

## TANILAR ÖTESİ MODELİN AKIL YÜRÜTME HATALARI VURGUSUYLA PSİKOLOJİK PROBLEMLERE UYGULANMASI

Lütfiye KAYA CİCERALİ\* & Süha Berk SÜLOĞLU\*\*

### Öz

*İnsanlığın deneyimlediği zihinsel zorlukları anlamlandırmada kullanılan Tanılar Ötesi Model, pek çok psikolojik problemi açıklayabilme yetkinliğini kanıtla dayalı çalışmalarla göstermiş, psikolojik sağlık literatüründe görece yeni, etkili bir modeldir. Bu derleme çalışmasında modelin beş ana başlığı (dikkat, hafıza, düşünce, davranış ve akıl yürütme hataları) örneklerle açıklanmış sonrasında bu başlıklardan biri ve bu makalenin ana konusu olan akıl yürütme hataları üzerinde özellikle durulmuş ve kısa hayali vaka örnekleriyle farklı akıl yürütme hatalarından kaynaklı psikolojik bozukluklar açıklanmıştır. Geleneksel olarak kullanılan belirtisel/sınıflandırıcı akıl hastalığı modeli ile sağlıkta bozulmayı boyutsal olarak tespit edebileceğimiz tanılar ötesi model karşılaştırılmış, yeni yaklaşımın güçlü bulunan yönlerinden bahsedilmiştir. Model baz alınarak ortaya konan terapilerin inşasında kullanılan yaklaşımlar kısaca açıklanmıştır. İlk dört zihinsel hata birer örnekle açıklanmış, psikopatolojik tezahürlere dair bilgilendirici senaryolara yer verilmiştir. Son zihinsel hata tipi olan akıl yürütme hataları üzerine daha ayrıntılı bir açıklama yapılmış, özet bir tablo ile akıl yürütme hataları ve her birinin bağlantılı olabileceği psikolojik bozukluklar paylaşılmış, pek çok akıl yürütme hatasının psikopatolojik görünümü örnek senaryolarla açıklanmış ve müdahale protokollerinden bahsedilerek örnek bir duygusal akıl yürütme protokolü tablosu sunulmuştur. Bu çalışmanın amacı psikoloji literatürümüzde bu modele dair bilgiyi ve ilgiyi artırmaktır. Modelin test edilmesiyle ilgili ileri düzey çalışmalara faydalı kaynak oluşturmak da hedeflenmektedir.*

**Anahtar Kelimeler:** Tanılar Ötesi Model, Akıl Yürütme Hataları, Zihinsel Hatalar, Psikolojik Süreçler, Multimorbidite.

## APPLICATION OF TRANSDIAGNOSTIC MODEL TO PSYCHOLOGICAL PROBLEMS WITH A SPECIFIC EMPHASIS ON REASONING ERRORS

### Abstract

*The Transdiagnostic Model is a relatively new and yet influential evidence-based model in mental health literature based on its explanatory power of diverse*

\* Dr. Öğr. Üy., İstanbul Nişantaşı Üniversitesi, lutfiye.cicerali@nisantasi.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0002-8444-2847>

\*\* M.A. İstanbul Nişantaşı Üniversitesi, suhaberk.suloglu@outlook.com, <https://orcid.org/0009-0001-3010-7832>

*mental hardships experienced by the humanity with a reasonably succinct and compact structure. This review article aimed to explain the types of mental errors underlying psychological problems (attention, memory, thinking, behavior, and reasoning errors) as discussed in the model, with a special emphasis on reasoning errors. The model was briefly introduced and compared with the more traditional medical one. The first four mental errors were explained with a specific example for each, and informative scenarios of psychopathological manifestations were included. A more detailed explanation was given concerning the reasoning errors, as the focus of this narrative. The psychopathological manifestations of many reasoning errors were explained with exemplar scenarios. Mental error types in five categories were discussed throughout, with a table summarizing the reasoning errors. Additionally, the way therapies construe interventions based on the model was explained with an ideal table for emotional reasoning error intervention. It was aimed to be an informative, theoretical article that demonstrated how the model worked in practice through vignette cases. Increasing the knowledgebase and interest in this model in Turkish psychology literature is a necessary and viable objective of this article. For more advanced investigations that test the model's validity in Turkey, it would serve as a helpful foundation.*

**Keywords:** *Transdiagnostic Model, Reasoning Errors, Mental Errors, Psychological Processes, Multimorbidity.*

## Giriş

Türkçe diline “Tanılar Ötesi Model” olarak çevrilebilecek “Transdiagnostik Model” psikoloji biliminin ve psikiyatrinin insanın zihinsel problemlerini açıklama ve anlamlandırmada kullanabileceği görece yeni bir modeldir. Terapi ve bilimsel literatürde geleneksel olarak kullanılan, tıpkı bedensel hastalıklarda uygulandığı gibi zihinsel hastalıklarda da hastanın patolojik belirtilerinin tespiti ve konulan tanı doğrultusunda ortadan kaldırılmasına dayalı patojenik/belirtisel modelden (Bhattacharya vd., 2020) farklılık gösterir.

Tanılar ötesi modele göre hastaya yaklaşım tanı koyarak değil, hastanın belirtilerine sebep olan zihinsel süreçleri tespit ederek ve onları düzenleyerek olmalıdır. Çünkü bu model psikopatolojilerin zihinsel süreçlerin bozulması sonucu ortaya çıkan zihinsel hatalardan kaynaklandığını öne sürerek bunları dikkat, hafıza, akıl yürütme, düşünce ve davranış süreçleri olarak beş kategoriye sığdırır (Harvey vd., 2004; Mansell vd., 2008).

Türkiye literatüründe tanılar ötesi modele dair az sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Bu model içerisinde incelenen akıl yürütme hataları özellikle üzerine neredeyse hiç çalışma yapılmamış bir konudur. Dolayısıyla bu yazının amacı hem tanılar ötesi modeli ve bu model altında incelenen zihinsel hataları birer örnekle tanımlayarak modele duyulan ilgiyi artırmak, hem de akıl yürütme süreçlerinin bozulması sonucu oluşan zihinsel hataları çeşitli psikopatolojiler özelinde örneklerle ele almaktır.

## **1. TANILAR ÖTESİ MODEL**

Tanılar ötesi yaklaşımın tarihi DSM-III sonrası dönemde gerçekleştirilen bazı bilimsel çalışmalarla başlamıştır. Bu çalışmalar çeşitli mental bozukluklarda ızdırabın kaynağı olan psikolojik süreçlerin tanı fark etmeksizin ortak olduğunu göstermiştir (Hayes vd., 1996; Ingram, 1990; Wells ve Matthews, 2014). Buna rağmen “transdiagnostik” kavramı geçtiğimiz yüzyılda nadiren kullanılmıştır. Mental sağlığı tedavi etmeye yönelik müdahaleler bağlamında ilk kullanımı yeme bozukluklarına yönelik geliştirilen bir bilişsel davranışçı terapinin denendiği bir çalışma olmuştur (Fairburn vd., 2003). Bu çalışmada yazarlar bu bilişsel davranışçı terapi formunun tanı fark etmeksizin bütün yeme bozukluklarında kullanılabileceğini, dolayısıyla da tanılar ötesi bir müdahale olduğunu beyan etmişlerdir.

Bu çalışmanın odaklandığı tanılar ötesi model ise ilk olarak Allison G. Harvey, Edward Watkins, Warren Mansell ve Roz Shafran tarafından 2004 senesinde yayımlanan “Cognitive Behavioural Processes Across Psychological Disorders: A Transdiagnostic Approach to Research and Treatment” isimli kitapta ortaya konmuştur. Yaklaşım ilerleyen yıllarda HiToP (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology) gibi yeni modellere (Kotov vd., 2017) ve çeşitli transdiagnostik terapilere de önyak olmuştur (Dalglish vd., 2020).

Modelin amacı patojenik/belirtisel/medikal/ sınıflandırıcı yaklaşıma bir alternatif getirmektir. Bunun çeşitli sebepleri vardır, en önde gelen sebeplerin ilki zihinsel bozuklukların kompleks doğasıdır. Patojenik yaklaşıma göre bozukluk sahibi kişinin belirtileri incelenmeli, belirtiler doğrultusunda uygun bir tanı konulmalı, en nihayetinde de o tanıya uygun tedavi protokolü uygulanmalıdır. Tanılar ötesi model bu süreç esnasında hastanın kişisel öyküsüne dair bazı ayrıntıların göz ardı edilebildiğini öne sürer. Bu durum, hastayı belirli bir tanıya sığdırmak için gayri ihtiyari yapılan profesyonel bir hatadır. Tanılar ötesi model her bir hastanın benzersiz bir vaka olduğunu ve bu bağlamda her bir zihinsel problemin kendine özgü bir durum olarak ele alınması gerektiğini savunur. Zihinsel problemler tek tipeleştirilmemelidir (Beutler ve Malik, 2002).

