduğunu, üstbilişsel terapinin ise daha hızlı ve daha güçlü sonuçlara ulaştığını ortaya koymuştur (Wells ve ark., 2015).

Takarangi ve arkadaşlarının (2017), üstbilişsel işlevlerin TSSB gelişme riski üzerindeki etkilerini araştırdıkları çalışmada, katılımcıların mevcut üstbilişsel inançları değerlendirilmiştir. Travmaya maruz kalmayla ilgili üstbilişler ve TSSB belirtileri 12 hafta sonra yeniden değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre daha fazla TSSB belirtisi olan katılımcıların, daha az belirti gösteren katılımcılara göre daha sorunlu üstbilişlere sahip olduğunu ortaya çıkmıştır. Ek olarak, travma öncesi uyumsuz üstbilişlere sahip bireylerin travma sonrası TSSB belirtileri yaşama olasılıklarının arttığı gösterilmiştir (Takarangi ve ark., 2017).

Nalipay ve Mordeno, 2018 yılında doğal afetlere maruz kalan bireylerle yaptıkları çalışmada, olumlu üstbilişsel inançların bazı boyutları ile travma sonrası büyümenin *(Post-traumatic growth, PTG)* tüm boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişkiler

bulmuşlardır. Ayrıca, sonuçlar doğal afet mağdurlarına yönelik müdahalelerin, sadece uyumsuz üstbilişsel özellikleri hedeflemenin ötesinde olumlu üstbilişsel inançlar geliştirmeyi hedefleyebileceğini göstermektedir (Nalipay ve Mordeno, 2018).

Psikotik Bozukluklar, Bipolar Bozukluk ve Üstbilişsel Model

Morrison (2001), psikotik belirtiler ve üstbilişsel model ile ilgili, olumlu üstbilişsel inançların varsanı ve sanrıların ortaya çıkmasıyla bağlantılı olduğunu belirtmiştir. Olumsuz üstbilişsel inançların ise psikotik deneyimlerle ilgili kaygıyla ilişkili olduğunu öne sürmüştür. Morrison'a göre psikoz hastalarında örneğin "sesler bana eşlik ediyor" gibi olumlu inançlar olabileceği gibi "sesler tehlikelidir" veya "sesler kontrol edilemez" gibi olumsuz inançlar da bulunabilir. Olumsuz üstbilişsel inançlar, uyarılma düzeylerinin artmasına ve güvenlik arama davranışlarının artmasına yol açarak varsanıların daha sık ortaya çıkmasına neden olabilir. Dolayısıyla bu süreç kısır bir döngüye dönüşebilir (Morrison, 2001). Psikoz hastalarının üstbilişsel becerileri genellikle zayıftır. Zayıf üstbilişsel beceriler psikotik belirtilerden ve nörobilişsel faktörlerden bağımsız olarak hastaların işlevselliğini, sosyal yaşamını ve mesleki başarısını doğrudan etkilemektedir (Lysaker ve ark., 2014). Üstbilişsel yeteneklerin, psikozun ilk atağında ortaya çıkan nörobilişsel ve işlevsel sonuçlar arasındaki bağlantılara aracılık ettiği gösterilmiştir (Davies ve ark., 2017)

Son zamanlarda üstbilişsel bozuklukların şizofreninin gelişiminde önemli rolü olduğu düşünülmeye başlanmıştır. Yapılan araştırmalar şizofreninin her aşamasında üstbilişsel eksikliklerin görüldüğünü ve hastalığın daha olumsuz seyir izlediğini göstermiştir. Bilişsel süreçlere katılımın yararları hakkındaki olumsuz düşünceler, kontrol edilemezlik konusunda yüksek beklentiler ve düşüncelerin tehlikeli olduğuna dair inançlar, işlevsel olmayan üstbilişsel inançlar arasındadır (Davies ve ark., 2017; Lysaker ve ark., 2020; Popolo ve ark., 2017).

Bipolar bozuklukta da üstbilişsel eksiklikler görülse de genellikle şizofreniye göre daha az şiddetli olduğu düşünülmektedir. Zihinsel durumları anlama yeteneğindeki eksiklikler, bipolar bozukluk ve şizofreni hastalarının dünyayla bağlantı kurmasını

zorlaştırmaktadır. Üstbilişsel eksiklikler sosyal olarak geri çekilmenin en uygun seçenek olarak görülmesine neden olmaktadır. Şizofreni hastalarında sosyal geri çekilme, başkalarının düşüncelerini net bir şekilde anlayamamaktan kaynaklanırken, bipolar bozukluğu olan bireylerde psikososyal zorluklara yanıt verirken üstbilişsel bilgiyi kullanmadaki zorluklarla ilişkilidir (Popolo ve ark., 2017).

Psikotik Bozukluklar, Bipolar Bozukluk ve Üstbilişsel Model Üzerine Yapılmış Bazı Çalışmalar

Bir çalışmada bipolar bozukluk hastalarının üstbilişsel inançlarının endişe ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Endişe hakkındaki olumlu üstbilişsel inançlar, kontrol edilemezlik ve algılanan tehlike hakkındaki inançlar ile kişinin düşüncelerini kontrol etme ihtiyaçları ise depresif dönemler ile ilişkilendirilmiştir. Hem depresyon hem de mani dönemlerinde bilişsel güvenin azaldığı ortaya çıkmıştır (Barbato ve ark., 2014; Sellers ve ark., 2017; Østefjells ve ark., 2017).

