

Ruminasyonla İlgili Üstbiliş Ölçeklerinin Klinik ve Klinik Olmayan Türk Örneklemlerindeki Psikometrik Özellikleri



Psik. Advıye ESİN YILMAZ¹, Dr. Mehmet ZİHNİ SUNGUR², Dr. Ramazan KONKAN³,
Dr. Ömer ŞENORMANCI⁴

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar (RUMİ-Olumlu) ve Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar (RUMİ-Olumsuz) ölçeklerinin Türkçe uyarlamasının, klinik ve klinik olmayan örneklem üzerinde geçerlik ve güvenilirliğini incelemektir.

Yöntem: Araştırmanın klinik olmayan örneklemini 455 katılımcıdan, klinik örneklemini 60 majör depresif bozukluk (MDB), 30 panik bozukluk (PB) ve 30 sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) vakasından oluşmaktadır.

Bulgular: Faktör analizi sonuçları ölçeklerin yapı geçerliğini ve özgün faktör yapılarını doğrulamaktadır. İç tutarlılık ve test-tekrar test analizlerinden elde edilen bulgular ölçeklerin güvenilirliğinin iyi olduğuna işaret etmiştir. Ölçeklerin yakınsak geçerliğini destekler şekilde, klinik olmayan örnekleme ruminasyonla ilgili üstbilişler ile depresif belirtiler, ruminasyon, endişe ile ilgili üstbilişler, patolojik endişe ve kaygı belirtileri arasındaki korelasyonlar pozitif yönde ve anlamlıdır. Aşamalı regresyon analizlerinden elde edilen bulgular, kaygı belirtileri kontrol edildiğinde, her iki ölçme aracının da depresif belirtileri yordayıcı geçerliği olduğunu göstermektedir. Yapılan uç grup karşılaştırmaları ise ölçeklerin ölçüt bağıntılı geçerliğini destekler niteliktedir. Ayırt edici klinik geçerlik incelemelerinde, her iki ölçek de MDB, PB ve SAB gruplarını sağlıklı kontrol grubundan ayırt edebilmiş, buna karşılık depresif grubu diğer kaygı bozuklukları gruplarından ayırt edememiştir.

Sonuç: Yapılan kapsamlı psikometrik değerlendirmeler ülkemizde klinik ve klinik olmayan gruplarla yürütülecek araştırmalarda RUMİ-Olumlu ve RUMİ-Olumsuz ölçeklerinin geçerli ve güvenilir birer değerlendirme aracı olarak kullanılabileceğini göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Depresyon, ruminasyon, üstbiliş, Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği, Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği

SUMMARY

Psychometric Properties of the Metacognition Scales about Rumination in Clinical and Non-clinical Turkish Samples

Aim: The aim of this study is to examine the reliability and validity of the Turkish adaptations of the Positive Beliefs about Rumination Scale (PBRS) and the Negative Beliefs about Rumination Scale (NBRS) in clinical and non-clinical samples.

Method: While the non-clinical sample of the study consisted of 455 participants, the clinical sample was composed of 60 major depressive disorder (MDD), 30 panic disorder (PD) and 30 social anxiety disorder (SAD) cases.

Results: The results of the factor analyses confirm the construct validity and original factor structure of the scales. Findings obtained from internal consistency and test-retest analyses indicated good reliability for the scales. Supporting the convergent validity of the scales, the correlations between metacognitions about rumination and depressive symptoms, rumination, metacognitions about worry, pathological worry, and anxiety symptoms were found to be positive and significant in the non-clinical sample. Hierarchical regression analyses demonstrated that both scales have predictive validity for depressive symptoms after controlling for anxiety symptoms. As for extreme group comparisons, it supported the criterion-related validity of the scales. In discriminant clinical validity examinations, although both scales were able to differentiate MDD, PD, and SAD groups from healthy controls, they were unable to differentiate the depressive group from the other anxiety disorder groups.

Conclusion: A comprehensive psychometric evaluation of the scales demonstrated that both PBRS and NBRS are reliable and valid assessment devices that can be used for research purposes both in clinical and non-clinical groups in Turkey.

Key Words: Depression, rumination, metacognition, Positive Beliefs about Rumination Scale, Negative Beliefs about Rumination Scale

Geliş Tarihi: 14.01.2014 - **Kabul Tarihi:** 05.03.2014

¹Psik.Yrd. Doç., Psikoloji Bl., Dokuz Eylül Üniv. İzmir. ²Prof., Psikiyatri AD., Marmara Üniv. Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ³Uzm., Psikiyatri AD., Bağıcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul. ⁴Yrd. Doç., Psikiyatri AD., Bülent Ecevit Üniv., Tıp Fak., Zonguldak.

Psik. Advıye Esin Yılmaz, e-posta: esin.yilmaz@deu.edu.tr

GİRİŞ

Bireyin isteği dışında akla gelen ve kontrol edilemez olarak algılanan “zorlayıcı” (intrusive) düşünce türlerinden biri olan ruminatif düşünceler, depresif duygudurumun temel bilişsel özelliği olarak kabul edilmektedir (Nolen-Hoeksema 1991, Wenzlaff 2005). Ruminasyon en genel anlamıyla aynı düşünce, duygu ya da yaşantıyı tekrarlayıcı bir biçimde akıldan geçirme şeklindeki bir zihinsel eylem sürecini ifade eder (Martin ve Tesser 1989, Moberly ve Watkins 2008, Watkins 2008). İçerik olarak geçmiş odaklı ve kendine dönük olması ruminasyonu diğer zorlayıcı düşünce türlerinden ayırır (Fisher ve Wells 2009, Papageorgiou ve Wells 1999, 2004). Farklı kavramsal tanımları yapılmış olsa da en çok kabul gören tanımına göre ruminasyon, depresif duygudurumuna verilen bir tepki olarak “Neden böyle hissediyorum?”, “Böyle düşünüyor olmak benimle ilgili ne söyler?” şeklinde, depresif belirtiler ve bunların olası neden ve sonuçları üzerine odaklanan tekrarlayıcı düşüncelerdir (depressive rumination) (Nolen-Hoeksema 1991). Diğer bir bakış açısına göre ise ruminasyon “Neden bu başıma geldi?” şeklinde, depresif duygu durumunun ortaya çıkmasından önce yaşanan olay(lar)a verilen bir tepki olarak kabul edilir (stress-reactive rumination) (Robinson ve Alloy 2003). Yapılan araştırmalar bu iki tür ruminasyonun da, depresif belirtilerle bağlantılı olduğunu ve depresif duygu durumunun uzun süre devam etmesine yol açtığını göstermektedir (Nolen-Hoeksema ve Morrow 1993, Nolen-Hoeksema ve ark. 1994, Robinson ve Alloy 2003).

Psikolojik bozuklukların üstbilişsel kuramına göre (Wells ve Matthews 1994, Wells 2000, 2009) olumsuz duygu ve düşünceler pek çok kişide görülebilen normal ve çoğunlukla geçici yaşantılardır. Ancak duyarlılığı fazla olan bireylerde bilişsel yakalanma sendromu (BYS/cognitive attentional syndrome) adı verilen özgül bir düşünce örüntüsünün devreye girmesi, bu olumsuz duygu ve düşüncelerin devam etmesine ve tekrarlamasına neden olur. Diğer bir deyişle, bireyin dikkatini herhangi bir semptom ya da onun sonuçları üzerine odaklaması nedeniyle “yakalandığı” aktif ve tekrarlayıcı duygu ve düşünceler söz konusudur. BYS kendisini ruminasyon/endişe, kendine dönük dikkat, bilişsel işlevselliğin azalması, dikkat yanlılıkları ve düzeltici yaşantılardan öğrenmeyi engelleyen ve bu nedenlerle işlevsel olamayan başa çıkma yaklaşımları ile gösterir. Benzer bir tablo aslında tüm psikolojik bozuklukların altında yatan genel bir etken olarak tanımlanmaktadır (Wells 2000).

Wells’e göre (2000, 2009) BYS’nin tetiklenmesinden hatalı üstbilişler sorumludur. Üstbiliş (metacognition) kişinin düşüncelerine ilişkin inançlarına ve düşüncelerini kontrol etmek için kullandığı stratejilere işaret etmektedir (Wells 2000, 2009). Kişinin kendi düşünceleri ile ilgili inanç ve değerlendirmeleri “üstbilişsel bilgi”; düşünceyi izlemek, kontrol etmeye çalışmak gibi düşünce süreçleri ise “üstbilişsel düzenleme

stratejileri” olarak adlandırılır. Üstbilişsel kuramın alt yapısını oluşturan kendini düzenleyen yönetici işlevler (self-regulatory executive functions) modeline göre (Wells ve Matthews 1994), kişi üstbilişsel bilgi ve stratejiler aracılığı ile düşüncelerine tepki vermekte ve bu düşüncelerle başa çıkma biçimlerini belirlemektedir. Bu süreçte rol oynayan üstbilişlerin olumlu ve olumsuz olmak üzere iki genel türü bulunmaktadır. Olumlu üstbilişler ruminasyon, endişe, dikkat yanlılıkları ve işlevsel olmayan başa çıkma davranışlarının işe yaradığına ilişkin inanışları kapsamaktadır. Olumsuz üstbilişler ise bir zaman süreci içinde düşünüldüğünde olumlu üstbilişleri takiben ortaya çıkmaktadır ve olumlu üstbilişler nedeniyle devreye giren süreçlerin (ör. ruminatif düşüncelerin) giderek kontrol edilemediği için zarar verici etkileri olabileceğine odaklanan inanışları içermektedir.