Tanılar ötesi modelin yararlılığına yönelik bir başka argüman tanı koymaya yönelik kılavuzlarda yüzlerce tanının bulunması ve bunları tek tek ezberlemenin akıl sağlığı uzmanları için zorluk çıkarabilmesidir. Tanı koyma süreci esnasında yapılacak bazı hatalar uzmanın hastasına yanlış bir tanı koymasına sebep olabilir; bu da elbette yanlış bir tedavi protokolünün uygulanması ile sonuçlanır (Beutler ve Malik, 2002).

Bununla birlikte, kılavuzlarda kendine yer edinmiş bazı tanılar henüz tam olgunlaşmamış olabilir; üzerinde daha fazla araştırma yapılmalı, bu tanılar daha da kanıta dayalı hale getirilmelidir. Yeterince kanıta dayandırılmamış bu tanıların tanı koyma kılavuzlarında kendilerine bir yer edinebiliyor olmaları hem uzman hem de hastası için talihsiz sonuçlara ve

yanlış tedavilere yol açabilir (Harvey ve Bryant, 2002; McEvoy vd., 2009; Widiger ve Chaynes, 2003).

Örnek olarak bir psikopatolojik semptom olan “Süisidal Olmayan Kendine Zarar Verme” davranışından bahsedebiliriz. Bu semptom kişinin intihar amacı taşımayan ama yine de vücuduna belli bir hasar veren kendini kesme, morartma ve benzeri acı verici eylemleri ifade etmektedir (Nock ve Favazza, 2009). Tanı odaklı geleneksel anlayışa göre bu semptom borderline kişilik bozukluğunun tanı kriterlerinden birisi olarak ele alınır; ancak bu belirtinin sadece bu bozuklukla bağlantılı olmadığı, aslında pek çok diğer zihinsel bozuklukla da bağlantısının olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda kendine zarar verme davranışı, tıpkı süisidalite gibi, tanı sınırları içerisine sığdırılmaz bir tanılar ötesi semptom olarak kabul edilmelidir (Wang ve Eaton, 2023).

Yapılan çalışmalar dürtüsellik (Arens vd., 2012), depresyon (Madjar vd., 2020) ve özellikle çocukluk travması gibi bir travma öyküsü sahibi kişilerde (Ennis vd., 2022) süisidal olmayan kendine zarar verme davranışı riskinin yüksek olduğunu göstermiştir. Ayrıca alkol ve madde istismarı (Jarvi ve Swenson, 2017) ile temsili düşük azınlıkların (özellikle cinsel yönelim ve toplumsal cinsiyet bağlamındaki azınlıklar) uğradıkları ayrımcılık da bu semptom ile bağlantılı bulunmuştur (House vd., 2011). Bütün bunlar bu semptomun geleneksel yaklaşımdaki gibi spesifik bir tanı üzerinden değil de tanılar ötesi faktörler üzerinden ele alınması gerektiğini kanıtlar niteliktedir (Wang ve Eaton, 2023).

Tanılar ötesi modelin patojenik modele karşı duruşunun belki de en önemli sebebi stigma meselesidir. Belirli bir zihinsel bozukluğun tanısını almış, bu bozukluk ile etiketlenmiş olan bir hasta, bu etiketlenme bağlamında çeşitli ekstra problemler yaşayabilir. Hasta almış olduğu tanı ile kendi benliği arasında bir köprü kurarak kendisini manik, depresif, obsesif gibi sıfatlarla nitelemeye başlayabilir; kendi varlığını bu etikete indirgeyen hastanın aldığı tedaviden fayda görmesi güçleşir. Etiketlenen hasta aynı zamanda kendini “normal” olarak niteleyen insanlardan oluşan çevresi tarafından bu bağlamda ayıplanabilir, ayrımcılığa maruz kalabilir veya hakarete uğrayabilir (Beutler ve Malik, 2002). Anormal olarak addedilmekten, çevresi tarafından dışlanmaktan korkan bir kişi sırf o etiket kendisine yapııştırılmasın diye ihtiyacı olduğu halde profesyonel yardım almayı reddedebilir; terapi ve ilaç tedavisi ile problemini çözmek yerine, stigmaya maruz kalmamak adına, o hastalığıyla hayatını sürdürmeye kendini zorlayabilir (Baptista ve Zanon, 2016). Bu durum hastanın bir ömür boyu memnuniyetsizlik ve ıstırap dolu bir varoluş sürdürmesine sebep olacaktır.

Tanılar ötesi model patojenik modele karşı bir alternatif olarak multimorbidite sorununa da bir açıklama getirir. Multimorbidite bir hastada aynı anda birden fazla sağlık probleminin bir arada görülmesi halidir (Suls vd., 2019). Örneğin bir yeme bozukluğu olan bulimiyadan mustarip bir kişi buna ek olarak anksiyete bozukluğuna sahip olabilir, yapılan çalışmalarda bu

durumun multimorbidite oranı %80 gibi yüksek bir oran olarak tespit edilmiştir; tikanırcasına yeme bozukluğu yaşayan obez kimselerde ise anksiyete bozukluğu deneyimleme oranı %70 olarak bulunmuştur (Schwalberg vd., 1992). Benzeri çalışmaların gösterdiğine göre bir hasta profesyonel bir yardım almaya karar verip bir uzmana görüldüğünde aldığı tanıların miktarının ortalaması 2,1 olarak gözlemlenmiştir (Kessler vd., 1994). Bu sonuç bize söz konusu zihinsel bozukluklar olduğunda norm olanın tek bir tanı almaktan ziyade bu tanının yanı sıra birden çok ek tanı alarak multimorbid bir deneyim yaşamak olduğunu göstermektedir.

Multimorbid problemler yaşamak hem uzman hem de hasta için zorluklara sebep olur. Problemlerin hepsine tek tek tedavi veya terapi uygulamak zor ve uzun soluklu bir süreç olacaktır (Koyuncu vd., 2019). Bilindiği üzere hastalar uzun tedavi ve terapilere hem psikolojik hem de ekonomik olarak devamlılık göstermede zorluk çekebilmektedir (Strosahl vd., 2012). Dünyanın geri kalanında gözlemlendiği gibi ülkemizde de pek çok kişi maddi olarak gücü yetmediği için terapilerini yarıda bırakmak durumunda kalabilmektedir. O halde uzmanlara düşen iş, hastalara kısa ve etkili terapiler uygulamaktır.

Tanılar ötesi model bu bağlamda uzmanlara yol gösterir, çünkü bu model adı üstünde tanılardan öte bir modeldir. Tanıdan ziyade hastanın belirtilerinin altında yatan psikolojik süreçlere odaklanılır. Psikolojik süreçlerin bozulması aynı anda pek çok belirtiyeye sebep olabilir ya da o belirtilerin idamesini sağlayabilir. Yani bu süreçler aynı anda birden çok tanının altında yatmaktadır. Yapılan çalışmalar multimorbid durumlarda ortaya konan bazı müdahalelerin hedeflenen birincil tanının ötesinde diğer tanıları da fayda sağlayabildiğini göstermiştir (Bélanger vd., 2004; Borkovec vd., 1995; Tsao vd., 2002). Bu durum psikolojik süreçlerin birden çok tanının altında yatan ortak mekanizmalar olduğunu kanıtlar niteliktedir. O halde bu ortak süreçlere müdahale etmeyi hedefleyen süreç odaklı bir psikoterapi aynı anda pek çok tanının tedavi edilmesini sağlayabilir. Tanı fark etmeksizin bütün problemlere fayda sağlayacak bu nihai terapinin mimarı, şüphesiz ki tanılar ötesi model olacaktır (Mansell vd., 2008, McEvoy vd., 2009).

Tanılar ötesi kuramın multimorbiditeyi açıklamada kullandığı, üzerine en çok çalışma yapılmış model “İçselleştirme-Dışsallaştırma (Internalizing-Externalizing) Modeli” olarak bilinir. Buna göre içselleştirme ve dışsallaştırma tanılar ötesi örtük faktörlerdir ve çalışma mekanizması açısından kişilik özelliklerine benzerler. Bu faktörlerin kişide tezahürü çeşitli semptomlar şeklinde olmaktadır. İçselleştirme faktörünün yol açtığı semptomlar üzüntü, anksiyete ve benzer bağlantılı deneyimler iken dışsallaştırma faktörü kendisini güdüsellik, kural tanımazlık ve agresyon şeklinde gösterir (Eaton vd., 2015). Bu tanılar ötesi faktörlerin genetik bir altyapısı olduğu tahmin edilmekle birlikte çocukluk çağında kişinin kötü muamele görmesi ya da bakım verenleri tarafından ihmale uğraması gibi

çevresel faktörler de yüksek seviye içselleştirme ve dışsallaştırma ile bağlantılı bulunmuştur (Keyes vd., 2012).