İki meta-analiz çalışmasının sonuçları, bipolar bozukluk hastalarının diğer insanların dürtülerini ve duygularını tanıma becerisinde eksiklikler yaşadığını göstermiştir. Üstbilişsel eksikliklerin sadece duygudurum dönemlerinde görülmemesi de ilgi çekici sonuçlar arasındadır (Bora ve ark., 2016; Samamé ve ark., 2015).

Bipolar bozukluk hastalarında daha önce geçirilmiş depresif atak sayısının olumsuz düşüncelere yol açabileceği ve atak sayısının üstbilişsel süreçlerde etkili olabileceği düşünülmektedir. Bipolar depresyon hastaları ile majör depresyon hastaları karşılaştırıldığında her iki grubun üstbilişlerinin (özellikle endişe ile ilişkili olanların) benlik saygısı, kaygı ve depresyonla yakından ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bipolar depresyon, unipolar depresyon hastaları ve sağlıklı bireylerin üstbilişlerini karşılaştıran bir çalışmada, bipolar depresyon grubunun bilişsel güven, düşünceleri kontrol etme ihtiyacı ile kontrol edilemezlik ve tehlike alanlarında diğer gruba göre daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür (Sarısoy ve ark., 2014).

Şizofrenide üstbilişsel inançları inceleyen çalışmalar, şizofreni tanısı alan kişilerin tüm üstbilişsel inanç kategorilerinde kontrol grubuna göre daha yüksek puanlara sahip olduğunu ortaya koymuştur. Psikotik deneyimlere yatkın bireylerde endişeye ilişkin olumlu inançlar, düşüncelerin kontrol edilemeyeceğine ilişkin olumsuz inançlar, düşüncelerin kontrol edilmesi gerektiği yönündeki olumsuz inançların yanı sıra bilişsel güvenin düşük olması gibi faktörler sıklıkla gözlenmektedir (Sellers ve ark., 2017).

Bir çalışmada psikoz riski taşıyan katılımcıların üstbilişsel inançları incelenmiş ve bulgulara göre, psikoz riski taşıyan kişilerin üstbilişsel inançları, psikotik bozukluğu olan kişilerle benzer özellik göstermiştir. Psikoz riski taşıyan katılımcıların üstbilişsel inançlarının sağlıklı katılımcılara göre daha işlevsiz olduğu görülmüştür (Barbato ve ark., 2014).

Yeme Bozuklukları ve Üstbiliş

Yeme bozuklukları ve yeme davranışlarında üstbilişsel inançlar önemli rol oynamaktadır. Ruminasyon ve endişe şeklindeki tekrarlayıcı düşüncelerin yeme bozuklukları ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Üstbilişsel inançlar ile yeme bozuklukları arasında olası bir bağlantının olduğu düşünülmektedir (Sun ve ark., 2017). Yeme bozukluk tanılı ve problemli yeme davranışları sergileyen kişiler, işlevsiz üstbilişsel inançlara sahiptir. Endişe hakkındaki olumsuz inançlar, düşünceleri kontrol etme ihtiyacı, bilişsel güven ve bilişsel öz farkındalık diğer psikopatolojik durumlarda olduğu gibi yeme bozukluklarıyla da yakından ilişkilidir (Sun ve ark., 2017).

Anoreksiya nervoza (AN) hastalarının, sağlıklı bireylere ve genel popülasyona göre genellikle endişe ile ilgili olumsuz üstbiliş düzeylerinin daha yüksek olduğunu bilinmektedir. Düşünceleri kontrol etme ihtiyacı, bilişsel güven ve bilişsel öz farkındalık gibi işlevsiz üstbilişsel inançlar anoreksiya nervoza hastalarında bulunmaktadır. AN hastaları ile genel popülasyon arasındaki üstbilişsel inançlardaki farklılıklar, AN hastalarının bilişsel-duygusal durumları kontrol etmeye yönelik uyumsuz çabalara daha yatkın olduğunu ve kendine odaklı dikkatin arttığını göstermektedir. Endişeye ilişkin olumsuz inançların, düşünceleri kontrol etme ihtiyacının ve bilişsel güvenin belirtilerin şiddetini belirleyen faktörler olduğu

gözlemlenmiştir. Düşünceleri kontrol etme ihtiyacına ilişkin inançlar ve bilişsel öz farkındalık açısından tanılar arasında fark bulunmamıştır (Palmieri ve ark. 2021).

Yeme Bozuklukları ve Üstbilişsel Model Üzerine Yapılmış Bazı Çalışmalar

McDermott ve Rushford (2011) tarafından yapılan AN hastalarının genel popülasyon ile karşılaştırıldığı araştırma sonucuna göre, anoreksiya nervoza hastalarının tüm üstbilişsel inançlarının anlamlı düzeyde işlevsiz olduğu belirlenmiştir. Çalışmada elde edilen dikkat çekici sonuç ise vücut kitle indeksi kontrol edildiğinde bile endişe ile ilişkili olumlu üstbilişler dışındaki üstbilişsel inançlar, istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puanlar almıştır (McDermott ve Rushford, 2011).

2015 yılında yapılan bir çalışmada ise, tipik anoreksiya nervoza hastalarında zayıf olma arzusunun, endişe ile ilişkili olumlu üstbilişler ve düşünceleri kontrol etme ihtiyacı tarafından anlamlı derecede pozitif yönde yordandığı görülmüştür. Atipik AN hastalarında zayıf olma arzusu, endişe ve bilişsel öz farkındalığın olumsuz üstbilişleri ile pozitif ilişki bulunmuştur. Kontrol grubunda zayıf olma arzusu yalnızca bilişsel öz farkındalıkla tahmin edilebilmiştir (Davenport ve ark., 2015).