Depresyonun üstbilişsel modeline göre (Papageorgiou ve Wells 2003, Wells 2009), insanların duygusal düzeyde bir çıkmaz yaşamaları ve depresif duygudurum içinde kalmaları, aslında üstbilişleri nedeniyle kendi deneyimlerine verdikleri tepkilerden kaynaklanır. Modelde depresif bozuklukların temel bilişsel özelliği olarak kabul edilen ruminatif düşünme biçiminin hem olumlu hem de olumsuz sonuçları olabileceğine ilişkin üstbilişsel inançların önemi vurgulanmaktadır. Ruminasyona ilişkin olumlu inanışlar depresif duyguduruma bir tepki olarak ruminasyon yapma isteğini artırmakta, uzun süre devam eden ruminasyonlar ise ruminasyonların kontrol edilemez olduğuna ilişkin olumsuz üstbilişsel inanışları harekete geçirmektedir. Ruminasyonlar ile depresif belirti düzeyi arasındaki ilişkiye aracılık eden ruminasyonlar hakkındaki olumsuz inanışlar, depresif belirtilerin şiddetlenmesine neden olmaktadır.

Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği (RUMİ-Olumlu) (Papageorgiou ve Wells 2001a) ve Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği (RUMİ-Olumsuz) (Papageorgiou ve Wells 2001b) uluslararası yazında depresyona özgü üstbilişlerin incelenmesinde kullanılan temel veri toplama araçlarıdır. Klinik olmayan örneklem grupları üzerinde ruminasyonla ilgili olumlu üstbilişlerin ruminasyon düzeyi ve depresif belirti şiddeti ile pozitif bir bağlantı içinde olduğu gösterilmiş (Papageorgiou ve Wells 2001a, 2003), bu bulgu çeşitli çalışmalarda depresyon vakaları için de doğrulanmıştır (Papageorgiou ve Wells 2001b, 2003, Watkins ve Moulds 2005). Ruminasyonla ilgili olumsuz inanışların da hem klinik hem de klinik olmayan örneklemelerde ruminasyon düzeyi ve depresif belirti şiddeti ile anlamlı ve pozitif korelasyon gösterdiği bildirilmiştir (Papageorgiou ve Wells 2003).

Farklı psikiyatrik tablolar için geliştirilmiş farklı üstbilişsel modeller ve bu modellere uygun olarak geliştirilmiş farklı veri toplama araçları mevcuttur. Her bozukluğun temelinde o bozukluğa özgü üstbilişler yatar, çünkü bir psikolojik bozukluğa özgü temel bilişsel bileşen değiştiğinde, bu bilişe ilişkin üstbilişsel bilgiler de değişmektedir. Örneğin, alan yazında

sıklıkla kullanılan Üst-Bilişler Ölçeği-30 (ÜBÖ-30) (Wells ve Cartwright-Hatton 2004) ile değerlendirilen olumlu ve olumsuz üstbilişsel bilgi boyutları endişeye ilişkin olup, bu boyutların kaygı ile ilgili çalışmalar için daha ağırlıklı bir önemi vardır. Çeşitli çalışmalarda (ör. Papageorgiou ve Wells 1999, Yılmaz 2007, Yılmaz ve ark. 2008) ilgili ÜBÖ-30 boyutlarının depresif belirtilerle de ilişkili bulunmasının temel nedeni, depresif bir kişide aynı zamanda endişenin de görülebiliyor olmasıdır. Bu durum depresif belirtiler ile kaygı belirtileri arasındaki eşzamanlılıktan kaynaklanabileceği gibi, BYS'nin tetiklenmesiyle devreye giren ve depresif tablonun kendisine ilişkin olan endişeler de söz konusu olabilir. Bu nedenle depresif belirtiler ile ilgili olarak yürütülen kuramsal, ampirik ve uygulamalı çalışmalarda, esas olarak depresyona özgü üstbilişler ele alınmalıdır. Uluslararası yazında RUMİ-Olumlu ve RUMİ-Olumsuz ölçekleri kullanılarak depresyonla ilgili üstbilişleri ele alan araştırmalar giderek artmakta, buna karşılık ülkemizde ilgili ölçeklerin henüz Türkçeye uyarlanmadığı dikkat çekmektedir. Tüm bu aktarılanlar doğrultusunda, bu çalışmanın amacı ruminasyona ilişkin olumlu ve olumsuz inanışlar ölçeklerinin ülkemizdeki klinik ve klinik olmayan örneklem grupları üzerindeki geçerlik ve güvenilirliğini araştırmak ve depresyona özgü üstbilişler ile depresif belirtiler arasındaki ilişki örüntülerinin kültürümüze özgü bir ön incelemesini yapmaktır.

YÖNTEM

Örneklem

Araştırmanın klinik olmayan örnekleminde (KOÖ) araştırma kesitinde herhangi bir uzmandan (psikolog, psikiyatrist, psikolojik danışman) psikolojik yardım (psikoterapi, psikiyatrik ilaç vb.) almadığını belirten ve yaş ortalaması 25,78 (ss = 7,78) olan 455 katılımcı yer almaktadır. Bu grup 328 (% 72,1) üniversite öğrencisi ve 127 (% 27,9) üniversite öğrencisi olmayan yetişkinden oluşmaktadır. Araştırmanın klinik örnekleminde 60 majör depresif bozukluk olgusu (MDB; 34 kadın, 26 erkek) ve 30 panik bozukluk (PB; 18 kadın, 12 erkek), 30 sosyal anksiyete bozukluğu (SAB; 16 kadın, 14 erkek) olmak üzere toplam 60 kaygı bozukluğu (KB; 34 kadın, 26 erkek) olgusu yer almıştır. MDB grubunun yaş ortalaması 30,25 (ss= 8,89), KB grubunun yaş ortalaması 27,35'dir (ss= 8,9). Olgu grupları Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Mayıs 2012-Şubat 2013 tarihleri arasında başvuran ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan kişilerin, psikiyatri uzmanı olan üçüncü ve dördüncü yazarlar tarafından DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre değerlendirilmesi sonucunda oluşturulmuştur. İlgili tanı gruplarına, yapılan SCID taramalarında başka herhangi bir Eksen I bozukluğu ölçütünü karşılamayan olgular alınmıştır. Olguların Eksen II taramaları yapılmamış, fakat klinik deneyimle yakalanabilecek belirgin kişilik patolojileri dışlanmıştır.

Oluşturulan bu klinik gruplarla karşılaştırılabilir nitelikte bir analiz birimi oluşturmak amacıyla, aynı uzmanlar tarafından aynı tarama aracı kullanılarak yapılan değerlendirme sonucu herhangi bir Eksen I tanı ölçütünü karşılamayan, yaş ve cinsiyet açısından diğer gruplarla olabildiğince dengelenmiş (14 kadın, 16 erkek; yaş ortalaması = 28,37, ss= 7,38) bir sağlıklı kontrol grubu (SKG) da oluşturulmuştur. Bunlara ek olarak, test-tekrar test değerlendirmesi amacıyla ölçekler yaş ortalaması 24,37 (ss= 5,5) olan ve 64 kadın (% 58,7), 45 erkekten (% 41,3) oluşan 109 ayrı üniversite öğrencisine 4-5 hafta ara ile tekrar uygulanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği (RUMİ-Olumlu): RUMİ-Olumlu (Papageorgiou ve Wells 2001a) ruminasyon yapmanın faydalarına ilişkin olumlu üstbilişsel inanışları değerlendiren 9 maddelik bir ölçektir. Katılımcılar her bir maddeye ne derece katıldıklarını "1: katılmıyorum" ile "4: tamamen katılıyorum" arasında değişen 4'lü Likert tipi bir ölçek üzerinde değerlendirir. Üniversite öğrencileri üzerinde yürütülen açıklayıcı (explanatory) faktör analizi bulguları ölçeğin varyansın %49'unu açıklayan tek bir boyuttan oluştuğunu göstermiştir. Ölçeğin iç tutarlılık ve test-tekrar-test güvenilirlik katsayıları sırasıyla 0,89 ve 0,85 olarak bildirilmiştir. Ruminasyonla ilgili olumlu inanışların ÜBÖ-30 boyutlarından endişeyle ilgili olumlu inanışlar ile gösterdiği pozitif yöndeki korelasyonun (r= 0,43) ölçeğin eşzamanlı (concurrent) geçerliğine; Ruminasyon Ölçeği, Kısa Formu (RÖ) (Trenor ve ark. 2003) aracılığıyla değerlendirilen ruminasyonlar (r = 0,53) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) aracılığıyla değerlendirilen depresif belirtiler (r= 0,45) ile pozitif korelasyonlarının ölçeğin yakınsak (convergent) geçerliğine; ölçeğin RÖ ile korelasyonunun patolojik endişeyi değerlendiren Penn Eyalet Endişe Ölçeği (PEEÖ) (Meyer ve ark. 1990) ile olan korelasyonundan anlamlı olarak daha yüksek olmasının ise ayırt edici (discriminant) geçerliğine işaret ettiği sonucuna varılmıştır. Bunlara ek olarak, ölçeğin klinik ayırt edici geçerliği de başka bir Eksen I tanı ölçütünü karşılamayan yineleyici MDB, agorafobili PB ve SAB olgu grupları ve klinik olmayan bir kontrol grubu üzerinde incelenmiştir. Öngörüldüğü şekilde, MDB olgularının ölçekten diğer olgu gruplarından ve kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldığı sonucuna ulaşılmıştır (Papageorgiou ve Wells 2001a).

Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği (RUMİ-Olumsuz): RUMİ-Olumsuz (Papageorgiou ve Wells 2001b) ruminasyonla ilgili dezavantajlara odaklanan olumsuz inanışları değerlendiren 13 maddelik bir ölçektir. İki alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlardan biri ruminasyonun kontrol edilemez ve zararlı olduğuna ilişkin üstbilişsel inanışları değerlendiren 8 maddeyi (RUMİ-Olumsuz1); diğeri ise ruminasyonun olumsuz kişiler arası ve sosyal sonuçlarına ilişkin üstbilişsel inanışları değerlendiren 5 maddeyi (RUMİ-Olumsuz2)

içermektedir. Katılımcılar her bir maddeye ne derece katıldıklarını "1: katılmıyorum" ile "4: tamamen katılıyorum" arasında değişen 4'lü Likert tipi bir ölçek üzerinden değerlendirir. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda varyansın %66,4'ünü açıklayan iki faktörlü bir çözüme ulaşılmış, RUMİ-Olumsuz1 ve RUMİ-Olumsuz 2'nin iç tutarlılık katsayıları sırasıyla 0,80 ve 0,83, test-tekrar-test güvenilirlik katsayıları ise sırasıyla 0,66 ve 0,68 olarak bildirilmiştir (Luminet 2004). Ölçeğin geçerlik incelemeleri hem RUMİ-Olumsuz1 hem de RUMİ-Olumsuz2 boyutlarının eşzamanlı geçerliğini destekler şekilde ÜBÖ-30 boyutlarından endişe hakkındaki olumsuz inanışlar ile anlamlı pozitif korelasyonlar (sırasıyla, $r = 0,66$ ve $0,38$) gösterdiğini ortaya koymuştur. Ayrıca her iki alt boyutun RÖ (sırasıyla, $r = 0,51$ ve $0,39$) ve BDE (sırasıyla, $r = 0,46$ ve $0,35$) ile arasındaki anlamlı korelasyonlar ölçeğin yakınsak geçerliğini destekler niteliktedir. Ölçeğin ayırt edici geçerliğine ilişkin bilgi, ilgili alt ölçeklerin RÖ ile PEEÖ'den anlamlı olarak daha yüksek korelasyonlar göstermesi bulgusuna dayandırılmaktadır. Ayrıca bu iki faktörden elde edilen puanların, depresif olguları PB, SAB ve klinik olmayan kontrol gruplarından anlamlı olarak ayırt edebildiği de gösterilmiştir (Luminet 2004).

Ruminasyon Ölçeği, Kısa Formu (RÖ): Bireylerin ruminatif başa çıkma biçimini ne derece kullandığını değerlendiren 21 maddelik uzun formdaki ölçekten (Nolen-Hoeksema ve Morrow 1991) depresif belirtilerle örtüştüğü eleştirisine maruz kalan maddelerin çıkarılmasıyla oluşturulmuş kısa RÖ, 1-4 arası puanlanan Likert tipi 10 maddeden oluşmaktadır (Treyner ve ark. 2003). Türkçe RÖ kısa formunun iyi derecede güvenilirlik (Cronbach $\alpha = 0,85$) ve geçerlik (BDE ile $r = 0,60$) değerlerine sahip olduğu rapor edilmiştir (Erdur-Baker ve Bugay 2012).

Üst-Bilişler Ölçeği-30 (ÜBÖ-30): ÜBÖ-30 (Wells ve Cartwright-Hatton 2004) endişeye ilişkin üstbilişsel inançları ve bir dizi üstbilişsel düşünce sürecini değerlendirmek için geliştirilmiş, 30 maddeden oluşan 4'lü Likert tipi bir ölçektir. (1) Endişe ile ilgili olumlu inançlar, (2) Endişe ile ilgili olumsuz inançlar, (3) Bilişsel güvensizlik, (4) Düşünceleri kontrol ihtiyacı ve (5) Bilişsel farkındalık olmak üzere beş boyuttan oluşmaktadır. Türkçe ÜBÖ-30'un psikometrik özelliklerine yönelik incelemeler, ölçeğin güvenilir ve geçerli bir değerlendirme aracı olduğunu göstermiştir (Yılmaz ve ark. 2008). Özgün formuna uygun olarak beş faktörlü bir yapıdan oluşan Türkçe ÜBÖ-30'un Cronbach alfa katsayısı 0,87, iki yarım güvenilirliği 0,90, test-tekrar test güvenilirliği ise 0,80 olarak bildirilmiştir. Toplam ÜBÖ-30 puanı ile patolojik endişe, obsesif-kompulsif belirtiler, sürekli kaygı, anksiyete ve depresyon belirtileri arasında görülen anlamlı ve pozitif yöndeki korelasyonlar ölçeğin yakınsak geçerliğini desteklemiştir.

Penn Eyalet Endişe Ölçeği (PEEÖ): Herhangi bir konuya özgü olmayan genellenmiş ve sürekli (trait) endişenin yaygınlığı, şiddeti ve kontrol edilebilirliğini değerlendiren PEEÖ (Meyer

ve ark. 1990), 16 maddeden oluşan 5'li Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe formunun psikometrik özelliklerine yönelik incelemeler, PEEÖ'nün güvenilir (Cronbach $\alpha = 0,91$, test-tekrar test = $0,88$) ve kaygı ve depresyon belirtileriyle anlamlı ve pozitif yönde korelasyon gösteren geçerli bir değerlendirme aracı olduğunu destekler niteliktedir (Yılmaz ve ark. 2008).

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Sürekli Kaygı Formu (SKE): SKE (Spielberger ve ark. 1983) kaygı yatınlığını değerlendiren 20 maddelik bir ölçektir. Katılımcılar genel olarak kendilerini nasıl hissettiklerini 4'lü Likert tipi bir ölçek üzerinden değerlendirir. SKE Türkçeye Öner ve Lecompte (1985) tarafından uyarlanmış ve üniversite öğrencileri ve psikiyatrik hasta grupları üzerinde yapılan incelemeler geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracı olduğunu göstermiştir.

Beck Anksiyete Envanteri (BAE): Bu ölçek son bir hafta içinde yaşanan kaygı belirtilerinin şiddetini değerlendiren 21 sorudan oluşmaktadır (Beck ve ark. 1988). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Ulusoy ve arkadaşları (1996) tarafından gerçekleştirilmiş ve psikometrik özelliklerinin yeterli olduğu gösterilmiştir.

Beck Depresyon Envanteri (BDE): BDE davranışsal, bilişsel ve somatik depresyon belirtilerinin şiddetini ölçmek için geliştirilmiş 21 maddelik bir ölçektir (Beck ve ark. 1979). Klinik gruplar ve öğrenci örneklemeleri üzerinde yapılan incelemeler (Hisli 1988, 1989) Türkçe BDE'nin yeterli psikometrik özelliklere sahip olduğuna işaret etmektedir.

İşlem

Ölçekleri dilimize uyarlamak ve ülkemizdeki araştırmalarda kullanmak için gerekli izinlerin alınmasının ardından, çeviri çalışması iki yönde çeviri (çeviri-geri çeviri) süreci takip edilerek gerçekleştirilmiştir (Brislin ve ark. 1973). Buna göre öncelikle ölçeklerin ilk yazar tarafından yapılan çevirisi "çevirinin başka çevirmenlerce denetimi" yöntemi gereğince alternatif öneri seçenekleri ile birlikte klinik psikoloji ve psikiyatri alanlarında uzman üç yargıcı tarafından değerlendirilmiştir. İlk iki yazar tarafından uzman önerileri doğrultusunda yapılan düzenlemelerin ardından son hali verilen ölçekler, her iki dile de hâkim başka bir uzman psikolog tarafından İngilizceye geri çevrilmiştir. Ölçeklerin Türkçe ve İngilizce çevirilerinin birbirine yakın olduğu görülmüştür. Veri toplama işlemi öğrenci katılımcılar için ders saatleri içerisinde grup oturumları şeklinde, öğrenci olmayan yetişkin katılımcılar ve klinik gruplar ile bireysel olarak gerçekleştirilmiştir. Uygulamalar öncesinde, tüm katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve katılım için yazılı onamları alınmıştır. Katılımcıların ölçekleri doldurma işlemi yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

TABLO 1. Ölçeklerin Cinsiyete Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri, Yaş ile Bağını Katsayıları ve Temel Bileşenler Analizi Sonuçları.

	Toplam S= 455		Kadın S= 260		Erkek S= 186		t	Yaş	Açıklanan varyans % (özdeğer)	Faktör yüklerinin aralığı (madde #)
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS				
RUMİ-Olumlu	22,27	6,44	22,09	6,45	22,58	6,48	3,05*	-0,79	60,65 (5,46)	0,71-0,85 (9)
RUMİ-Olumsuz	22,85	6,65	22,82	6,49	22,79	6,83	0,82	-0,05	46,46	
RUMİ-Olumsuz1	11,99	3,97	12,03	3,99	11,85	3,93	1,18	0,47	34,66 (4,51)	0,45-0,80 (6)
RUMİ-Olumsuz2	10,85	3,59	10,78	3,45	10,93	3,76	0,22	-0,43	11,8 (1,53)	0,48-0,65 (7)

RUMİ-Olumsuz1: Kontrol edilemezlik ve tehlike, RUMİ-Olumsuz2: Kişiler arası ve sosyal sonuçlar.