Modele dair yapılan bir çalışmanın sonuçları göstermiştir ki içselleştirme faktörü majör depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın endişe bozukluğu ve agorafobi gibi psikopatolojilerin multimorbiditesinin yordayıcısıyken dışsallaştırma faktörü alkol bağımlılığı, madde istismarı ve çocuklarda davranım bozukluğu gibi psikopatolojilerin multimorbiditesinin altında yatmaktadır (Eaton vd., 2015).

Bununla birlikte modele dair yapılan ileri çalışmalar içselleştirme faktörünü iki alt faktör şeklinde ele almaya başlamıştır, bu alt faktörler içsel sıkıntı/distres (kaygı-ızdırıp alt faktörü olarak da adlandırılır) ve korkudur. İçsel sıkıntı alt faktörü majör depresyon, distimi ve yaygın endişe bozukluğu gibi hastalıkların multimorbiditesinde gözlemlenirken korku alt faktörü ise panik bozukluk ve çeşitli fobilerin multimorbiditesinden sorumludur (Vollebergh vd., 2001).

Farklı gruplar üzerinde yapılan çalışmalar bu modelin yaş, cinsiyet, ırk, etnik kimlik ve cinsel yönelim gibi çeşitli popülasyon alt grupları özelinde istatistiksel açıdan güçlü bir model olduğunu ortaya koymuştur (Eaton vd., 2015). Özellikle cinsiyet bağlamında yapılan çalışmalar kadınlarda daha yaygın görülen duygudurum ve kaygı bozukluklarının sebebinin kadınlarda içselleştirme faktörünün daha güçlü olmasından kaynaklandığını, dışsallaştırma faktörünün ise erkeklerde daha güçlü olması sonucu erkeklerde madde istismarı ve anti-sosyal bozuklukların daha yaygın gözlemlendiğini bildirmiştir (Eaton vd., 2012). Bu evrensel doğası doğrultusunda içselleştirme-dışsallaştırma modelinin terapi literatürü ve pratiği için değerli bir araç olduğu aşikardır.

Tanı fark etmeksizin her bozukluğa fayda sağlayacak nihai terapi henüz ortaya çıkmamış olsa bile tanılar ötesi model baz alınarak oluşturulmuş olan terapiler günümüz terapi literatüründe mevcuttur. Bu terapilerin inşasında kullanılan tanılar ötesi yaklaşımlar üç kategori şeklinde ele alınır (Sauer-Zavala vd., 2017). İlk kategori “Modüler/Ortak Elementler Yaklaşımı (Modular/Common Elements Approach)” olarak adlandırılır. Tanılar ötesi bir müdahale geliştirmek adına kullanılabilir belki de en faydalı yöntem olan bu yaklaşımda (Sauer-Zavala vd., 2017) halihazırda var olan pek çok terapide ortak olarak kullanılan ve etkinliği kanıta dayalı terapötik müdahaleler bir araya getirilir. Hemen her terapide varlık gösteren bu ortak müdahalelere örnek olarak maruz bırakma (exposure) verilebilir (Chorpita ve Weisz, 2005).

İkinci kategori “Evrensel Uygulamalı Terapötik Yaklaşım (Universally Applied Therapeutic Approach)” olarak bilinir. Bu yöntemde müdahaleler evrensel olarak uygulanan terapi prensiplerince üretilirler (Sauer-Zavala vd., 2017). Geleneksel terapilerin uzun yıllardır tanı fark etmeksizin kullandıkları (Leichsenring ve Salzer, 2014) bu prensiplere örnek olarak terapist ve danışan arasındaki terapötik ilişki verilebilir. Terapötik ilişki, var olan bütün

terapilerde önemli bir meseledir, dolayısıyla da evrenseldir (Gutner vd., 2016).

Son kategori ise “Mekanik Olarak Tanılar Ötesi Yaklaşım (Mechanistically Transdiagnostic Approach)” şeklinde tanınır. Bu yaklaşım çeşitli bozuklukları sınıflandırır ve bu sınıflandırmalar altında yatan ortak psikolojik süreçleri hedef alır (Gutner vd., 2016). Örnek olarak “yeme bozuklukları sınıfı ve bu sınıf içerisinde yer alan tüm bozuklukların altında yatan bir ortak süreç olarak vücut şekline ve kiloya aşırı değer verme” verilebilir. Bu yaklaşım doğrultusunda anksiyete bozuklukları (Norton, 2008), duygusal bozukluklar (Ellard vd., 2010) ve benzeri daha pek çok sınıf oluşturulmuş ve ortak süreçler tanımlanmıştır.

Bu yaklaşımlar kullanılarak daha pek çok terapinin psikoloji literatürüne dahil edileceği ortadadır. Hedef ise denildiği üzere nihai bir süreç odaklı psikoterapi inşa etmektir. Bu doğrultuda Türk bilim insanlarının daha çok çalışma ortaya koymaları ve bu nihai terapinin oluşturulmasına katkıda bulunmaları beklenmektedir. Bu bağlamda yapılacak ilk iş elbette ki tanımlar ötesi model üzerine yapılan çalışmaları incelemek, teorileri öğrenmek, genel olarak bilgi dağarcığını genişletmektir.

### **1.1. Dikkat Hataları**

Bilinmelidir ki psikolojik süreçler insanların gündelik hayatlarında, bilişsel (dikkat, hafıza, düşünce ve akıl yürütme süreçleri) ve davranışsal bağlamda, bilinçli veya bilinç dışı bir şekilde sürekli kullandıkları mekanizmalardır. Ancak normal şartlar altında bizlere faydası olan bu süreçler bozuldukları takdirde zihinsel hatalara sebep olurlar. Bu zihinsel hatalar psikopatolojilerin oluşumu ve idamesi bağlamlarında söz sahibidir. Hatalar, kaynaklandıkları süreçlerin isimleri doğrultusunda isimlendirilmektedir (Harvey vd., 2004).

Ele alınacak ilk zihinsel hata tipi “Dikkat Hataları” olarak bilinir. İnsanın dikkati ve odaklanmasıyla ilgili psikolojik süreçlerin bozulması sonucu meydana gelen bu hatalar aslında “Seçici Dikkat” adı altında birleştirilebilir. Seçici dikkat, üzerinde pek çok çalışma yapılmış bir konu olup, sayısız psikopatolojinin altında yatan bir süreçtir (Dalglish vd., 2020; Holmes vd., 2019).

Seçici dikkat bir insanın gerek iç dünyasında gerekse dış çevresinde bulunan çeşitli uyaranlar arasından hangisine odaklanıp hangisini yok sayacağı seçimini yapmasına olanak tanır. Bu seçim kişi tarafından bilinçli bir şekilde gerçekleştirilebileceği gibi aynı zamanda kişinin farkında olmadan otomatik bir şekilde ortaya koyabileceği bir durumdur (Johnston ve Dark, 1986). Süreç sırasında kişi iç ve dış uyaranları inceler; kimi uyarandan gelen bilgi sisteme kabul edilir ve işlenmeye başlanır, birtakım diğer uyaranların sağladığı bilgiler ise yok sayılır, sisteme girmez ve işlenmez.

İşbu işlenen bilgiler kişi tarafından daha ileri zihinsel süreçlerde kullanıldığı için oldukça değerlidir. Bu süreçler kişinin akıl yürütmeleri, düşünceleri ve davranışlarıyla alakalıdır. Haliyle hangi bilginin işlenip hangisinin işlenmediği kişinin hayatını doğrudan etkilemektedir. Yanlış bilgilerin işlenip değerli olan bilgilerin ise görmezden gelinmesi elbette ki kişide çeşitli psikopatolojiler doğurabilmektedir. Yani seçici dikkat bütün bu zihinsel zincirleme süreçlerin en başında deneyimlenebilecek bir zihinsel hata olarak bütün sürecin daha en baştan yanlış başlamasına sebep olabilir (Bater ve Jordan, 2020).

Seçici dikkatin gözlemlendiği pek çok zihinsel bozukluktan birisi sosyal anksiyete bozukluğudur (Capriola-Hall vd., 2020). Eski adıyla sosyal fobi olarak bilinen sosyal anksiyete bozukluğundan mustarip bir kişinin topluluk önünde sunum yapmak zorunda olduğu bir senaryo hayal edelim. Bu tarz hastaların deneyimledikleri kaygının olası kaynaklarından birisi diğer insanlar tarafından eleştirilme korkusudur, haliyle topluluk önünde konuşma yapmak ciddi manada ıstıraplı bir deneyim olacaktır. Böylesi bir hasta üzerinde sunum yapacağı platformda yerini aldığı kaygı duygusu vücudunu sarmalar, böylece birtakım fizyolojik reaksiyonlar vermeye başlar. Bunlar nefes almada zorluk, aşırı terleme, vücudun buz kesmesi ya da kişinin kalp atış hızının yükselmesi gibi durumlardır (American Psychiatric Association, 2022).