Yeme bozuklukları ve üstbilişsel işlevler ile ilgili yapılmış üç çalışma, yeme bozukluğu tanıları genelinde üstbilişsel inançları karşılaştırmıştır. Çalışmaların bulguları şunları göstermektedir: AN hastaları, bulimia hastalar ile kıyaslanmış ve anlamlı düzeyde daha yüksek seviyelerde endişeye bağlı olumsuz üstbilişlere sahip oldukları ortaya koyulmuştur (Ruggiero ve Sassaroli, 2018). Bulimia nervoza (BN) hastalarının, tanımlanmamış yeme bozukluğu olan hastalarına göre endişe ile ilişkili anlamlı düzeyde daha yüksek düzeyde olumlu üstbilişlere sahip oldukları gösterilmiştir (Olstad ve ark., 2015). AN hastaları, hem BN hem de tanımlanmamış yeme bozukluğu hastalarına göre endişe ile ilişkili olumlu üstbilişler ve bilişsel güven açısından anlamlı derecede daha yüksek puanlar almıştır (Vann ve ark., 2014).

İntihar ve Üstbilişsel Model

Üstbiliş, kişinin kendi yeteneklerini değerlendirmesi ve stresli durumlara alternatif çözümler geliştirmesi açısından hayati önem taşımaktadır. Üstbilişsel işlevler, sorunların, olayların ve ilişkilerin yönetilmesi için stratejiler geliştirilmesine olanak tanımaktadır (Paris, 2002). İntihar karmaşık ve çok boyutlu bir olaydır. Özellikle zor yaşam olaylarıyla karşı karşıya kalındığı durumlarda intihara karşı savunmasız kalınabilmektedir (Sheehy ve O'Connor, 2002). Üstbilişsel işlevlerin, stresli yaşam olaylarıyla baş etme ve olaylar ile ilişkili kararlar almada önemli rolleri olduğu bilinmektedir. Problem çözme, problemler ile baş etme yeteneğindeki bozulmalar intihar riskini artıran kritik belirleyiciler arasında yer almaktadır. İntihara yatkın bireyler stresli durumlarla baş ederken problem çözmek yerine duyguları yönetmeye odaklanmaktadırlar (Edwards ve Holden, 2001). Problem çözme odaklı başa çıkma stratejilerinin uygulanabilmesi intihar riskini azaltmaktadır (Curry ve ark., 1992).

İntihar düşünceleri hem olumlu hem de olumsuz üstbilişsel inançlarla ilişkili olabilmektedir. İntihar düşünceleri istenmeyen, kontrol dışı gelişen ve bastırılmaya ya da kaçınmaya çalışılan deneyimler olarak karşımıza çıkmaktadır (Brådvik ve Berglund, 2011). İntihar düşünceleri içsel çatışmalara neden olan, kontrol altına alınmaya çalışılan zihinsel süreçlerdir (Kessler ve ark. 2005). İntihar düşüncelerine sahip bireyler sık sık bu düşüncelerle baş başa kalmaktadırlar. Ruminatif düşüncelerden kurtulma isteği intihar davranışını tetikleyen önemli bir faktör haline gelir. Kişinin zihninde çaresizlik ve sıkışmışlık duygusu ortaya çıkmaktadır (Kerkhof ve van Spijker, 2011).

İntihar ve Üstbilişsel Model Üzerine Yapılmış Bazı Çalışmalar

Vatne ve Naden (2012) tarafından yapılan bir çalışmada katılımcıların intihar düşüncelerine ilişkin "intihar düşünceleri, yaşamaya devam etmek için motivasyon sağlayabilir" gibi olumlu üstbilişsel inançlara sahip oldukları bulunmuştur. Bu durum intihar düşüncelerinin bazı bireyler için farklı anlamlar taşıyabileceğini düşündürmektedir (Vatne ve Nåden, 2012).

Bir çalışmada bipolar bozukluk veya majör depresyon tanısı alan katılımcılardan intihar görüntüleri hakkındaki düşüncelerini ifade etmeleri istenmiştir. Bu çalışmada intiharla

ilgili sözel düşüncelerin ve zihinsel imgelerin içeriğini ve niteliklerini değerlendiren bir klinisyen tarafından yönetilen yapılandırılmış bir görüşme metodu (Suicidal Cognitions and Flashforward Interview) kullanılmıştır. Sorular, katılımcıların kendilerini en umutsuz veya intihara meyilli hissettikleri zamanlar gözetilerek sorulmuş ve sözel (örn. cümleler) ve zihinsel imgeler (örn. akla gelen resimler) değerlendirilmiştir. Görüşme kontrol listesi kullanılarak oluşturulmuş 4 farklı soruya 1 ila 9 arasında puanlar vermiştir. Katılımcıların en kötü zamanlarında intiharla ilgili herhangi bir sözel veya görsel yorumlarının olup olmadığı değerlendirilmiştir. Katılımcılar bu görsellerle ilgili hem "Onları düşündükçe kurtulacağım" gibi olumlu yorumlarda bulunmuş hem de "Görüntüleri düşündükçe ölecekmişim gibi hissediyorum" gibi olumsuz yorumlarda bulunmuştur (Hales ve ark., 2011).

İntihar girişimi olan ve olmayan majör depresyon hastalarının üstbilişlerinin karşılaştırıldığı çalışmada, intihar girişimi olan grupta düşüncelerin kontrol altında bulunması gerektiği inancı, düşüncelerini kontrol edememenin bir zayıflık olduğu inancı ve bazı düşüncelerin kendileri için kötü olduğuna dair inançları olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, intihar girişimi olan grubun belleklerine ve bildiklerine duydukları güvenin, girişimi olmayan gruptan daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Ak ve ark., 2013).