*p < 0,005

BULGULAR

Faktör Yapısı

Ruminasyonla İlgili Olumlu İnanışlar Ölçeği: Ölçeğin yapı geçerliği, örneklem büyüklüğü nedeniyle klinik olmayan örneklem grubu üzerinde, temel bileşenler analizi kullanılarak açımlayıcı faktör analizi ile incelenmiştir. Örneklem yeterliliğini değerlendiren KMO katsayısının yüksek ($0,93 > 0,6$; Tabachnick ve Fidell 2013) ve faktör analizinin geçerliğini sınavan Bartlett testi sonucunun anlamlı ($\chi^2 = 2477,368$, ss= 36, $p < 0,001$) olması veri setinin faktör analizine uygun olduğuna işaret etmektedir. Herhangi bir bileşen sayısına zorlamadan yapılan ön analizde, ölçeğin özgün formu ile tutarlı olarak özdeğeri 1'den büyük tek bir temel bileşenden oluştuğu görülmüştür (Tablo 1).

Ruminasyonla İlgili Olumsuz İnanışlar Ölçeği: RUMİ-Olumsuz için de KMO katsayısı ($0,84 > 0,6$) yeterli ve Bartlett testi sonucu anlamlı ($\chi^2 = 1800,791$, ss = 78, $p < 0,001$) bulunmuştur. Herhangi bir bileşen sayısına zorlamadan yapılan ön analizde, özdeğeri 1'den büyük üç temel bileşen bulunmuş ancak özdeğerler (4,51, 1,53 ve 1,18) ve özdeğerlerin çizgi grafik dağılımı incelendiğinde son iki bileşenin birbirine yakın olduğu görülmüştür. Ayrıca, yapılan üç ve iki faktör çözümlü analizlerden elde edilen bulgular ve ölçeğin özgün formu da dikkate alınarak, iki faktörlü çözümlenme tercih edilmiştir. İki faktörlü çözümlü yürütülen temel bileşenler analizinde varimax türünde ortogonal (dik) döndürme yöntemi kullanılmış ve faktör yük değerlerinin kesim noktası 0,40 olarak alınmıştır. Toplam varyansın % 34,66'sını açıklayan birinci bileşen "RUMİ-Olumsuz1: Ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesi" (1, 2, 3, 6, 9, 11), % 11,8'ini açıklayan ikinci bileşen ise "RUMİ-Olumsuz2: Ruminasyonun kişilerarası ve sosyal sonuçları" (4, 5, 7, 8, 10, 12, 13) olarak adlandırılmıştır. Madde 7 ve 13 haricinde, ilgili faktörler altına yüklenen maddeler ölçeğin özgün formu ile birebir aynıdır (Tablo 1).

Güvenilirlik

Türkçe RUMİ-Olumlu ve RUMİ-Olumsuz ölçeklerinin klinik ve klinik olmayan gruplardaki güvenilirliği iç tutarlılık, madde-toplam puan ve test-tekrar test katsayıları hesaplanarak incelenmiştir (Tablo 2). Yapılan iç tutarlılık analizleri, Nunnally (1978) tarafından önerilen ölçütler (Cronbach alfa $\geq 0,70$ "kabul edilebilir", $\geq 0,80$ "iyi", $\geq 0,90$ "çok iyi") göz önüne alınarak değerlendirildiğinde, Türkçe RUMİ-Olumlu ve RUMİ-Olumsuz ölçeklerinin her üç örneklem grubunda da iyi ve çok iyi düzeyde güvenilirlik değerlerine sahip olduğu saptanmıştır. RUMİ-Olumsuz1 ve RUMİ-Olumsuz2 alt boyutlarının güvenilirlik değerleri incelendiğinde katsayıların KOÖ grubunda kabul edilebilir düzeyde, MDB grubunda iyi düzeyde, KB grubunda RUMİ-Olumsuz1 için iyi düzeyde iken, RUMİ Olumsuz2 için kabul edilebilir değer altında olduğu görülmektedir. Toplam RUMİ-Olumlu, RUMİ-Olumsuz ve RUMİ-Olumsuz alt boyutları için KOÖ ve MDB gruplarında madde-toplam puan bağıntı katsayıları Kline (1986) ölçütüne göre ($\geq 0,20$) kabul edilebilir düzeyde olup, ölçeklerin güvenilirliğini destekler niteliktedir. Öte yandan toplam RUMİ-Olumsuz ve RUMİ-Olumsuz2 alt ölçeğinde yer alan 10 ve 12. maddeler KB grubunda sırasıyla kabul edilebilir düzeyin altında ve sınırında, KOÖ grubunda ise 12. madde tam kabul edilebilir sınırda kalmaktadır. Yapılan incelemelere göre bu zayıf maddeler ölçekten çıkarıldığında alfa katsayısı değişmediği gibi, 10 ve 12. maddelere ait madde-toplam puan katsayılarının ölçeklerin geliştirildiği hedef kitle olan depresyon grubunda güçlü olduğu görülmektedir (sırasıyla $r = 0,48$ ve $0,46$). Bu gerekçelerle, maddelerin ölçekte tutulmasına karar verilmiştir.

Ölçeklerin 109 öğrenciye 4-5 hafta arayla iki kez uygulanması sonucu elde edilen test-tekrar test katsayıları da Türkçe RUMİ-Olumlu ve RUMİ-Olumsuz'un güvenilirliğini toplam puanlar için desteklemektedir (Tablo 2). İki ölçüm zamanı arasındaki bağıntı katsayıları toplam ölçek puanları ve RUMİ-Olumsuz2 faktörü için kabul edilebilir büyüklükte

TABLO 2. Ölçeklerin İç Tutarlılık (Cronbach α), Madde-Toplam ve Test-Tekrar Test Bağıntı Katsayıları.

	İç tutarlılık			Madde-toplam bağıntı katsayı aralığı			Test-tekrar test
	KOÖ	MDB	KBG	KOÖ	MDB	KBG	KOÖ
RUMİ-Olumlu	0,92	0,91	0,93	0,63-0,80	0,45-0,79	0,51-0,83	0,70
RUMİ-Olumsuz toplam	0,83	0,89	0,85	0,20-0,58	0,46-0,74	0,16-0,69	0,73
Kontrol edilemezlik ve tehlike	0,78	0,85	0,83	0,39-0,63	0,55-0,73	0,30-0,77	0,61
Kişiler arası ve sosyal sonuçlar	0,74	0,82	0,64	0,31-0,54	0,40-0,70	0,14-0,46	0,74

KOÖ: Klinik olmayan örneklem, MDB: Majör depresif bozukluk, KBG: Kaygı bozuklukları grubu.

olmasına karşılık, RUMİ-Olumsuz1 faktörünün test-tekrar test güvenilirliği kabul edilebilir sınırın altında kalmaktadır.

Ruminasyonla ilgili üstbilgi ölçeklerinin depresif belirtilerle ilişkisi: yakınsak ve yordayıcı geçerlik

Yakınsak Geçerlik: Her iki ölçeğin de yakınsak geçerliğini destekler şekilde, klinik olmayan örneklemde RUMİ-Olumlu ve RUMİ-Olumsuz ölçeklerinin depresif belirtilerin şiddeti, ruminasyon, endişe ve düşünce süreçleri ile ilgili üstbilgiler (RUMİ-Olumlu için bilişsel güvensizlik hariç), patolojik endişe ve kaygı belirtileri ile ilişkileri pozitif yönde ve anlamlıdır (Tablo 3). Depresyon grubunda RUMİ-Olumlu ölçeğinin sadece ruminasyon düzeyi, toplam üstbilgi puanı, bilişsel farkındalık ve kaygı belirtileri ile anlamlı ve pozitif yönde ilişki göstermesi dikkat çekmektedir. Bu grupta RUMİ-Olumsuz bilişsel güvensizlik ve bilişsel farkındalık haricinde tüm diğer değişkenlerle pozitif yönde ve anlamlı olarak ilişkilidir. Kaygı bozuklukları grubunda her iki ölçek de bilişsel güvensizlik hariç tüm araştırma değişkenleri ile beklendiği yönde ilişkiler göstermektedir. RUMİ-Olumsuz alt ölçeklerinin ilgili değişkenlerle ilişkisi Tablo 3'te verilmiştir.