İşte bu noktada hasta bir dikkat hatasında bulunarak dikkatini kendi iç dünyasına çeker ve deneyimlediği bu belirtilere odaklanır. Kaygı belirtilerine odaklanan hasta kendisi için apaçık olan bu durumun diğer insanların da kolayca algılayabileceği bir durum olduğu yanılığına düşerek “Seyirci benim ne kadar gergin olduğumu anladı, herkese rezil oldum.” düşüncesine kapılabilir. Halbuki bu içsel deneyimler seyirci tarafından fark edilmesi zor şeylerdir ve büyük ihtimalle fark etseler bile olumsuz bir tepki göstermeyeceklerdir. Ancak nasıl ki hasta dikkatini iç dünyasına çevirip bu içsel bilgileri işleme almıştır, aynı şekilde dikkatini de dış dünyaya kapatır ve seyircinin bu durumun farkında olmadığı bilgisini işleme almayı reddeder. İşin sonunda hastanın kaygıları seçici dikkat yüzünden pekiştirilmiş olur, sosyal anksiyete varlığını sürdürmeye devam eder (Mansell vd., 2003; Woody ve Rodriguez, 2000).

Seçici dikkat sosyal anksiyete bozukluğu haricinde daha pek çok tanıda görülebilir, haliyle tanılar ötesi bir zihinsel hata olduğu kesindir. Seçici dikkati düzenlemeye yönelik terapötik müdahaleler aynı anda pek çok bozukluğun tedavisinde gelişme kaydedilmesini sağlayacaktır. Bu müdahaleler bundan dolayı tanılar ötesi nihai terapinin bir parçası olarak görülebilir.

## 1.2. Hafıza Hataları

Bir diğer zihinsel hata tipi “Hafıza Hataları” olarak adlandırılır (Harvey vd., 2004). İnsan çeşitli uyaranlardan duyumsadığı ve algıladığı bilgiyi çeşitli zihinsel mekanizmalar ile kodlayarak hafızaya atar. Uzun süreli bellekte



depolanan bilgiler kişi ihtiyaç duyduğu takdirde bu bellekten geri çağrılır ve gündelik hayatta işleme konur. Ancak bütün bu hafıza süreçleri sırasında problemler gözlemlenebilir, süreçlerin zedelenmesi sonucu da hafıza hataları ortaya çıkar ve bu hatalar çeşitli zihinsel problemlere olanak sağlar (Harvey vd., 2004). Dikkat hataları seçici dikkat başlığı altında bir araya getirilebilirken çeşitli hafıza hataları tek bir başlık altında birleştirilemez, dolayısıyla bunları tek tek ele almak gerekir. Bu hatalar açık ya da örtük seçici hafıza, tekrarlayıcı hatıralar, aşırı genellenmiş hafıza ve kaçınan kodlama/geri çağırma'dır.

Çalışmanın odağı akıl yürütme hataları olduğu için bu hafıza hataları üzerinde tek tek durulmayacaktır. Konuyu başlangıç seviyesinde kavramak adına içlerinden sadece biri açıklanacaktır. Tanılar ötesi doğası diğerlerine göre daha belirgin olduğu için örnek mahiyetinde seçilen hafıza hatası "Tekrarlayıcı Hatıralar" olarak bilinir. Tekrarlayıcı hatıralar kişinin kontrolü dışında zihinde bir anda beliren hatıralardır, aynı hatıralar hayat boyu farklı bağlamlarda tekrar tekrar zihni istila edebileceğinden dolayı bu hatıralar tekrarlayıcı hatıra olarak adlandırılır. İstilacı doğaları dolayısıyla bu hatıralar obsesif kompulsif bozukluk (OKB) benzeri psikopatolojilerde gözlemlenen intrüsyif düşünceleri (intrusive thoughts) çağrıştırmaktadır (Marks vd., 2018).

Geçmişte sokakta yürürken saldırıya uğramış ve bu travmatik deneyim sonucu agorafobi geliştirerek evine hapsolmuş bir hasta hayal edelim. Bu hastanın agorafobisinin idamesinde tekrarlayıcı hatıralar bir rol oynayabilir. Saldırıya uğradığı güne dair hatıralar hastanın zihnini işgal edebilir ve kaygılarını pekiştirebilir (Day vd., 2004). Bunun sonucunda, hastanın güvende kalmak adına sergilemiş olduğu evden ayrılmama davranışı da pekişmiş olur ve agorafobi kaldığı yerden devam eder.

Travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) en yaygın belirtilerinden birisi olan geriye dönüşler/yeniden yaşamalar (flashback) da tekrarlayıcı hatıraların bir örneğidir (Ehlers vd., 2002). Bu hatıralar hastanın zihnine hem gündelik hayatta düşebilir hem de hastanın uyurken gördüğü bir kâbus formatında da deneyimlenebilir. Yaşadığı travmayı bu şekilde tekrar tekrar yaşamak zorunda kalan kişi gündelik hayatına uyum sağlayamaz ve TSSB problemi çözülmez.

Depresyon hastaları da geçmişte yaşanmış olayların tekrarlayıcı hatıralarından nasibini alabilmektedir. Bu bağlamda hastanın zihnini işgal eden tekrarlayıcı hatıralar duygusal bir içeriğe sahip olmaktadır. Depresif kimselerin hatıralarına suçluluk, çaresizlik, değersizlik hissi vb. duygular hakimdir (Kuyken ve Brewin, 1994).

İnsanın zihnini işgal eden tekrarlayıcı hatıralar görüldüğü üzere pek çok bozukluğun bir parçasıdır, o halde danışana bu hatıralarla sağlıklı bir şekilde başa çıkmaya yönelik beceri kazandırmak tanımlar ötesi terapi için değerli bir çaba olacaktır.

### 1.3. Düşünce Hataları

Üçüncü tip zihinsel hatalar “Düşünce Hataları” olarak bilinir. Bunlar arasında en yaygın olanı ve bu yazıda örnek olarak ele alınacak olan düşünce hatası “Tekrarlayıcı Düşünme” şeklinde isimlendirilmiştir. Bu düşünme olumsuz içerikli bir düşünme olup kişinin endişeye kapılması ve bu doğrultuda ruminasyon gerçekleştirmesi şeklinde tezahür eder (Kelley vd., 2021; Mansell vd., 2008).

Endişe olarak bilinen duygu, insanlar tarafından korku duygusuna benzer şekilde deneyimlenir. Endişe duygusundan doğan düşünceler olumsuz bir doğaya sahiptir, ayrıca kişinin bu düşünceler üzerinde kontrolü hemen hemen hiç yoktur.

Gündelik hayatta insanlar kendilerini sonucunu bilmedikleri durumlarla karşı karşıya bulurlar. Bu belirsizlik hissi bazı kültürlerde aşılması gereken bir engel olarak görülür ve bir meydan okuma olarak algılanır, bu kültüre dahil insanlar için belirsizlik katlanılabilir bir histir. Ancak birtakım diğer kültürlere ait insanlar belirsizliği kendi güvenlikleri için bir tehdit olarak görmekte ve bu hissiyatı kaçınılması gereken bir şey olarak tanımlamaktadırlar (Hofstede, 2001).

Bunun sebebi belirsizliğin sonunda negatif bir durum yaşanması ihtimalidir. İnsanlar bu negatif sonuçları deneyimlemek istemezler, dolayısıyla onları önlemek adına bir çaba içerisine girerler. Bu çabalara zihinsel çabalar da dahildir ve bu sırada kişi endişe duygusuna boğulur (Borkovec vd., 1983). Romantik partneriyle bir buluşma için anlaşmış, ancak buluşma için hazırlanmaya çok geç başlamış ve bu yüzden de evinden geç çıkmış bir kişinin yolda giderken aklından geçirdiği “Ya çok geç kalırsam, bana çok kızar mı, beni terk eder mi?” gibi endişe yüklü düşünceler bu zihinsel karmaşaya örnek olarak verilebilir. Benzer düşünceler bu tarz gündelik durumların yanı sıra kişinin mustarip olduğu psikopatolojilerle de alakalı olabilmektedir.

Ruminasyon ise zihinsel bir geviş getirme eylemi olarak tanımlanabilir. Kişi dikkatini o sırada deneyimlediği ya da geçmişte başına gelmiş bir olaya ya da semptomla çevirir (Watkins ve Roberts, 2020). Söz konusu durumu sorgulamaya başlar; bu şeyin doğası ne olabilir, sebebi nedir, neden onun başına gelmiştir/gelmektedir, sonuçları ne olmuştur/ne olacaktır ve daha nice sorular kişinin zihninde döner durur. Aslen bir problem çözme aracı olan ruminasyon bazı durumlarda kişiyi gerçekten de problemin çözümüne götürebilir, ancak genellikle bu durum gözlenmez. Ruminasyon yapan kişi söz konusu problemle ilgili bir aksiyon almadığı müddetçe ruminasyon kısır bir mekanizmadır, kişi kendini boş yere zihinsel olarak yormaktadır (Nolen-Hoeksema, 1991).