Sonuç

Üstbilişsel süreçlerin psikopatolojilerin ortaya çıkışında ve sürdürülmesinde oynadığı rol, son yıllarda psikoloji literatüründe önemli bir yer edinmiştir. Flavell'in (1979) üstbilişin temel bileşenleri üzerine yaptığı sınıflandırma, bireyin kendi bilişsel süreçlerini nasıl izlediği ve yönlendirdiği konusunda kapsamlı bir anlayış sunmaktadır. Üstbilişsel bilgi, deneyimler, stratejiler ve hedefler gibi bileşenlerin her biri, düşünce süreçlerini ve bu süreçlerin kontrolünü nasıl algıladığına dair önemli bilgiler sunmaktadır. Özellikle bildirimsel, prosedürel ve koşullu bilginin üstbilişsel farkındalıkla ilişkisi, öğrenme ve problem çözme süreçlerinde hangi stratejilerin ne zaman ve neden kullanacağının anlaşılmasına yardımcı olmaktadır. Olumsuz üstbilişsel inançların, bireylerin işlevsiz düşünce kalıpları geliştirmesine yol açtığı ve bu durumun psikolojik sorunların ortaya çıkışında etkili olduğu

vurgulanmaktadır. Bu inançlar, ruminasyon ve sürekli endişe gibi bilişsel stratejilere neden olarak duygusal ve zihinsel süreçlerde aksaklıklara yol açabilir. Özellikle "Kendini Düzenleyici Yürütücü İşlev Modeli ve Bilişsel Dikkat Sendromu" kavramları, üstbilişin psikopatolojilerdeki rolünü açıklamada önemli modeller olarak karşımıza çıkmaktadır.

Depresif bozukluklarda, üstbilişsel inançların ruminasyon ve olumsuz düşünce süreçleriyle ilişkili olduğu görülmektedir. Olumlu üstbilişsel inançlar, ruminasyonun faydalı olduğuna dair yanlış bir inanç yaratırken, olumsuz üstbilişsel inançlar ise bu düşüncelerin kontrol edilemezliği ve zararlılığı üzerine odaklanmaktadır. Bu durum, depresyonun şiddetini ve süresini artırarak bireyin işlevselliğini olumsuz etkilemektedir. Anksiyete bozukluklarında endişe ve tehdit taramasının ön planda olduğu ve bu durumun olumlu ve olumsuz üstbilişsel inançlarla desteklendiği belirtilmektedir. Özellikle YAB'de tip-1 ve tip-2 endişe kavramları, üstbilişin kaygının sürdürülmesindeki rolünü açıklar. Olumlu üstbilişsel inançlar, endişenin tehlikelerle başa çıkmada faydalı olduğuna inanırken, olumsuz üstbilişsel inançlar ise endişenin kontrol edilemezliği ve tehlikeliliği üzerine odaklanmaktadır. Obsesif kompulsif bozuklukta düşüncelerin önemine ve kontrol edilebilirliğine dair üstbilişsel inançlar, takıntılı düşüncelerin ve ritüellerin sürdürülmesinde kritik bir rol oynamaktadır. Düşünce kaynaşması ve ritüellere ilişkin inançlar, bireyin sürekli olarak tehdit algısını yüksek tutarak, kompulsif davranışların devam etmesine neden olur. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda üstbilişsel inançlar, bireyin travma sonrası yaşadığı belirtilerin anlamlandırılmasında ve bu belirtilerle başa çıkma stratejilerinin oluşumunda etkilidir. Endişe ve ruminasyonun sürdürülmesi, travmatik deneyimlerin sürekli yeniden yaşanmasına ve uyum sürecinin engellenmesine yol açabilir. Psikotik bozukluklar ve bipolar bozukluklarda da üstbilişin önemli bir rolü olduğu vurgulanmaktadır. Olumlu üstbilişsel inançlar, varsanı ve sanrıların ortaya çıkışını desteklerken, olumsuz üstbilişsel inançlar ise bu deneyimlerle ilişkili kaygıyı artırır. Üstbilişsel eksiklikler, bu bozukluklarda sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Yeme bozukluklarında üstbilişsel inançların etkisi görülmektedir. Özellikle endişe ile ilişkili olumsuz üstbilişsel inançlar, anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza gibi

bozuklukların sürdürülmesinde rol oynar. Düşünceleri kontrol etme ihtiyacı ve bilişsel güven eksikliği, yeme davranışlarının kontrolünde zorluklara yol açar. Son olarak, intihar düşünceleri ve davranışlarında üstbilişin rolü ele alınmıştır. İntihar düşüncelerine sahip bireylerin, bu düşünceleri kontrol edilemez ve tehlikeli olarak değerlendirdiği, bu nedenle de kaçınma ve bastırma stratejilerine yöneldiği belirtilmektedir. Bu stratejilerin başarısız olması ise çaresizlik duygusunu artırarak intihar riskini yükseltebilir.

Literatür incelemesinde üstbilişin psikopatolojilerin anlaşılmasında ve tedavisinde önemli bir kavram olduğu gösterilmektedir. Üstbilişsel inançların ve süreçlerin değerlendirilmesi, psikolojik müdahalelerin etkinliğini artırabilir ve bireylerin yaşam kalitesini iyileştirebilir. Metakognitif terapi yaklaşımları, bu inanç ve süreçlerin yeniden yapılandırılmasında etkili bir yöntem olarak öne çıkmaktadır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadığını beyan etmiştir.