Yordayıcı Geçerlik: Ölçeklerin depresif belirtileri yordayıcı geçerliğini incelemek amacıyla klinik olmayan örneklem grubu üzerinde yapılan iki basamaklı aşamalı (hiyerarşik) regresyon analizinde, ilk basamakta kontrol değişkenleri olarak cinsiyet, yaş, öğrenci olma durumu (öğrenci-öğrenci değil) ve kaygı düzeyi, ikinci basamakta ise RUMİ-Olumlu, RUMİ-Olumsuz1 ve RUMİ-Olumsuz2 değişkenleri adım adım (stepwise) yöntem kullanılarak eşitliğe dahil edilmiştir. Analiz sonuçları depresif belirtiler şiddetini ilk basamakta kaygı düzeyi ($\beta = 0,55$, $t = 13,57$, $R^2_{\text{Değişimi}} = 0,30$, $p < 0,001$) ve öğrenci olma durumunun ($\beta = -0,08$, $t = 2,04$, $R^2_{\text{Değişimi}} = 0,01$, $p < 0,05$), ikinci basamakta ise RUMİ-Olumsuz1 ($\beta = 0,45$, $t = 11,27$, $R^2_{\text{Değişimi}} = 0,16$, $p < 0,001$) ve RUMİ-Olumsuz2 ($\beta = 0,12$, $t = 2,91$, $R^2_{\text{Değişimi}} = 0,01$, $p < 0,005$) değişkenlerinin yordadığını göstermektedir. Ruminasyon hakkındaki olumlu inanışların depresif belirtileri anlamlı olarak yordamasından hareketle, bu analiz bir kere de güçlü bir kontrol değişkeni olan kaygı düzeyi eşitlikten çıkarılarak yinelenmiştir. Buna göre ilk

basamakta yaş ($\beta = -0,13$, $t = -2,66$, $R^2_{\text{Değişimi}} = 0,02$, $p < 0,01$), ikinci basamakta ise RUMİ-Olumsuz1 ($\beta = 0,61$, $t = 16,12$, $R^2_{\text{Değişimi}} = 0,37$, $p < 0,001$) ve RUMİ-Olumsuz2 ($\beta = 0,14$, $t = 3,15$, $R^2_{\text{Değişimi}} = 0,01$, $p < 0,005$) değişkenlerine ek olarak, RUMİ-Olumlu'nun ($\beta = 0,10$, $t = 2,65$, $R^2_{\text{Değişimi}} = 0,01$, $p < 0,01$) da depresif belirti şiddetini anlamlı olarak yordadığı görülmüştür.

Gruplar arası karşılaştırmalar: ölçüt bağıntılı geçerlik ve ayırt edici klinik geçerlik

Ölçüt Bağıntılı Geçerlik: Ölçeklerin ölçüt bağıntılı geçerliği klinik olmayan örneklem grubu üzerinde incelenmiştir. Buna göre katılımcılar depresyon düzeyleri açısından eşik altı ve üstü uç gruplara ayrılmış ve RUMİ-Olumlu ve RUMİ-Olumsuz puanlarının yüksek ve düşük belirti gruplarını ayırıştırıp ayırıştırmadığı toplam puanlar için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve RUMİ-Olumsuz alt ölçekleri için çok yönlü varyans analizi (MANOVA) aracılığıyla incelenmiştir. Bu amaçla BDE'den elde ettikleri puana göre alt ve üst %25'lik bölün dilimlerine (quartiles) giren katılımcılar, yüksek ve düşük depresif belirti gruplarına ayrılmıştır. Envanterden elde edilen puana göre alt %25'lik dilime girmeyi sağlayan kesme noktası 5 puan ve altı, üst %25'lik dilime girmeyi sağlayan kesme noktası ise 16 puan ve üzeri olarak belirlenmiştir. Ölçeklerin ölçüt bağıntılı geçerliğini destekler şekilde, Tablo 4'te özetlenen analiz sonuçları depresif belirtileri yüksek olan bireylerin ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inanışlarının, depresif belirtileri düşük olan bireylerden anlamlı olarak daha güçlü olduğunu göstermektedir.

Ayırt Edici Klinik Geçerlik: Ölçeklerin MDB grubunu diğer gruplardan ve klinik grupları klinik olmayan gruptan ayırt etme gücünü incelemek amacıyla, üç farklı klinik grup ve sağlıklı kontrol grubunun ölçeklerden aldığı puanlar arasındaki farklar ANOVA ile incelenmiştir. Post-hoc karşılaştırmaları için, özgün çalışmaya da uygun olarak, gruplar arasındaki gözlem sayıları arasında eşitlik varsayımını dikkate almayan Scheffe testi kullanılmıştır.

TABLO 3. Örneklem Gruplarında RUMİ-Olumlu, RUMİ-Olumsuz Ölçeklerinin ve RUMİ-Olumsuz1 (Kontrol Edilemezlik ve Tehlike) ve RUMİ-Olumsuz2 (Kişiler Arası ve Sosyal Sonuçlar) Alt Ölçeklerinin Araştırma Değişkenleri ile İlişkisi.

	KOÖ (S= 455)				MDB (S= 60)				KBG (S= 60)			
	RUMİ-olumlu	RUMİ-olumsuz	RUMİ-olumsuz1	RUMİ-olumsuz2	RUMİ-olumlu	RUMİ-olumsuz	RUMİ-olumsuz1	RUMİ-olumsuz2	RUMİ-olumlu	RUMİ-olumsuz	RUMİ-olumsuz1	RUMİ-olumsuz2
BDE	0,26**	0,59**	0,61**	0,42**	0,22	0,47**	0,39**	0,46**	0,36**	0,75**	0,69**	0,69**
RÖ	0,42**	0,50**	0,53**	0,33**	0,49**	0,62**	0,64**	0,49**	0,48**	0,57**	0,61**	0,41**
ÜBÖ30	0,42**	0,53**	0,57**	0,36**	0,35**	0,41**	0,36**	0,38**	0,70**	0,56**	0,62**	0,38**
ÜBÖ1	0,39**	0,20**	0,26**	0,10*	0,12	0,50**	0,47**	0,44*	0,34**	0,73**	0,72**	0,61**
ÜBÖ2	0,27**	0,58**	0,63**	0,38**	0,17	0,51**	0,48**	0,44**	0,39**	0,65**	0,66**	0,52**
ÜBÖ3	0,04	0,30**	0,31**	0,22**	0,12	-0,04	0,06	-0,13	0,07	-0,06	-0,03	-0,09
ÜBÖ4	0,30**	0,44**	0,41**	0,37**	0,19	0,47**	0,32*	0,53**	0,64**	0,50**	0,55**	0,36**
ÜBÖ5	0,36**	0,11*	0,13**	0,06	0,46**	0,23	0,23	0,19	0,78**	0,43**	0,56**	0,19
PEEÖ	0,29**	0,47**	0,57**	0,24**	0,15	0,40**	0,39**	0,34**	0,37**	0,52**	0,54**	0,39**
SKE	0,31**	0,56**	0,61**	0,36**	0,12	0,50**	0,47**	0,44**	0,32**	0,73**	0,72**	0,61**
BAE	0,30**	0,45**	0,48**	0,31**	0,33*	0,40**	0,32*	0,40**	0,27*	0,53**	0,51**	0,46**

KOÖ: Klinik olmayan örneklem, MDB: Majör depresif bozukluk, KBG: Kaygı Bozuklukları Grubu, BDE: Beck Depresyon Envanteri, RÖ: Ruminasyon Ölçeği, Kısa Formu, ÜBÖ30: Üst-Bilişler Ölçeği-30, ÜBÖ1: Endişe ile ilgili olumlu inançlar, ÜBÖ2: Endişe ile ilgili olumsuz inançlar, ÜBÖ3: Bilişsel güvensizlik, ÜBÖ4: Düşünceleri kontrol ihtiyacı, ÜBÖ5: Bilişsel farkındalık, PEEÖ: Penn Eyalet Endişe Ölçeği, SKE: Sürekli Kaygı Envanteri, BAE: Beck Anksiyete Envanteri.
*p < 0,05, **p < 0,01

Tablo 5'ten takip edilebileceği gibi, bulgular ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar açısından MDB, PB ve SAB grupları arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir. Buna karşılık MDB grubunda gözlenen olumlu inanışlar sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksektir. PB ve SAB gruplarının olumlu inanışlar puanları ile SKG arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır. RUMİ-Olumsuz puanı açısından da MDB, PB ve SAB grupları arasında anlamlı fark bulunamazken, bu üç klinik grupta görülen ruminasyonla ilgili olumsuz inanışların sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. Gruplar belirti değerlendiren ölçeklerden elde edilen puanlar açısından da karşılaştırılmıştır. Buna göre klinik grupların ruminasyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark yokken, sağlıklı kontroller klinik gruplardan anlamlı olarak daha az ruminasyon yapmaktadır. MDB grubu depresyon ve kaygı belirtileri açısından SAB grubundan ayrışmamakta, buna karşılık tüm klinik gruplar kontrol grubuna kıyasla daha fazla belirti bildirmektedir.

TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı uluslararası alan yazında depresyonla ilgili üstbiliş çalışmalarında sıklıkla kullanılan iki temel ölçme aracının ülkemizdeki psikometrik özelliklerini incelemektir. Türkçe ölçeklerin yapı geçerliği, klinik olmayan örneklem grubu üzerinde, açılımlı faktör analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Bulgular her iki ölçeğin de özgün formlarına

uygun bir faktör yapılanması gösterdiğine işaret etmektedir. Buna göre Türkçe RUMİ-Olumlu tek bir boyuttan, RUMİ-Olumsuz ise “RUMİ-Olumsuz1: Ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesi” ve “RUMİ-Olumsuz2: Ruminasyonun kişilerarası ve sosyal sonuçları” olmak üzere iki boyuttan oluşmaktadır. RUMİ-Olumsuz ölçeğindeki iki madde (madde 7: “Depresyonum (çökkünlüğüm) hakkında tekrar tekrar düşünmek intihar etmeme yol açabilir.” ve madde 13: “Tekrarlayıcı biçimde düşünmek kendime zarar vermeme neden olabilir.”) beklenen özgün boyut olan “ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesi” altına yerleşmek yerine diğer faktörle daha yüksek korelasyon göstermiştir. Benzer şekilde, ölçeğin klinik olarak depresif olgular üzerinde Hollanda diline uyarlandığı çalışmada da, doğrulayıcı faktör analizi sonuçları aynı maddelerin (madde 7 ve 13) ölçekteki kalan diğer maddelerle paylaşılmayan bir ortak yönü olduğuna işaret etmektedir (Roelofs ve ark. 2010). Bu maddeler içerik olarak incelendiğinde her ikisinin de kendine zarar verici davranışları yansıttığı ve bu haliyle ilgili maddelerin kültürümüzde kişiler arası ve sosyal sonuçları da olan bir durum gibi algılanmamış olabileceği düşünülebilir. Yanı sıra MDB grubu için bu çalışmada elde edilen iç tutarlılık katsayıları (Tablo 2), özgün RUMİ-Olumsuz1 ve RUMİ-Olumsuz2 değerleri (sırasıyla, 0,80 ve 0,83) ile karşılaştırıldığında, bu iki maddenin diğer faktör altına yüklenmesinin ilgili faktörlerin güvenilirlik değerlerini düşürmediği görülmektedir. Gelecek araştırmalarda özellikle RUMİ-Olumsuz ölçeği olmak üzere her iki ölçeğin

TABLO 4. Uç Grup Karşılaştırma Sonuçları.

Değişkenler	Depresif belirtiler				Anlamlılık testleri	
	Düşük (S= 121)		Yüksek (S= 121)		Çok yönlü F değeri	Tek yönlü F değeri
Ort.	SS	Ort.	SS			
RUMİ-Olumlu	20,42	6,92	24,93	6,23	-	F (1, 240) = 28,37*
RUMİ-Olumsuz toplam	19,40	4,95	27,65	7,33	-	F (1, 240) = 105,45*
RUMİ-Olumsuz faktörleri	-	-	-	-	F (2, 240) =	-
1. Kontrol edilemezlik ve tehlike	9,79	3,00	15,16	4,13	66,62*	F (1, 240) = 133,74*
2. Kişiler arası ve sosyal sonuçlar	9,60	2,71	12,49	4,2	-	F (1, 240) = 40,36*

*p < 0,001

de faktör yapısının klinik örneklem üzerinde ve doğrulayıcı (confirmatory) faktör analizi ile de çalışılması gerekmektedir.

İç tutarlılık bulguları ölçeklerin gerek klinik gerekse klinik olmayan gruplarda güvenilirlik ölçütlerini RUMİ-Olumlu için çok iyi, RUMİ-Olumsuz için iyi derecede karşıladığını göstermektedir. RUMİ-Olumsuz faktörlerinin güvenilirlik katsayıları incelenen gruplar arasında iyi ve kabul edilebilir değerler arasında değişmekte, kişiler arası ve sosyal sonuçlar faktörünün güvenilirliği sadece KB grubunda kabul edilebilir değer altında kalmaktadır. Ayrıca, toplam RUMİ-Olumsuz ve kişiler arası ve sosyal sonuçlar boyutunda yer alan 10. madde (“Tekrarlayıcı biçimde düşünüyor olmam kötü bir insan olduğum anlamına gelir.”) ve 12. madde (“Sadece zayıf insanlar tekrarlayıcı bir biçimde düşünürler.”) KB grubunda iyi çalışmamakta, klinik olmayan örnekleme ise sınırda kabul edilebilir korelasyon göstermektedir. Yapılan incelemeler, ilgili gruplarda bu maddelerin ölçekten çıkarılmasının güvenilirlik değerlerinin değişmesine anlamlı bir katkıda bulunmadığını göstermektedir. Maddeler içerik olarak incelendiğinde “kötü insan” ve “zayıf insan” tanımlamalarının daha depresif etiketlemeler olduğu söylenebilir. Dolayısıyla bu maddelerin depresif olgular için ölçekteki diğer maddelerle daha güçlü bir ilişki göstermesi beklendik yönde bir bulgudur. Sonuç olarak ölçeğin klinik depresyon vakaları için geliştirildiği bilgisini destekler şekilde, Türkçe RUMİ-Olumsuz, MDB grubunda daha güçlü güvenilirlik değerleri göstermektedir.

Ölçeklerin klinik olmayan örnekleme elde edilen test-tekrar test güvenilirlikleri incelendiğinde, ilgili katsayıların RUMİ-Olumlu, RUMİ-Olumsuz ve RUMİ-Olumsuz2 faktörü için yeterli düzeyde olduğu görülmektedir. Klinik grup üzerinde yapılan özgün çalışmada da gözlenen bir durum olarak, RUMİ-Olumsuz1 faktörünün test-tekrar test güvenilirliği sınırdadır. Bu bulgudan hareketle, ruminasyonun kontrol edilemezliği ve tehlikesi ile ilgili inanışların, zaman içerisinde kişinin duygudurumu, yaşamındaki stres faktörleri

gibi değişimlerden etkilenmeye görece daha açık olduğu düşünülebilir. Öte yandan bu tür bir inanışın zaman içerisindeki tutarlılığı klinik ve klinik olmayan gruplar arasında farklılık gösterebilir. Bu nedenle ülkemizde ölçeklerin test-tekrar test değerleri klinik gruplar üzerinde de incelenmelidir.

Klinik olmayan örnekleme, her iki ölçeğin de yakınsak geçerliliğini destekler şekilde depresif belirtiler, ruminasyon, endişeyle ilgili üstbilişler ve kaygı belirtilerinde gözlenen artış RUMİ-Olumlu ve RUMİ-Olumsuz puanlarındaki artışla bağlantılı bulunmuştur. Ancak depresyon grubunda RUMİ-Olumlu ölçeği sadece ruminasyon düzeyi, toplam üstbiliş puanı, bilişsel farkındalık ve kaygı belirtileri ile ilişkilidir. Sonuçlar klinik depresyon grubunda RUMİ-Olumsuz ölçeği açısından değerlendirildiğinde, ruminasyonla ilgili olumsuz inanışların bilişsel güvensizlik ve bilişsel farkındalık haricinde tüm diğer değişkenlerle pozitif yönde ve güçlü korelasyonlar gösterdiği ve ilgili ölçeğin yakınsak geçerliliğinin MDB grubunda da desteklendiği görülmektedir. Ölçeklerin yakınsak geçerliliği kaygı bozuklukları grubunda da desteklenmiş ve her iki ölçek de bilişsel güvensizlik hariç tüm araştırma değişkenleri ile beklendik yönde ilişkiler göstermiştir.

Depresif olgularda ruminasyonun bir başa çıkma yöntemi olarak işlevsel olduğu inanışının, sürekli kaygı, endişe düzeyi ve endişe odaklı üstbilişlerle ilişkili bulunmaması, bu üstbilişin depresyonla ilgili bir üstbiliş olarak önerildiği dikkate alındığında görece beklendik bir bulgudur. Ancak klinik olmayan örnekleme RUMİ-Olumlu ölçeği ile depresif belirtiler arasındaki bağıntı doğrulandığı halde, beklenen korelasyonun MDB grubunda gözlenmemesi, ruminasyonla ilgili olumlu inanışların depresyon için bir yatkınlık oluşturduğu önermesini desteklememektedir. Öte yandan, klinik depresyon grubu için bu iki değişken arasında doğrudan bir korelasyon özgün çalışmada da bildirilmemiş, ilgili çalışmada ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiye ruminasyon düzeyi aracılık etmiştir (Papageorgiou ve Wells

TABLO 5. Örneklem Grupları Arası Karşılaştırmalar.

	1. MDB (S= 60)		2. PB (S= 30)		3. SAB (S= 30)		4. SKG (S= 30)		Anlamlılık	
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	F	Post-hoc grup farklılıkları
RUMİ-Olumlu	22,65	7,25	21,07	6,99	21,97	6,6	18,07	4,33	(3, 146) = 3,37*	1 > 4
RUMİ-Olumsuz	27,87	8,81	26	8,5	26,9	6,47	18,87	5,02	(3, 146) = 9,73**	1, 2, 3 > 4
RÖ	25,73	5,25	25,1	7,67	26,87	5,24	17,07	4,66	(3, 146) = 19,48**	1, 2, 3 > 4
BDE	25,20	9,20	18,87	11,03	20,07	8,82	6,77	6,01	(3, 146) = 28,10**	1 > 2, 4 ve 2, 3 > 4
BAE	25,72	12,97	34,07	13,07	26,33	13,3	9,03	8,54	(3, 146) = 22,12**	1, 3 > 4 ve 2 > 1, 4

MDB: Majör depresif bozukluk, PB: Panik bozukluk, SAB: Sosyal anksiyete bozukluğu, SKG: Sağlıklı kontrol grubu, RÖ: Ruminasyon Ölçeği, Kısa Formu, BDE: Beck Depresyon Envanteri, BAE: Beck Anksiyete Envanteri.
*p < 0,05, **p < 0,001

2001a). Diğer bir deyişle, klinik depresyon söz konusu olduğunda ruminasyonla ilgili olumlu inanışların ruminasyonları tetiklemek suretiyle depresif belirtilere yol açtığı söylenebilir. Bu nedenle ülkemizde bu konuda yürütülecek çalışmalarda ruminasyon düzeyinin aracı rolü ve klinik ve klinik olmayan gruplarda depresyonunun üstbilişsel modellemelerinde gözlenebilecek yapısal farklılıklar incelenmelidir. Ulaşılan bu bulgu, ölçeğin yakınsak geçerliğinin grubun büyüklüğü artırılarak ve depresyon belirtileri için farklı değerlendirme araçları kullanılarak tekrar incelenmesi gerekliliğini de yansıtıyor olabilir.