Kıscası ruminasyon kişinin sadece durmadan şikâyet etmesine sebep olur, kişiyi çözüme ulaştırmaz. Bunda kişinin sorgulama sırasında kendisine sorduğu soruların da etkisi vardır. Çünkü ruminasyon yapan kişiler kendilerine sordukları sorulara genelde “Neden” diyerek başlamaktadırlar.

Gel gelelim, bu soruya yanıt vermek çoğu zaman mümkün değildir ve bu da sorunun sadece cevaplanmamış bir soru olarak sonsuza dek varlığını sürdürmesine sebep olur. Örneğin sokakta park ettiği arabası şanssızlık sonucu kazaya karışmış bir adam, kendisinin bu durumda hiçbir hatası olmadığı halde “Neden bu kaza burada gerçekleşmek zorundaydı, ben ne günah işledim de başıma bu musibet geldi?” şeklinde sorular sorarak ruminasyona başlayabilir ve bu sorulara hiçbir cevap bulamayabilir.

Sosyal anksiyete bozukluğunda tekrarlayıcı düşünme kişinin sosyal ortamlarda ortaya koyduğu performans üzerine değerlendirme yapması şeklinde gözlemlenir (Mellings ve Alden, 2000). Örneğin iş yerinde bir sunum yapmak durumunda kalmış bir kişi sosyal anksiyetesi yüzünden zorlu bir deneyim yaşadıkdan sonra bir de bunun üzerine “Acaba sunumum beğenildi mi? Dediklerim anlaşıldı mı? Vermek istediğim mesajı yerine ulaştırabildim mi, yoksa kimse hiçbir şey anlamadı mı? Acaba sunumumu izleyenler benim hakkımda ne düşündü? Patronum performansımın memnun kaldı mı, yoksa beni kovmayı düşündürecek kadar kötü müydüm?” gibi soruları kafasında rumine edebilir. Ortaya koyduğu performansı başarısız bulduğu takdirde de bir daha sunum yapmaya çekinebilir, hatta sırf bunun için işten ayrılma planları yapmaya başlayabilir. Bütün bunlar yüzünden kişinin sosyal anksiyetesi aynen devam edecek ve dahi belki de şiddetini artıracaktır.

Obsesif kompulsif bozukluk özelinde ise kişinin zihnine zorla giren düşünceler üzerinden bir endişe ve ruminasyon tablosu çizilir. Bu endişe kişide büyük bir stres yaratarak stresi azaltmayı hedefleyen birtakım zorlantı davranışlarına (yani kompulsiyonlara) sebep olabilir. OKB hastalarının özellikle belirli bir eylemi gerçekten gerçekleştirmiş olup olmadıklarıyla ilgili obsesif ruminasyonlar gerçekleştirdikleri gözlemlenmiştir (van Oppen vd., 1995).

Mesela işten eve dönmüş, arabasından inip binaya giriş yapmış bir OKB hastasının daha az önce kontrol etmiş olmasına rağmen zihnine üşüşen “Acaba arabanın kapısını gerçekten kilitledim mi?” gibi düşüncelere kapılması, sonrasında gidip arabanın kapısını tekrar kontrol etmek zorunda kalması ve bu senaryoyu her akşam yaşaması OKB özelinde tekrarlayıcı düşünme ve zorlantı davranışına bir örnektir. Aynı şekilde kişinin başından geçen ama olumlu sonuçlanmış bazı olayların gerçekleşmemiş olası kötü sonuçları üzerine “Ya hikâye böyle bitseydi? ya olumlu değil de olumsuz olan sonuç yaşansaydı?” gibi düşüncelere gark olması da bir diğer örnektir. Bu kişiler hayatta karşı karşıya kalmamış oldukları birtakım olumsuz senaryoları da kafalarından uydurup bu kurgu senaryoları rumine edebilir, bu muhtemel felaketler üzerinden kendilerine sorumluluk biçebilir ve suçluluk hissedebilirler.

Yapılan bir çalışmada gündelik hayatta ruminasyon yapan kişilerin travmatik olaylar deneyimledikleri takdirde disfori ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri göstermelerinin daha olası olduğu gözlemlenmiştir, aynı şekilde travmatik olaya dair ruminasyon gerçekleştirmek de travma sonrası

stres bozukluğunun üç yıla kadar idamesini öngörülebilir kılmaktadır (Mayou vd., 2002). Yaygın endişe bozukluğunun en önde gelen belirtilerinden biri olan sürekli endişe hali de tekrarlayıcı düşünmeye bir örnek teşkil eder. Kronik ağrıdan mustarip kimseler ağrının kendisi, sebepleri ve olası sonuçları üzerine (Sullivan vd., 1995; Williams ve Thorn, 1989), yeme bozukluğu olan bireyler ise diyet sırasında yiyecekler ve yeme eylemi ilgili tekrarlayıcı düşünceler gerçekleştirebilirler (Hart ve Chiovari, 1998). İnsomnia hastaları da uykusuz gecelerde “Acaba sabah kalktığımda uykumu yeterince almış olacak mıyım, yoksa ortalıkta hayalet gibi mi dolaşacağım?” gibi düşünceleri kafalarında sürekli çevirip uykularını daha da çok kaçırabilmektedirler (Watts vd., 1994).

Benzer örnekleri hemen hemen her psikopatoloji vakasında görebiliriz. Endişelenme ve ruminasyon doğrultusunda tanımladığımız tekrarlayıcı düşünme gerçekten de hemen hemen her hastalıkta gözlemlenebilen apaçık bir tanılar ötesi zihinsel hatadır. Haliyle bu psikolojik süreci hedef alan terapötik müdahaleler bütün bu hastalıkların tedavisine fayda sağlayabilirler.

#### 1.4. Davranış Hataları

Bir sonraki zihinsel hata tipi “Davranış Hataları” olarak adlandırılır ve insan davranışları üzerinden kendisini gösterir. Bunlar kaçınma, güvenlik davranışı ve etkisiz güvenlik sinyalleridir. Aralarında en ünlüsü, neredeyse her bozuklukta gözlemlenebilen ve bu yüzden de apaçık bir şekilde tanılar ötesi bir doğaya sahip olan “Kaçınma (Avoidance)” bu çalışmada örnek olarak verilecek olan davranış hatasıdır.

Gündelik hayatta kişi kendisinde stres veya kaygı yaratan çeşitli durumlarla karşı karşıya kalır. Bunları kendisi için bir tehdit olarak algıladığı takdirde onların sebep olabileceği olası olumsuz sonuçların önüne geçmek adına kişi bu durumlardan kaçınmaya başlar. Bu kaçınma davranışı olası tehlikenin önüne geçtiği için kişiye kendini iyi hissettirir. Bu pozitif duygu kişi için bir pekiştirici görevi görür ve kaçınma davranışının gelecekte tekrarlanması ihtimalini artırır (Mowrer, 1960).

Kişinin kaçınma davranışını sürdürmesi anksiyetesinin çözülmesi için bir engel teşkil eder ve problemi idamesini sağlar. Yani, kaçınma davranışı tedavi bağlamında hastayı bir kısır döngüye sokar. Kişinin korkularını yenmesi için bunların üzerine gitmesi gerekir. Korkularıyla yüzleşen kişi endişelerinin abartı olduğunu fark edebilir ve gündelik hayatta işlevselliğini düşüren bu durumu elimine edebilir. Bilişsel davranışçı terapilerde kaçınma davranışını kırmak bir terapötik müdahale olan “maruz bırakma ve tepki önleme” ile mümkün olabilir (Wheaton vd., 2018).

Özgül fobiden mustarip ve bu bağlamda köpeklerden korkan bir insan düşünelim. Bu kişi köpekler tarafından saldırıya uğramış birilerine televizyonda ya da sosyal medyada şahitlik etmiş olabilir, belki kendisi de böyle bir durumla geçmişte karşı karşıya kalmıştır. Bunun sonucunda genel

olarak bütün köpekleri bir tehdit olarak görmeye başlayan bu kişi kaçınma davranışı sergilemeye başlar. İçerisinde köpek bulunan ortama giremez, köpek sahibi arkadaşlarını ziyaret edemez, kaldırımında bir köpeğin uyuduğu sokaktan geçmek yerine köpeksiz sokakları tercih ederek yolunu uzatır ve bunun gibi daha pek çok kaçınma davranışı sergiler.

Bütün bunlar söz konusu kişinin hayatını zorlaştırmaktadır. Köpek korkusunu yendiği takdirde kişinin işlevselliği artacaktır, ancak kaçınma davranışları yüzünden bu mümkün olmamaktadır; çünkü köpeklerden kaçınmanın getirdiği güvenlik hissi bir pekiştirici görevi görmektedir (Brown vd., 2023). Kişinin bu noktada yapması gereken şey kendini köpeklere maruz bırakıp normalde göstermiş olduğu kaçınma tepkisinin önüne geçmektir. Dünyadaki bütün köpeklerin zararlı olmadığını, hatta çoğunluğunun dost canlısı olduğunu bu şekilde birinci elden deneyimleyecek olan kişi bu sefer bu bilgiyi pekiştirici olarak kullanacak ve köpeğe maruz kalma eyleminin gerçekleşme sıklığı artacaktır. Zamanla kişinin içindeki köpek korkusunun çözülmesi oldukça olasıdır.