Yazar Katkıları: Fikir/Kavram/Tasarım: **L.T., C.Y., A.Ç**. Literatür Toplama ve/veya İşleme: **M.E.D.** Kaynak Taraması*:* **C.Y., A.M.K., M.E.D., L.T.** Makalenin Yazımı: **A.M.K., C.Y.** Eleştirel İnceleme: **L.T., M.E.D.**, Onay: **C.Y., A.M.K., L.T., M.E.D.**

Kaynakça

Ak, M., Yazihan, N. T., Sütçigil, L., ve Haciömeroglu, B. (2013). Intihar Girisimi Olan Majör Depresyon Hastalarinda Üstbilis Süreçleri/Metacognitive Beliefs of Major Depression Patients with Suicidal Behaviour. *Noro-Psikyatri Arsivi, 50*(2), 95-99.

Babbs, P. J., ve Moe, A. J. (1983). Metacognition: A key for independent learning from text. *The Reading Teacher, 36*(4), 422–426.

Barahmand, U. (2009). Meta-cognitive profiles in anxiety disorders. *Psychiatry Research, 169*(3), 240–243.

Barbato, M., Penn, D. L., Perkins, D. O., Woods, S. W., Liu, L., ve Addington, J. (2014). Metacognitive functioning in individuals at clinical high risk for psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 42*(5), 526–534.

Bora, E., Bartholomeusz, C., ve Pantelis, C. (2016). Meta-analysis of Theory of Mind (ToM) impairment in bipolar disorder. *Psychological Medicine, 46*(2), 253–264.

Brådvik, L., ve Berglund, M. (2011). Antidepressant therapy in severe depression may have different effects on ego-dystonic and ego-syntonic suicidal Ideation. *Depression Research and Treatment,* (1), 896395.

Brown, A. (1987). *Metacognition, executive control, self-regulation, and other more mysterious mechanisms. Metacogniton, Motivation, and Understanding*. Lawrence Erlbaum Associate.

Cankaya, H., Cakmak, S., Tamam, L., Namli, Z., Demirkol, M. E., & Karaytug, M. O. (2022). The Relationship Between Suicidal Behavior and Metacognitive Characteristics in Male Patients with Antisocial Personality Disorder. *Psychiatry and Behavioral Sciences, 12*(4), 188-196.

Cano-López, J. B., Garcia-Sancho, E., Fernández-Castilla, B., ve Salguero, J. M. (2022). Empirical evidence of the metacognitive model of rumination and depression in clinical and nonclinical samples: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research,* 1–26.

Capobianco, L., Faija, C., Husain, Z., ve Wells, A. (2020). Metacognitive beliefs and their relationship with anxiety and depression in physical illnesses: A systematic review. *PloS One, 15*(9), e0238457.

Clark, D. A., Purdon, C., ve Wang, A. (2003). The Meta-Cognitive Beliefs Questionnaire: development of a measure of obsessional beliefs. *Behaviour Research and Therapy, 41*(6), 655–669.

Cucchi, M., Bottelli, V., Cavadini, D., Ricci, L., Conca, V., Ronchi, P., ve Smeraldi, E. (2012). An explorative study on metacognition in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Comprehensive Psychiatry, 53*(5), 546–553.

Curry, J. F., Miller, Y., Waugh, S., ve Anderson, W. B. (1992). Coping responses in depressed, socially maladjusted, and suicidal adolescents. *Psychological Reports, 71*(1), 80–82.

Dammen, T., Papageorgiou, C., ve Wells, A. (2015). An open trial of group metacognitive therapy for depression in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry, 69*(2), 126–131.

Davenport, E., Rushford, N., Soon, S., ve McDermott, C. (2015). Dysfunctional metacognition and drive for thinness in typical and atypical anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 3, 1–9.

Davies, G., Fowler, D., ve Greenwood, K. (2017). Metacognition as a mediating variable between neurocognition and functional outcome in first episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin, 43*(4), 824–832.

Edwards, M. J., ve Holden, R. R. (2001). Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: Examining gender differences. *Journal of Clinical Psychology, 57*(12), 1517–1534.

Efklides, A. (2006). Metacognition and affect: What can metacognitive experiences tell us about the learning process? *Educational Research Review, 1*(1), 3–14.

Esbjørn, B. H., Normann, N., Christiansen, B. M., ve Reinholdt-Dunne, M. L. (2018). The efficacy of group metacognitive therapy for children (MCT-c) with generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 53, 16–21.

Faissner, M., Kriston, L., Moritz, S., ve Jelinek, L. (2018). Course and stability of cognitive and metacognitive beliefs in depression. *Depression and Anxiety, 35*(12), 1239–1246.

Fisher, P. L., ve Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39*(2), 117–132. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2006.12.001

Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. *American Psychologist, 34*(10), 906-911.

Frith, C. D. (2012). The role of metacognition in human social interactions. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 367*(1599), 2213–2223.

Grøtte, T., Solem, S., Myers, S. G., Hjemdal, O., Vogel, P. A., Güzey, I. C., Hansen, B., Nordahl, H. M., ve Fisher, P. (2016). Metacognitions in obsessive-compulsive disorder: a psychometric study of the metacognitions questionnaire-30. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders,* 11, 82–90.

Gwilliam, P., Wells, A., ve Cartwright-Hatton, S. (2004). Dose meta-cognition or responsibility predict obsessive–compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 11*(2), 137–144.

Hagen, R., Hjemdal, O., Solem, S., Kennair, L. E. O., Nordahl, H. M., Fisher, P., ve Wells, A. (2017). Metacognitive therapy for depression in adults: a waiting list randomized controlled trial with six months follow-up. *Frontiers in Psychology*, *8*(31), 1-10.