Diğer taraftan farklı kültürlerde yapılan çalışmalar incelendiğinde, ruminasyonla ilgili olumlu inanışların aslında depresif belirtilerle işlevsel bir başa çıkma yöntemi olabileceğine ilişkin tartışmalar göze çarpmaktadır. Örneğin, Japonya'da yürütülen bir çalışmada (Takano ve Tanno 2010), ruminasyona ilişkin olumlu inanışların kişinin kendine ilişkin ruminasyonlarını (self-rumination) tetiklediğinde depresif belirtileri artırdığı, ancak kişinin kendine ilişkin derinlemesine düşünmesini (self-reflection) tetiklediğinde depresif belirtileri azalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgudan hareketle ruminasyona ilişkin olumlu inanışların depresif belirtilerle ilişkisinin, ne tür bir ruminasyon yapıldığına bağlı olarak değişebileceği düşünülebilir. Benzer şekilde depresyon tanısı almış İngiltere'de yaşayan Pakistanlı kadınlarla depresyonun üstbilişsel modelini incelemek amacıyla yapılan nitel bir araştırmada (Rafique 2010), olumlu inanışların depresif belirtilerle gösterilen pozitif ilişkisinin evrensel olarak doğrulanmayabileceği sonucuna varılmıştır. Araştırmaya katılan kadınlardan bazıları, özellikle de ruminasyona ilişkin olumsuz inanışlara sahip olanlar, olumlu inanışlara sahip olmadıklarını belirtmiş ve Rafique bu durumun aynı anda hem olumlu hem olumsuz iki uyumsuz inanışa sahip olmanın yarattığı bilişsel çelişkiyi açıklama zorluğundan kaynaklanabileceğini belirtmiştir. Bu çelişkinin

uzlaşmasının, yaşamının kader tarafından yönlendirildiğine inanan bir birey için daha zor olabileceği de öngörülmüştür. Buna göre, ruminasyonla ilgili olumlu inanışlara sahip olmak kişi tarafından dini inanışları ile çatışan ve suçluluk yaratan bir durum şeklinde anlamlandırılıyor olabilir. Ayrıca Doğu kültürlerinde olumlu üstbilişlerin bilinçli farkındalık düzeyine çıkarak, açık bir şekilde bir ölçek maddesi üzerinden ifade edilmesinin zor olabileceği, bunun yerine bu tür üstbilişlerin kendilerini daha örtük ifade ve yaşantılarla gösterebileceği ileri sürülmüştür. Gelecek çalışmalarda ruminasyona ilişkin olumlu inanışlar ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiler, özellikle kültürümüz için de uyumlu yönleri olan bu açıklamalar çerçevesinde incelenebilir.

Klinik olmayan grupta yordayıcı geçerlik için kaygı belirtilerinin kontrol edildiği ve edilmediği iki ayrı regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Kaygı belirtileri kontrol edildikten sonra ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar depresif belirtilerle bağlantılı bulunmazken, olumsuz inanışlar depresif belirtilerin anlamlı ve güçlü bir yordayıcısı olmuştur. Kaygının kontrol edilmediği ikinci analizde ise her iki değişken de depresif belirtileri anlamlı şekilde yordamıştır. Bu durum en genel haliyle olumlu inanışlara kıyasla ruminasyonla ilgili olumsuz inanışların depresif belirtiler için daha güçlü ve doğrudan bir üstbilişsel yordayıcı olduğuna işaret etmektedir. Kaygı belirtilerinin olumlu inanışların depresif belirtileri yordama gücü üzerinde oynadığı karıştırıcı rol ise, olumlu inanışların depresif belirtilerle bağlantısının ancak kaygı belirtileri ile bir etkileşim içerisinde anlamlı olabileceği yönünde ipuçları vermektedir. Diğer bir deyişle, ruminasyonla ilgili olumlu inanışlar sadece kaygı düzeyi de yüksek olan bireylerde depresif belirtilerle bağlantılı olabilir. Bu durum işe yarayacağı düşünülen bir başa çıkma mekanizması olarak bir süre ruminasyon yapıldıktan sonra yaşanan olumsuz duygu durum nedeniyle ruminasyonun zararlarına yönelik olumsuz inanışlar geliştirileceği

şeklindeki üstbilişsel modelleme ile tutarlı görünmektedir. Ruminasyonla ilgili olumlu inanışların kaygı belirtileri ile etkileşimi gelecek çalışmalarda ele alınabilecek bir araştırma sorusu olarak belirlemektedir.

Ayırt edici geçerlik kapsamında klinik olmayan örneklem grubu üzerinde yapılan ölçüt bağıntılı geçerlik analizleri, hem RUMİ-Olumlu hem de RUMİ-Olumsuz ölçeklerinin depresif belirtileri yüksek olan bireyleri düşük olan bireylerden ayırt edebildiği yönünde bulgular vermiştir. Yani sıra, özgün RUMİ-Olumlu çalışmasında ölçeğin bir öğrenci örnekleminde ruminasyonlar ile endişelerden daha yüksek bir korelasyon göstermesi ölçeğin ayırt edici geçerliğine destek olarak sunulmuştur. Bu çalışmada da öğrenci ve öğrenci olmayan katılımcılardan oluşan örneklemden benzer bir sonuç elde edilmiştir. Özellikle MDB grubunda RUMİ-Olumlu ölçeğinin ruminasyon düzeyi ile korelasyonu anlamlı iken endişe düzeyi ile korelasyonu anlamlı bulunmamıştır.

Ruminasyonla ilgili olumlu ve olumsuz inanışların klinik grupları birbirinden ayırt edip etmediği ANOVA analizleri ile incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre RUMİ-Olumlu ölçeği sadece depresif grubu kontrol grubundan ayırabilmekte, kaygı gruplarını sağlıklı kontrol grubundan ayıramamaktadır. RUMİ-Olumsuz ölçeği ise tüm psikiyatrik tanı gruplarını sağlıklı kontrol grubundan ayırt edebilmektedir. Buna karşılık her iki ölçek de depresif grubu diğer kaygı bozukluklarından ayıramamaktadır. Bu durumda RUMİ-Olumlu ve RUMİ-Olumsuz ölçeklerinin ayırt edici klinik geçerliklerinin ancak kısmen doğrulanabildiği söylenebilir. Bu bulgular Türkçe RUMİ-Olumlu ve RUMİ-Olumsuz ölçeklerinin genel olarak klinik grupları normal kontrollerden ayırmanın ötesinde, MDB'yi SAB ve PB'den ayırt etmede gerçek bir psikometrik duyarlılığa sahip olmadığına işaret ediyor olabilir. Öte yandan, her ne kadar tanıları ayrıştırılmış olsa da klinik pratikte sık karşılaşılabilen bir durum olarak MDB ve SAB grupları arasında depresyon ve kaygı puanları açısından anlamlı bir fark olmaması, ölçeklerin ayırt edici geçerliklerinin gözlenmesini engellemiş olabilir. Ancak MDB ve PB olgularının depresyon ve kaygı belirtileri arasında gözlenen fark beklendik yönde ve anlamlı olduğu halde, RUMİ-Olumlu ve RUMİ-Olumsuz ölçeklerinden elde edilen puanlar arasında bu gruplar açısından da bir fark bulunamamıştır. Bu nedenlerle, ilgili ölçeklerin ayırt edici klinik geçerlikleri daha büyük ve sosyodemografik özellikleri açısından daha iyi dengelenmiş tanı grupları üzerinde ve yargıcılar arası güvenilirlik gibi yöntemler kullanılarak eştanıların daha dakik şekilde ayrıştırıldığı araştırma desenleri aracılığıyla tekrar incelenmelidir.

Bu çalışmada yer alan klinik grupların ruminasyon düzeyleri arasında da anlamlı bir fark olmaması, nasıl ki temel olarak kaygı bozukluklarına özgü olan endişeler "belirtilerin devam etmesi" teması ile depresyonda da görülebiliyorsa, temel olarak depresif bireylere özgü bir bilişsel özellik olan ruminatif düşünme biçiminin de kaygı bozukluğu yaşayan kişilerde

görülebileceği şeklinde değerlendirilebilir. Örneğin sosyal fobinin bilişsel modelinde Clark ve Wells (1995), sosyal anksiyetesi olan bireylerin sosyal ortamlara girdiklerinde performansları hakkında ruminasyon yaptıklarını ve bozukluğun devamından temelde bu ruminasyon sürecinin sorumlu olduğunu ileri sürmektedir. Benzer şekilde, sosyal fobik bireylerin dikkatini tehdit durumlarına odaklaması, kendisine yönelik bir tehdit olduğu hakkında ruminasyon geliştirmesine ve geçmişteki olumsuz anılarının gündeme gelmesine yol açmaktadır (Buckner ve ark. 2010). Ruminasyon ve endişenin hem depresyon hem de kaygı belirtileri ile bağlantılı olduğunu gösteren çalışmalar da bu görüşü destekler niteliktedir (Cox ve ark. 2001, Nolen-Hoeksema 2000, Segerstrom ve ark. 2000). Bunların yanı sıra, MDB'nin üstbilişsel modelinde tanımlanan BYS sadece ruminasyon değil, aynı zamanda endişeden de oluşmaktadır. Bu noktada önemli olan, bireylerin endişe ya da ruminasyon şeklinde tanımlanabilecek düşüncelere sahip olup olmamalarından ziyade, bu düşüncelerine ilişkin üstbilişleri arasındaki farklılıklardır denilebilir.