Bu örnekte görüldüğü gibi bozukluğun tedavisi için gereken ve gelecek davranışlar için pekiştirici görevi görecektir deneyimleri engelleyen kaçınma davranışı obsesif kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu gibi daha pek çok diğer psikopatolojide de gözlemlenebilmektedir. Kaçınma olarak bilinen bu davranış hatasını kırmaya yönelik müdahaleler bu doğrultuda tanımlar ötesi müdahaleler olarak incelenebilir.

Tanımlar ötesi model baz alınarak ortaya konan güncel terapilerden birisi “Transdiagnostik Davranış Terapisi” olarak adlandırılır. Bu terapi tanımlar ötesi bir davranış hatası olan kaçınma davranışını duygusal bozuklukların tedavisinde bir numaralı hedef olarak görmektedir. Transdiagnostik davranış terapisine göre kaçınma davranışı dört tiptir; bunlar durumsal kaçınma, bedensel/interoseptif kaçınma, düşünsel kaçınma ve pozitif duygusal kaçınma olarak adlandırılır (Gros, 2014).

Transdiagnostik davranış terapisi bu kaçınma davranışlarını maruz bırakma yöntemiyle kırmayı hedefler. Bu doğrultuda kullanılan ve negatif duyguları hedef alan maruz bırakma yöntemleri Gros’un Transdiagnostik Davranış Aktivasyonu protokolünde sırasıyla durumsal/in vivo, bedensel/interoseptif, düşünsel/imaşinal maruz bırakma ve son olarak pozitif duygusal/davranışsal aktivasyon olarak belirlenmiştir (Gros vd., 2020).

Duygusal bozukluk yaşayan gaziler üzerinde yapılan bir çalışma bu tanımlar ötesi terapinin kaçınmanın tüm tipleri bağlamında etkili olduğunu göstermiş, sadece interoseptif kaçınma bağlamında görülen terapötik etki diğer kaçınmalara nazaran daha az bulunmuştur. Ancak bu durumun yapılan deneyin uygulanış formatından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür (Gros vd., 2020). Dolayısıyla transdiagnostik davranış terapisi uzmanların kaçınma davranışları bağlamında pratik edebilecekleri etkili bir terapi adayıdır.

### 1.5. Akıl Yürütme Hataları

Tanımlar ötesi modelde ele alınacak son zihinsel hata tipi “Akıl Yürütme Hataları” olarak isimlendirilmektedir. Akıl yürütme (reasoning) olarak bilinen zihinsel süreç, bireyin gündelik hayatta karşı karşıya kaldığı durumlar hakkında çeşitli varsayımlarda (hipotezlerde) bulunması ve bu varsayımlar üzerine düşünerek onların doğruluğunu sorgulamasıdır (Harvey vd., 2004). Bu şekilde kişi bir yargıya varmış olur. Bu sorgu süreci rasyonel, realist ve somut verilere dayalı bir süreç olmalıdır. Ancak bazen insanlar varsayımları mantık doğrultusunda ortaya koymayı bırakır ve yanlı yargılarda bulunur. Yanlı yargılar bazen insana fayda sağlayabilir, kişiyi motive edebilir ve hatta özsaygı ve özgüvenini artırabilir (Taylor ve Brown, 1988). Bazen de bu yanlı yargılar kişiye zarar verir ki bu durum bir akıl yürütme hatası olarak tanımlanır.

En sık karşılaşılan akıl yürütme hatalarından birisi “Yorumlayıcı Akıl Yürütme” olarak bilinir. Bu durum kişinin normalde nötr deneyimler olarak yargılanması beklenen, sonucu belirsiz olayları kendi kaygıları ve zihinsel problemleri doğrultusunda olumsuz deneyimler olarak yargılamasıdır (Hirsch vd., 2016).

Örneğin sosyal anksiyete bozukluğundan mustarip bir kişi kendisini içerisinde bulunduğu çeşitli sosyal etkinliklerde sergilemiş olduğu performansı elinde yeterli bilgi olmamasına rağmen otomatik olarak başarısız bir performans olarak yorumlayabilmektedir (Rapee ve Lim, 1992; Wallace ve Alden, 1997). Gerçekleştirmiş olduğu bu hatalı akıl yürütmenin sebebi sosyal anksiyetesinin ve endişesinin kişinin mantığını engellemesidir. Elinde başarısız olduğuna dair hiçbir kanıt olmamasına rağmen kişi bu tarz durumlarda başarısız bir performans göstermek onun kaderiymişçesine bir yargıda bulunur.

Eski adıyla hipokondriya olarak bilinen, günümüzde hastalık kaygısı bozukluğu olarak adlandırılan hastalığa sahip kimseler vücutlarını sürekli dinlerler ve bunun sonucunda manasını bilmedikleri bazı fiziksel deneyimler tespit edebilirler (American Psychiatric Association, 2022). Bu hisler herhangi bir şeyden kaynaklanıyor olabilir, ancak hastalar zihinsel bozuklukları dolayısıyla bu nedeni belirsiz fiziksel hislerin çok korkunç ve ölümcül hastalıkların semptomları olduklarına emindir (Haenen vd., 1997).

Bir diğer akıl yürütme hatası “Atıf Yanlılıkları (Attributional Biases)” olarak bilinir ve kişinin belirli bir sonucun oluşmasına neden olan şeyler üzerine akıl yürüttüğü sırada gerçekleşir. Kişi burada kendi işine yarayan yanlı atıflarda bulunmanın yanı sıra (Taylor ve Brown, 1988) oldukça kötümser ve kendini suçlayan atıflarda da bulunabilmektedir (Brosschot ve Aarsse, 2001; Heimberg vd., 1989).

Örnek olarak kumar bağımlısı bir kişi ne zaman kumarda kazansa bunu kendisiyle ilgili faktörlere bağlasa da (yetenekliyim, hafızam kuvvetli, vb.), bozguna uğradığında bunu kötü şans gibi dışsal faktörlere bağlayacaktır. Depresif bir kimse ise hayatta deneyimlediği olumsuz sonuçları kendisiyle

alakalı içsel faktörlere bağlayacak (beceriksizim, değersizim, vb.), haliyle de bu musibetlerin hayat boyu devam edecek ve her tür bağlamda kendisini gösterecek şeyler olduğu yargısına varacaktır.

Bir sonraki akıl yürütme hatası “Yanılsamalı/Aldatıcı Korelasyon (Illusory Correlation) adıyla bilinir ve insanların zayıf veya ters bağlantılı ya da hiç bağlantısız iki şeyin güçlü ve pozitif bir şekilde birbirine bağlı olduğu iddiasında bulunmaları şeklinde tezahür eder (Alloy ve Tabachnik, 1984). Toplum içerisindeki stereotipik yargılar (mesela bütün Karadenizliler aşırı öfkeli/zannetmek) veya paranormal şeylere inanmak (şans getirsin diye takılan ziynetler, totemler, vs.) bu yanlış korelasyonlara örnektir (Chapman ve Chapman, 1982; Schienle vd., 1996). Kumar bağımlısı bir kişi iyi şans ile haftanın belirli bir günü ya da spesifik bir mekân arasında bağlantı kurabilir ve hep aynı gün aynı yerde kumar oynayabilir (Griffiths, 1994). Benzer hatalı bağlantılar diğer zihinsel bozukluklarda da gözlemlenebilmektedir.

“Hipotez Testi/Doğrulama Yanlılığı” da bir akıl yürütme sürecidir ve eğer kişi kendi orijinal fikrinin doğruluğunu kanıtlamak için kendi işine gelen bilgilerin peşinden koşuyorsa, bunun yanı sıra ilerleyen süreçte karşılaştığı yeni ve hipotezine uymayan bilgileri denkleme dahil etmiyorsa o zaman bir akıl yürütme hatasından bahsedebiliriz (Nickerson, 1998).

Örnek olarak böceklerden korkan, spesifik fobi sahibi birisini düşünelim. Bu kişi böcekleri kendisine bir tehdit olarak görmekte, buna sebep olarak da çeşitli böceklerin onu ısırma ve belki de bu şekilde ona bir hastalık bulaştırma ihtimalini öne sürmekte olsun. Bu kişi sahip olduğu fobiyi kafasındaki bir hipotez ile idame ettirmektedir: “Böcekler insanları ısırarak onlara hastalık bulaştırırlar”. Normal şartlar altında kişi oluşturmuş olduğu bu hipotezi çeşitli bağlamlarda topladığı gerçek verilerle test etmelidir ki bu doğru bir yargı mı yoksa sadece bir kuruntu mu belli olsun. Bunu yapan kişi fark edecektir ki aslında çoğu böcek insanlardan korkar ve biz onlara bulaşmadığımız müddetçe gelip bizi ısırılmazlar. Isırsalar bile sivrisinek gibi spesifik böcekler haricinde bize hastalık bulaştırma ihtimalleri düşüktür. Haliyle aslında böcekler çoğunlukla insanlar için zararsızdır ve bizi ısıracaklar diye korku duymamıza gerek yoktur.