Hales, S. A., Deeprose, C., Goodwin, G. M., ve Holmes, E. A. (2011). Cognitions in bipolar affective disorder and unipolar depression: imagining suicide. *Bipolar Disorders, 13*(7-8), 651–661.

Halvorsen, M., Hagen, R., Hjemdal, O., Eriksen, M. S., Sørli, Å. J., Waterloo, K., Eisemann, M., ve Wang, C. E. A. (2015). Metacognitions and thought control strategies in unipolar major depression: A comparison of currently depressed, previously depressed, and never-depressed individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 39, 31–40.

Hermans, D., Martens, K., De Cort, K., Pieters, G., ve Eelen, P. (2003). Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive–compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 41*(4), 383–401.

Heyes, C., Bang, D., Shea, N., Frith, C. D., ve Fleming, S. M. (2020). Knowing ourselves together: The cultural origins of metacognition. *Trends in Cognitive Sciences*, *24*(5), 349–362.

Huntley, C. D., ve Fisher, P. L. (2016). Examining the role of positive and negative metacognitive beliefs in depression. *Scandinavian Journal of Psychology, 57*(5), 446–452.

Janeck, A. S., Calamari, J. E., Riemann, B. C., ve Heffelfinger, S. K. (2003). Too much thinking about thinking?: Metacognitive differences in obsessive–compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 17*(2), 181–195.

Jelinek, L., Faissner, M., Moritz, S., ve Kriston, L. (2019). Long-term efficacy of Metacognitive Training for Depression (D-MCT): A randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology, 58*(3), 245–259.

Johnson, S. U., Hoffart, A., Nordahl, H. M., ve Wampold, B. E. (2017). Metacognitive therapy versus disorder-specific CBT for comorbid anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 50, 103–112.

Kannis-Dymand, L., Hughes, E., Mulgrew, K., Carter, J. D., ve Love, S. (2020). Examining the roles of metacognitive beliefs and maladaptive aspects of perfectionism in depression and anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 48*(4), 442–453.

Kerkhof, A., ve van Spijker, B. (2011). Worrying and rumination as proximal risk factors for suicidal behaviour. *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice*, 199–209.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., ve Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 593–602.

Lysaker, P. H., Leonhardt, B. L., Brüne, M., Buck, K. D., James, A., Vohs, J., Francis, M., Hamm, J. A., Salvatore, G., ve Ringer, J. M. (2014). Capacities for theory of mind, metacognition, and neurocognitive function are independently related to emotional recognition in schizophrenia. *Psychiatry Research, 219*(1), 79–85.

Lysaker, P. H., Minor, K. S., Lysaker, J. T., Hasson-Ohayon, I., Bonfils, K., Hochheiser, J., ve Vohs, J. L. (2020). Metacognitive function and fragmentation in schizophrenia: Relationship to cognition, self-experience and developing treatments. *Schizophrenia Research: Cognition*, 19, 100142.

McDermott, C. J., ve Rushford, N. (2011). Dysfunctional metacognitions in anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 16, e49–e55.

McEvoy, P. M. (2019). Metacognitive therapy for anxiety disorders: a review of recent advances and future research directions. *Current Psychiatry Reports*, 21, 1–9.

McEvoy, P. M., ve Mahoney, A. E. J. (2013). Intolerance of uncertainty and negative metacognitive beliefs as transdiagnostic mediators of repetitive negative thinking in a clinical sample with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 27*(2), 216–224.

Morrison, A. P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29*(3), 257–276.

Myers, S. G., Fisher, P. L., ve Wells, A. (2009). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(4), 436–442.

Myers, S. G., ve Wells, A. (2005). Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders, 19*(7), 806–817.

Myers, S. G., ve Wells, A. (2015). Early trauma, negative affect, and anxious attachment: the role of metacognition. *Anxiety, Stress, & Coping, 28*(6), 634–649.

N. Nalipay, M. J., ve Mordeno, I. G. (2018). Positive metacognitions and meta-emotions as predictors of posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth in survivors of a natural disaster. *Journal of Loss and Trauma, 23*(5), 381–394.

Nordahl, H., Anyan, F., Hjemdal, O., ve Wells, A. (2022). Metacognition, cognition and social anxiety: A test of temporal and reciprocal relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, 86, 102516.

Normann, N., van Emmerik, A. A. P., ve Morina, N. (2014). The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: A meta-analytic review. *Depression and Anxiety, 31*(5), 402–411.

Olstad, S., Solem, S., Hjemdal, O., ve Hagen, R. (2015). Metacognition in eating disorders: Comparison of women with eating disorders, self-reported history of eating disorders or psychiatric problems, and healthy controls. *Eating Behaviors*, 16, 17–22.

Østefjells, T., Melle, I., Aminoff, S. R., Hellvin, T., Hagen, R., Lagerberg, T. V., Lystad, J. U., ve Røssberg, J. I. (2017). An exploration of metacognitive beliefs and thought control strategies in bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 73, 84–92.

Özsoy, G. (2008). Üstbiliş. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi, 6*(4), 713–740.

Palmieri, S., Mansueto, G., Ruggiero, G. M., Caselli, G., Sassaroli, S., ve Spada, M. M. (2021). Metacognitive beliefs across eating disorders and eating behaviours: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *28*(5), 1254–1265.

Papageorgiou, C., ve Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, *8*(2), 160–164.

Papageorgiou, C., ve Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 261–273.