Sonuç olarak elde edilen tüm bulgular bir arada ele alındığında, RUMİ-Olumlu ve RUMİ-Olumsuz ölçeklerinin ülkemizde klinik ve klinik olmayan gruplarla yürütülecek uygulama ve araştırma odaklı çalışmalarda geçerli ve güvenilir birer değerlendirme aracı olarak kullanılabilirliği görülmektedir. Ayrıca bu çalışma sonucunda, incelenen ölçeklerin geçerlik güvenilirlik değerlendirmesinin ötesinde, depresyonun üstbilişsel modelinde öne sürülen önermelerin kültürümüzdeki geçerliğine dair önemli ipuçları da elde edilmiştir. Böylelikle bulgular bir yandan ülkemizde depresif belirtilere ilişkin klinik değerlendirme ve psikoterapötik müdahale süreçlerinde üstbilişsel faktörlerin de dikkate alınması gerektiğine, diğer yandan depresyonun üstbilişsel modelinin kültürler arası tutarlılığına yönelik sinyaller vermektedir. Öte yandan bu çalışma katılımcı sayıları görece sınırlı klinik gruplar üzerinde yürütülmüş olması, kaygı bozuklukları grubunun obsesif-kompulsif ve yaygın anksiyete gibi ayırt etme açısından önemli olabilecek belirtileri temsil etmemesi, SAB olgularının depresyon puanlarının da yüksek olması, klinik grupların Eksen II açısından sistematik olarak değerlendirilmemesi, klinik olmayan geniş grubun tanı konusunda yapılandırılmış bir taramadan geçirilememiş olması gibi kısıtlılıklara sahiptir. Bu nedenle elde edilen sonuçlar bu kısıtlılıklar çerçevesinde yorumlanmalıdır. Gelecek çalışmalarda ilgili tanı gruplarında yer alan katılımcıların sayıya artırılması, tanı gruplarının çeşitlendirilmesi ve daha dakik biçimde saflaştırılması göz önünde bulundurulabilir. Ayrıca depresyonun yapısal üstbilişsel modelini incelemeye odaklanan ve üstbilişlerin depresif belirtilerin gelişmesi ve sürmesi üzerindeki rolünü inceleyen çalışmalar ulusal ve uluslararası yazına katkı getirici nitelikte olacaktır. Sunulan bu araştırma aracılığıyla, bu tür uygulamalı ve akademik nitelikli çalışmaların yapılabilmesi için gerekli olan ölçme araçları dilimize kazandırılarak, depresyonla ilgili yürütülecek üstbiliş araştırmalarına zemin hazırlanmıştır.

Yazar Notları:

Bu çalışma TÜBİTAK tarafından 112K375 Numaralı 1002-Hızlı Destek Programı kapsamında desteklenmiştir.

Bu araştırmanın bir kısmı, 14-17 Kasım 2013 tarihleri arasında İstanbul'da düzenlenen Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği III. Ulusal Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

- Beck AT, Epstein N, Brown G ve ark. (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 56:893-7.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF ve ark. (1979) *Cognitive therapy of depression*. New York, The Guilford Press.
- Brislin RW, Lonner W, Thorndike RM (1973) *Cross-cultural research methods*. New York, John Wiley&Sons Pub., s.182.
- Buckner JD, Maner JK, Schmidt NB (2010) Difficulty disengaging attention from social threat in social anxiety. *Cognitive Ther Res* 34:99-105.
- Clark DM, Wells A (1995). A cognitive model of social phobia. Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment, RG Heimberg, MR Liebowitz, DA Hope ve ark. (Ed), New York, The Guilford Press, s. 69-93.
- Cox BJ, Enns MW, Taylor S (2001) The effect of rumination as a mediator of elevated anxiety sensitivity in major depression. *Cognitive Ther Res* 25: 525-34.
- Erdur-Baker O, Bugay A (2012) The Turkish version of the Ruminative Response Scale: an examination of its reliability and validity. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment* 10:1-16.
- Fisher P, Wells A (2009) *Metacognitive therapy*. Hove, Routledge, s. 11-13.
- Hisli N (1988) Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi* 6:118-22.
- Hisli N (1989) Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 7:3-13.
- Kline P (1986) *A handbook of test construction: introduction to psychometric design*. New York, Methuen.
- Luminet O (2004) Measurement of depressive rumination and associated constructs. *Depressive rumination: nature, theory, and treatment*, C Papageorgiou, A Wells (Ed), Chichester, John Wiley&Sons, s. 187-215.
- Martin LL, Tesser A (1989) Toward a motivational and structural theory of ruminative thought. *Unintended thought*, JS Uleman, JA Bargh (Ed), New York, The Guilford Press, s. 306-26.
- Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL ve ark. (1990) Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behav Res Ther* 28:487-95.
- Moberly NJ, Watkins ER (2008) Ruminative self-focus and negative affect: an experience sampling study. *J Abnorm Psychol* 117:314-23.
- Nolen-Hoeksema S (1991) Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol* 100:569-82.
- Nolen-Hoeksema S (2000) The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnorm Psychol* 109:504-11.
- Nolen-Hoeksema S, Morrow J (1991) A prospective study of depression and post-traumatic stress symptoms following a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *J Pers Soc Psychol* 61:115-21.
- Nolen-Hoeksema S, Morrow J (1993) Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition Emotion* 7:561-70.
- Nolen-Hoeksema S, Parker L, Larson J (1994) Ruminative coping with depressive mood following loss. *J Pers Soc Psychol* 67:92-104.
- Nunnally JC (1978) *Psychometric theory*, 2. Baskı, New York, McGraw-Hill.
- Öner N, LeCompte A (1985) *Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Papageorgiou C, Wells A (1999) Process and metacognitive dimensions of depressive and anxious thoughts and relationships with emotional intensity. *Clin Psychol Psychot* 6:156-62.
- Papageorgiou C, Wells A (2001a) Positive beliefs about depressive rumination: development and preliminary validation of a self-report scale. *Behav Ther* 32:13-26.
- Papageorgiou C, Wells A (2001b) Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cogn Behav Pract* 8:160-4.
- Papageorgiou C, Wells A (2003) An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Ther Res* 27:261-73.
- Papageorgiou C, Wells A (2004) Nature, functions, and beliefs about depressive rumination. *Depressive rumination: nature, theory, and treatment*, C Papageorgiou, A Wells (Ed), Chichester, John Wiley&Sons, s. 3-20.
- Rafique Z (2010) An exploration of the presence and content of metacognitive beliefs about depressive rumination in Pakistani women. *Br J Clin Psychol* 49:387-411.
- Roelofs J, Huibers M, Peeters F ve ark. (2010) Positive and negative beliefs about rumination: a psychometric evaluation of two self-report scales and a test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Ther Res* 34:196-205.
- Robinson MS, Alloy LB (2003) Negative cognitive styles and stress-reactive rumination interact to predict depression: a prospective study. *Cognitive Ther Res* 27:275-91.
- Segerstrom SC, Tsao JCI, Alden LE ve ark. (2000) Worry and rumination: repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *Cognitive Ther Res* 24:671-88.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R ve ark. (1983) *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Consulting Psychology Press, Palo Alto, CA.
- Tabachnick BG, Fidell LS (2013) *Using multivariate statistics*, 6. Baskı, Boston, Pearson International Edition, s.618.
- Takano K, Tanno Y (2010) Positive beliefs about rumination, self-rumination, and self-reflection. *Jpn J Pers* 19:15-24.
- Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S (2003) Rumination reconsidered: a psychometric analysis. *Cognitive Ther Res* 27:247-59.
- Ulusoy M, Şahin N, Erkmén H (1998) Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *J Cogn Psychother Int Q* 12:74-81.
- Watkins ER (2008) Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychol Bull* 134:163-206.
- Watkins E, Moulds M (2005) Distinct modes of ruminative self-focus: impact of abstract versus concrete rumination on problem solving in depression. *Emotion* 5:319-28.
- Wells A (2000) *Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy*. Chichester, John Wiley&Sons.
- Wells A (2009) *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York, The Guilford Press.
- 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, Matthews G (1994) *Attention and emotion: a clinical perspective*. Hove, Psychology Press, s. 265-95.
- Wenzlaff RM (2005) Seeking solace but finding despair: the persistence of intrusive thoughts in depression. *Intrusive thoughts in clinical disorders: theory, research, and treatment*, DA Clark (Ed), New York, The Guilford Press, s. 54-85.
- Yılmaz AE (2007) Examination of metacognitive factors in relation to anxiety and depressive symptoms: a cross-cultural study. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- Yılmaz AE, Gençöz T, Wells A (2008) Psychometric characteristics of the Penn State Worry Questionnaire and Meta-Cognitions Questionnaire-30 and metacognitive predictors of worry and obsessive-compulsive symptoms in a Turkish Sample. *Clin Psychol Psychot* 15:424-39.