Eğer kişi böceklerle dair bu hipotezini düzgün bir şekilde test etmezse, böceklerin davranışları konusunda araştırma yapmazsa o zaman hipotezini yalanlayacak bilgileri reddediyor demektir. Yine aynı kişi tam tersine sivrisinek gibi birtakım böceklerle odaklanıp hipotezini sadece bu bilgilerle doğrulama çabası içerisine girebilir. Eksik ve yanlış verilerle kişinin yanlış hipotezi doğrulanmış olur, böylece böcek fobisi artık meşru bir korku haline gelmiş, idamesi sağlanmıştır.

Benzer bir tabloyu obsesif kompulsif bozukluk ve yaygın endişe bozukluğu hastalarının hipotezlerini doğrulayacak bilgilere ulaşana kadar aşırı miktarda veri toplaması şeklinde görebiliriz (Fear ve Healy, 1997; Ladouceur vd., 1997). Bununla birlikte delüzyon (sanrı) sahibi psikoz hastaları ise tam

tersine oldukça az veri toplayarak kendi delüzyonlarını haklı çıkarmaktadır (Garety vd., 1991).

Ele alacağımız son akıl yürütme hatası olan “Duygusal Akıl Yürütme” de tıpkı diğer akıl yürütme hataları gibi pek çok bozuklukta varlık gösteren tanılar ötesi bir psikolojik süreçtir. Kişinin gündelik hayatta yargıda bulunmak amacıyla kullanabildiği ve bu bağlamda kendisine aslında yarar sağlayabilecek bu süreç, irrasyonel kullanıldığı takdirde bir zihinsel hata haline gelerek zihinsel bozukluklara yol açabilir veya onları idame ettirebilir.

Duygusal akıl yürütme kişinin belirli bir mesele hakkında yargıya varırken kendi duygularını geçerli bir veri kaynağı olarak görmesi halidir. Eğer ki kişi kendi duygularından yola çıkarak ortaya koyduğu yargılara aşırı önem verir ve bunu yaparken de objektif gerçekleri reddederse o noktada artık bir zihinsel hata meydana gelmiş demektir (Russell, 2020).

Gündelik hayatta duygusal akıl yürütme hatası sergileyen kişi sahip olduğu negatif duygular doğrultusunda kendi deneyimlerini ve performansını negatif olarak yargılayabilir. Mesela bir piyano öğretmeni kendini kötü hissettiği bir gün piyano çalarken birdenbire “Ne kadar berbat piyano çalıyorum, piyano öğretmeni olacağım bir de!” gibi bir yargıda bulunabilir. Halbuki piyano çalma performansında hiçbir sıkıntı yoktur, hatta bir öğretmen olarak çok da güzel çalıyordur, ancak hissettiği o olumsuz duygular üzerinden kendi performansını yargılar, “Kendimi kötü hissediyorum, demek ki yaptığım işte de kötüyüm.” gibi yanlış bir sonuca varır (Martin vd., 1993).

Duygusal akıl yürütme tanılar ötesi bir zihinsel hata olarak pek çok zihinsel bozuklukta kendisini gösterir. Bunlardan birisi panik bozukluktur. Panik bozukluğa sahip hastalar tıpkı diğer anksiyete bozukluklarından mustarip kimseler gibi zihinlerinde geleceğe dair olumsuz senaryolar çizerler (American Psychiatric Association, 2022). Bu senaryolar onların panik atak geçirmesiyle nihayet bulan senaryolardır. Bu senaryoların gerçekten başlarına gelmesi olasılığını yüksek algılayan hastalar konuyla alakalı kaygı yaşarlar. Kaygı duygusunun deneyimlenmesi kişiye tehdit altında olduğunu hissettirir, “Bu olasılıkları düşününce kaygılanıyorum, bu duygumun bir sebebi olmalı, demek ki bu durumlarda panik atak geçirme riskim gerçekten yüksek.” diyerek duygusal bir akıl yürütme gerçekleştirirler. Duygulardan yola çıkarak ortaya konan bu bilgi kişinin anksiyete duygusuyla arasındaki ilişkiyi bozarak bu duyguyu düşman, yanlış, anormal ve deneyimlenmemesi gereken bir duygu olarak görmesine sebep olarak anksiyete bozukluğunun temelini atmış olur (Arntz vd., 1995).

Obsesif kompulsif bozukluk sahibi hastalar mustarip oldukları takıntılar doğrultusunda birtakım zorlantı (kompulsiyon) davranışlarında bulunabilmektedirler (American Psychiatric Association, 2022). Bu zorlantılar sürekli bir şeyleri kontrol etmek (checking) ve birtakım ritüeller şeklinde ortaya çıkabilir. Örneğin temizlik takıntısı sahibi bir kişi ocağın temiz olduğunu hissedene kadar spesifik olarak tam dört defa ocağı baştan temizleme ihtiyacı duyabilir. Daha az bir sayıda temizlemek, hastanın ritüelini



baltalayacağından dolayı hastanın huzursuzluğu ortadan kalkmaz, içsel deneyimleri ona “işin doğru bir şekilde gerçekleştiğini” söyleyene kadar (yani ocak tam dört defa temizlenene kadar) kişi rahata ermez.

Bu durum OKB sahibi kişilerin, kendilerinin ve sorumluluğunu üstlendikleri kimselerin (aile üyeleri gibi) tehdit altında olup olmadığına yönelik vardıkları yargılarda duygusal akıl yürütme gerçekleştirdiklerini bizlere düşündürmektedir. OKB hastası kişi kendini kötü hissettiği müddetçe zorlantı davranışları devam etmelidir, ne zaman ki ritüel tamamlanır ve kişi kendini iyi hisseder, işte o zaman zorlantı biter. Yukarıdaki örnekte kişi “Ocak temiz hissettirmiyor, demek ki hala mikroplu olabilir, bu durum hem benim hem de aile üyelerimin sağlığını tehlikeye atar.” şeklinde aşırı sorumluluk alma ve bu sorumluluğu yerine getirememeye durumundan doğan bir suçluluk hissi, stres ve kaygı yaşayarak ocağı dört kere temizler; ta ki ocak temiz hissettirene, suçluluk duygusu ortadan kalkana ve tehlikenin önüne geçildiği yargısına varılana dek. Bu ritüel suçluluk hissinin yanı sıra iğrenme duygusu doğrultusunda da yürütülebilir. Temizlik takıntısı olan kimselerde “Hala iğreniyorum, demek ki yeterince temizlenmemiş.” gibi yargılara varmada iğrenme duygusunun bir bilgi kaynağı olarak kullanıldığı gözlemlenmiştir. OKB hastalarının duygusal akıl yürütme doğrultusunda kendilerini yapmak zorunda hissettikleri bu zorlantı davranışları, OKB'nin ortaya çıkması ve idamesinde en önemli etkenlerdendir (Gangemi vd., 2021).

Duygusal akıl yürütme yaygın anksiyete bozukluğunda da görülen bir zihinsel hatadır. Sürekli kaygısı (trait anxiety) yüksek seyreden kimselerin geleceğe yönelik ortaya koydukları olabirlik yargılarında bu duygunun etkisini göz ardı etmekte zorlandıkları görülür. Deneyimlenen sürekli kaygı, duygusal bir bilgi kaynağı olarak kullanılarak, kişinin başına gelebilecek olumsuz olaylara yönelik beklentisini artırır (Gasper ve Clore, 1998). Bu durum panik bozukluk sahibi insanlardaki “Kaygı hissediyorum, demek ki tehdit altındayım.” şeklindeki akıl yürütme ile aynıdır. Benzer duygusal akıl yürütmeler spesifik fobi (Arntz vd., 1995) gibi diğer anksiyete bozukluklarında da rahatlıkla gözlemlenebilir.

Majör depresyon ve diğer duygudurum bozukluklarında duygusal akıl yürütmenin varlığı anksiyete bozukluklarına kıyasla daha tartışmalıdır. Bunun sebebi depresyonun bazı hastalarda yoğun negatif duygulara yol açarken diğer hastalarda “Artık hiçbir şey hissetmiyorum.” ve benzeri cümlelerle ifade edilen türden bir duygusal donukluğa ve boşluk hissine sebep olması olabilir. Depresyon hastalarına gelecekte nasıl hissediyor olacaklarına dair bir tahminde bulunmaları söylendiğinde depresyonu olmayan insanlara kıyasla başlarına daha az pozitif olay geleceği tahmininde bulunmuşlardır, negatif olay tahminleri ise depresyonu olmayan insanlarla aynı oranda olmuştur (Tiba, 2018). Bazı çalışmalar depresyon hastalarının pozitif duygulanım deneyimlemekten ziyade bu duygulanımı sürdürme bağlamında problem yaşadığını, bunun da depresyonun önde gelen belirtilerinden biri olan anhedoni ile bağlantılı olabileceğini ifade etmiştir (Heller vd., 2009).