Paris, S. G. (2002). *When is metacognition helpful, debilitating, or benign?* Springer.

Perrot, L. J., Deloney, L. A., Hastings, J. K., Savell, S., ve Savidge, M. (2001). Measuring student motivation in health professions' colleges. *Advances in Health Sciences Education*, 6, 193–203.

Popolo, R., Smith, E., Lysaker, P. H., Lestingi, K., Cavallo, F., Melchiorre, L., Santone, C., ve Dimaggio, G. (2017). Metacognitive profiles in schizophrenia and bipolar disorder: Comparisons with healthy controls and correlations with negative symptoms. *Psychiatry Research*, 257, 45–50.

Roebers, C. M. (2017). Executive function and metacognition: Towards a unifying framework of cognitive self-regulation. *Developmental Review*, 45, 31–51.

Ruggiero, G. M., ve Sassaroli, S. (2018). The body of cognitive and metacognitive variables in eating disorders: need of control, negative beliefs about worry uncontrollability and danger, perfectionism, self-esteem and worry. *Israel Journal of Psychiatry, 55*(1), 55–83.

Ryum, T., Kennair, L. E. O., Hjemdal, O., Hagen, R., Halvorsen, J. Ø., ve Solem, S. (2017). Worry and metacognitions as predictors of anxiety symptoms: a prospective study. *Frontiers in Psychology*, 8, 924, 1-6.

Samamé, C., Martino, D. J., ve Strejilevich, S. A. (2015). An individual task meta-analysis of social cognition in euthymic bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, 173, 146–153.

Sarisoy, G., Pazvantoğlu, O., Özturan, D. D., Ay, N. D., Yilman, T., Mor, S., Korkmaz, I. Z., Kaçar, Ö. F., ve Gümüş, K. (2014). Metacognitive beliefs in unipolar and bipolar depression: A comparative study. *Nordic Journal of Psychiatry, 68*(4), 275–281.

Schraw, G., ve Moshman, D. (1995). Metacognitive theories. *Educational Psychology Review*, 7, 351–371.

Sellers, R., Varese, F., Wells, A., ve Morrison, A. P. (2017). A meta-analysis of metacognitive beliefs as implicated in the self-regulatory executive function model in clinical psychosis. *Schizophrenia Research*, 179, 75–84.

Shafran, R., ve Rachman, S. (2004). Thought-action fusion: a review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 35*(2), 87–107.

Sheehy, N., ve O'Connor, R. C. (2002). Cognitive style and suicidal behaviour: implications for therapeutic intervention, research lacunae and priorities. *British Journal of Guidance and Counselling, 30*(4), 353–362.

Solem, S., Myers, S. G., Fisher, P. L., Vogel, P. A., ve Wells, A. (2010). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Replication and extension. *Journal of Anxiety Disorders, 24*(1), 79–86.

Sun, X., Zhu, C., ve So, S. H. W. (2017). Dysfunctional metacognition across psychopathologies: a meta-analytic review. *European Psychiatry*, 45, 139–153.

Takarangi, M. K. T., Smith, R. A., Strange, D., ve Flowe, H. D. (2017). Metacognitive and metamemory beliefs in the development and maintenance of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychological Science, 5*(1), 131–140.

Teng, F. (2020). The role of metacognitive knowledge and regulation in mediating university EFL learners' writing performance. *Innovation in Language Learning and Teaching, 14*(5), 436–450.

Thielsch, C., Andor, T., ve Ehring, T. (2015). Metacognitions, intolerance of uncertainty and worry: An investigation in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 74, 94–98.

Tosun, A., ve Irak, M. (2008). Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe Uyarlaması, Geçerliği, Güvenirliği, Kaygı ve Obsesif-Kompülsif Belirtilerle İlişkisi. *Turk Psikiyatri Dergisi, 19*(1), 67-80.

van der Heiden, C., Muris, P., ve van der Molen, H. T. (2012). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 50*(2), 100–109.

Vann, A., Strodl, E., ve Anderson, E. (2014). The transdiagnostic nature of metacognitions in women with eating disorders. *Eating Disorders, 22*(4), 306–320.

Vatne, M., ve Nåden, D. (2012). Finally, it became too much–experiences and reflections in the aftermath of attempted suicide. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 26*(2), 304–312.

Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 6*(2), 86–95.

Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. John Wiley & Sons.

Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 107–121.

Wells, A. (2006). The Metacognitive Model of Worry and Generalised Anxiety Disorder. In G. C. L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 179–199). Wiley Publishing.

Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford press.

Wells, A. (2013a). Advances in metacognitive therapy. *International Journal of Cognitive Therapy, 6*(2), 186–201.

Wells, A. (2013b). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. John Wiley & Sons.

Wells, A., ve Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior Therapy, 32*(1), 85–102.

Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., ve Brewin, C. R. (2009). Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 291–300.

Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., ve Brewin, C. R. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behaviour Research and Therapy, 50*(6), 367–373.

Wells, A., ve Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive–compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy, 36*(9), 899–913.

Wells, A., ve Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. *Cognitive and Behavioral Practice, 11*(4), 365–377.

Wells, A., Walton, D., Lovell, K., ve Proctor, D. (2015). Metacognitive therapy versus prolonged exposure in adults with chronic post-traumatic stress disorder: A parallel randomized controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 39, 70–80.

Yzerbyt, V. Y. A., Dardenne, B., ve Lories, G. (1998). *Metacognition: Cognitive and social dimensions.* Sage Publications.

Extended Abstract

Metacognition, as described by Flavell (1979), encapsulates an individual's ability to monitor, evaluate, and regulate cognitive processes. It includes declarative, procedural, and conditional knowledge, which together enhance cognitive awareness and learning efficiency. Metacognitive beliefs—positive and negative—serve as pivotal factors in emotional regulation and mental health. While positive beliefs may involve the utility of worry or rumination for problem-solving, negative beliefs often lead to fear of losing control over such processes, culminating in dysfunctional cognitive patterns and psychopathologies.

This review investigates the foundational concepts of metacognition and its critical role in various mental disorders, emphasizing the significant contribution of dysfunctional metacognitive functions to the development and perpetuation of conditions such as anxiety disorders, depression, obsessive-compulsive disorder (OCD), post-traumatic stress disorder (PTSD), eating disorders, and psychotic conditions. Through an in-depth exploration, the review aims to elucidate how metacognitive dysregulation impedes cognitive flexibility, emotional regulation, and adaptive coping strategies, thereby aggravating psychological distress.

The Self-Regulatory Executive Function (S-REF) model provides a comprehensive framework to explain how metacognitive dysregulation contributes to mental health issues (Wells, 2002). According to this model, dysfunctional thought patterns and coping mechanisms—characterized by Cognitive Attentional Syndrome (CAS)—manifest as persistent worry, rumination, and biased attention. This cascade disrupts emotional processing, exacerbating psychological symptoms. The integration of metacognitive knowledge with therapeutic interventions offers promising pathways for understanding and mitigating these issues.

Metacognition in Psychopathologies

Anxiety Disorders

Anxiety disorders, particularly generalized anxiety disorder (GAD), highlight the interplay between positive and negative metacognitive beliefs. Positive beliefs often justify

worry as a protective mechanism, while negative beliefs amplify the perception of uncontrollability and danger. CAS perpetuates maladaptive coping strategies, such as avoidance or hypervigilance, solidifying these dysfunctional cycles. Moreover, chronic anxiety exacerbates attentional biases and fosters reliance on unsustainable strategies, creating a self-reinforcing feedback loop (Wells, 2005).

Depressive Disorders

In depressive disorders, rumination emerges as a central maladaptive cognitive process. Negative metacognitive beliefs sustain cycles of self-focused attention and dysfunctional appraisal, prolonging depressive symptoms (Papageorgiou & Wells, 2001). Studies demonstrate that changes in metacognitive beliefs significantly influence recovery trajectories, with interventions like Metacognitive Therapy (MCT) showing promising results in mitigating depressive episodes and fostering long-term remission. The S-REF model's emphasis on reducing CAS through targeted interventions is particularly effective in breaking these cycles and enhancing emotional resilience (Wells, 2011).

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)

OCD involves heightened metacognitive awareness and distorted beliefs about the significance of intrusive thoughts. Dysfunctional metacognitive beliefs, such as thought-action fusion and the necessity for thought control, fuel compulsive behaviors aimed at neutralizing perceived threats. These maladaptive responses perpetuate distress and functional impairments (Wells & Papageorgiou, 1998). Furthermore, the role of metacognitive training in modifying thought patterns and reducing compulsive behaviors has shown considerable efficacy in clinical settings (Fisher & Wells, 2008).

PTSD

In PTSD, metacognitive dysfunction is evident in the persistence of trauma-related rumination and hypervigilance. Negative metacognitive beliefs regarding the uncontrollability of thoughts and the importance of vigilance obstruct adaptive emotional processing (Wells, 2013). MCT's emphasis on reducing CAS and fostering metacognitive awareness has

demonstrated efficacy in alleviating PTSD symptoms. Additionally, addressing these metacognitive patterns allows for improved trauma recovery and the prevention of chronic symptomatology (Wells & Sembi, 2004).

Eating Disorders

Metacognitive impairments in eating disorders manifest as heightened rumination and maladaptive beliefs about body image and control. These beliefs contribute to rigid cognitive patterns, reinforcing disordered eating behaviors. Research highlights the relevance of addressing metacognitive distortions to improve therapeutic outcomes (Palmieri et al., 2021). Interventions aimed at reshaping metacognitive beliefs can help individuals achieve healthier cognitive and emotional frameworks, ultimately reducing disordered eating tendencies.

Psychotic Disorders

In psychotic disorders, impaired metacognitive functions correlate with reduced social and occupational functioning. Dysfunctional beliefs about cognitive processes exacerbate symptoms like delusions and hallucinations (Morrison, 2001). Enhancing metacognitive skills is crucial for improving self-regulation and reducing symptom severity. Recent studies underscore the importance of fostering cognitive insight and adaptive metacognitive strategies to improve overall functionality and quality of life (Lysaker et al., 2014).

Therapeutic Implications

Interventions targeting metacognitive processes, such as MCT, offer significant benefits across a spectrum of mental disorders. By addressing CAS and fostering adaptive metacognitive beliefs, these therapies enhance emotional regulation and cognitive flexibility. Studies consistently demonstrate the efficacy of MCT in reducing symptomatology and promoting resilience. These findings support the integration of metacognitive frameworks into broader psychotherapeutic practices, offering tailored approaches to diverse patient needs (Dammen et al., 2015; Hagen et al., 2017).

Conclusion

This review underscores the centrality of metacognition in understanding and treating psychopathologies. Dysfunctional metacognitive beliefs and processes not only contribute to the onset and maintenance of mental disorders but also represent viable targets for intervention. Continued exploration of metacognitive frameworks promises to advance therapeutic approaches and improve patient outcomes. By fostering adaptive metacognitive skills and reducing CAS, clinicians can achieve more sustainable recovery pathways for their patients, thereby contributing to the broader goals of mental health research and practice.