Depresyon hastalarının deneyimledikleri olumsuz duyguları zihinlerindeki olumsuz düşünce ve inançları geçerli kılmak amacıyla kullanabilecekleri de düşünülmektedir (Gangemi vd., 2021). Bu düşünce ve inançların doğrulanması depresyonun idame ettirilmesini sağlayabilir.

Latin Amerika’da 20 bin 36 kişinin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada bilim insanları depresyonun altında yatan üç tanılar ötesi faktör tespit etmişlerdir. Bunlar psikolojik stres, psikolojik katılık ve yalnızlık olarak belirtilmiştir (Ruisoto vd., 2022). Psikolojik stres, kişinin başa çıkma becerileri hayatta karşı karşıya kalınan deneyimlerin ağırlığının altından kalkmak için yetersiz olduğunda deneyimlenen bir duygudur (Cohen vd., 2016). Psikolojik katılık ise kişinin belirli duygu ve düşüncelerin oluşumunu kontrol etmek ya da bu oluşumdan kaçınmak adına belirli davranışlarda bulunması şeklinde gözlemlenir; kişi bu davranışların olumsuz sonuçlarına kulak asmaz, davranışsal esneklik gösterip daha etkili alternatif davranışlarda bulunmak yerine aynı zararlı davranışlara devam eder (Levin vd., 2014). Yalnızlık ise kişinin hem nicel hem nitel bağlamda sahip olduğu ilişkiler ile arzu ettiği ilişkiler arasındaki eşitsizlik şeklinde tanımlanmaktadır (Cacioppo ve Cacioppo, 2018), yani kişi fiziksel manada izole olmasa bile sahip olduğu ilişkiler ona yetersiz geldiği için kendini yalnız hissedebilir kabul edilir.

Yapılan araştırmada algılanan psikolojik stresin, özellikle algılanan çaresizlik hissi bağlamında, depresyonun doğrudan bir yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir (Ruisoto vd., 2022). Yalnızlık hissini insanların stresli olaylarla başa çıkma becerisini zedelediği gibi (Hoffman ve Hayes, 2019) kişiyi psikolojik manada daha katı davranışlar sergilemeye ittiği bilinmektedir (Browning vd., 2021); benzer şekilde psikolojik stresin de kişiyi katılığa ittiği ve depresyon riskini yükselttiği bu araştırmada gözlemlenmiştir (Ruisoto vd., 2022).

Duygusal akıl yürütme bu mekanizmanın bir parçası olarak düşünülebilir. Kişi algıladığı yüksek seviye stres sonucu “Stresli hissediyorum, demek ki hayatımda bir şeyler ters, kontrolü tekrar elime almalıyım.” şeklinde bir yargıya varıyor ve psikolojik katılık içeren davranışlar sergilemeye başlıyor olabilir. Daha önce de belirtildiği üzere bu katılık davranışları kontrolü ele almaya çalışmakla ilgilidir, ancak bu süreç psikopatolojik bir vakanın ortaya çıkmasıyla sonuçlanır.

Duygusal akıl yürütme kişilik bağlamında da gözlemlenebilir. Bir kişilik özelliği olarak öfkelilik (trait anger) geleneksel yaklaşımda bir tanı olarak kabul görmez (Owen, 2011), ancak gündelik hayatta öfke deneyimlemeye yönelik yüksek seviye bir meyil maladaptif sonuçlara sebep olabilir. Bu durum öfke eğiliminin klinik bir yapı olabileceğini düşündürmektedir. Yüksek öfke eğilimi daha sık gerçekleşen agresif epizodlarla (Tafrate vd., 2002), evlilik problemleriyle (Baron vd., 2007) ve koroner kalp hastalığıyla ilişkili bulunmuştur (Williams, 2000).

Psikopatolojik bağlamda ise yüksek öfke eğilimi olan psikiyatri hastalarının daha fazla sayıda multimorbid rahatsızlığı olduğu ve psikososyal

işlevselliklerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (McDermut vd., 2009). Yüksek öfke eğilimi aynı zamanda terapiye devam etme olasılığını da düşüren bir faktör olarak belirtilmiştir (Erwin vd., 2003). Bütün bunlar düşünüldüğünde yüksek öfke eğiliminin tanımlar ötesi bir doğası olduğu söylenebilir.

Yüksek öfke eğilimi olan insanlarda gözlemlenen akıl yürütme hatalarına dair yapılan bir çalışmada sonuçlar göstermiştir ki bu kimselerin tehditkâr olabilecek olaylara yönelik pozitif açıklamalar getirme olasılıkları düşük, negatif açıklamalar getirme olasılıkları ise yüksektir. Ayrıyeten bu olayların kendileri için olumlu sonuçlanması ihtimalini düşük bulmuşlardır, olaylara verecekleri tepkinin ise yüksek ihtimalle bir öfke tepkisi olacağını tahmin etmişlerdir (Wenzel ve Lystad, 2005).

Bir başka çalışmada ise yüksek öfke eğilimi olan kimselere bir senaryo sunulmuştur, bu senaryoda bir karakter gelip katılımcıya üç tip davranış sergilemektedir: düşmanca, nötr ve düşmanlığı muğlak davranışlar. Katılımcılara bu davranışlardaki düşmanlık seviyesi sorulduğunda çıkan sonuç göstermiştir ki yüksek öfke eğilimi ve her üç davranış tipini de düşmanca bulmak arasında pozitif bir korelasyon söz konusudur (Epps ve Kendall, 1995). Bu sonuç burada bir duygusal akıl yürütme olabileceğini düşündürmektedir. Öfke duygusunu diğer insanlardan daha sık deneyimleyen bu kişiler hissettikleri yoğun duygu doğrultusunda “Öfkeliyim, demek ki canımı sıkan bir şey var.” diyerek karşısındaki kişiyi düşman olarak mimliyor olabilir. Bu bir atıf hatasıdır.

Aşağıdaki tablo (Tablo 1) bireylerin düşünce süreçlerinde ortaya çıkabilen akıl yürütme hatalarının çeşitli yönlerini göstermektedir. Bu hatalar, transdiagnostik bir perspektiften bakıldığında, farklı psikopatolojik durumlar arasında benzerliklerin bulunduğunu da gösterir.

**Tablo 1. Örnek Akıl Yürütme Hataları ve Tanımlar**

#	Akıl Yürütme Tipi	Tanımları	Görüldüğü Örnek Tanımlar
1	Siyah-Beyaz Düşünce (All-or-Nothing Thinking)	Gri alanları yok sayarak her şeyi iyi ya da kötü kategorilerine atayarak akıl yürütmektir. Ör., Kimseye güven olmaz, o yüzden herkese karşı uzak ve mesafeli olmalıyım.	Şizoid Kişilik Bozukluğu Kaçınan Kişilik Bozukluğu Depresyon Bipolar Bozukluk
2	Duygusal Akıl Yürütme (Emotional Reasoning)	Duygulara dayanarak gerçekleri yanlış şekilde yorumlamaktır. Ör., Önemli gördüğüm biri bana zaman ayırmıyorsa ben sevecek biri değilim şeklinde akıl yürütmek.	Yaygın Endişe Bozukluğu Depresyon Cinsiyet Disforisi Paranoid Bozukluk
3	Etiketleme (Labeling)	Tek özelliğe bağlı olarak kendisini ya da diğerlerini tanımlamaktır. Ör., Haksızlık	Borderline Kişilik Bozukluğu

		karşısında ses çıkaran gençleri saygısız olarak nitelendirmek.	Vücut Algı Bozukluğu Ağrı Bozukluğu Depresyon
4	Genelleme (Overgeneralization)	Olumsuz süreç/netice hayatın tüm benzer bağlamlarının genel kuralıymış şeklinde akıl yürütmektir. Ör., Şirketin yılbaşı partisinde kavga çıkınca tüm sosyal etkinliklerin kötü olduğuna inanmak.	Sosyal Anksiyete Yaygın Endişe Bozukluğu Depresyon
5	Küçültme (Minimization)	Olumluyu küçümseme ya da görmezden gelerek akıl yürütmektir. Ör., Bu zor durumun üstesinden bir şekilde geldim ama bunun nedeni tanrının ve şansın yardımıydı.	Depresyon Bağımlı Kişilik Bozukluğu OKKB- Mükemmelliyetçilik
6	-meli/malı İşkencesi (Tyranny of the Shoulds)	Olması gereken ideal durumlar üzerinden akıl yürüterek hayal kırıklığı yaşamaktır. Ör., Kadın olmalıydım ama maalesef bana erkek cinsiyeti atanmış.	B Kümesi Kişilik Bozuklukları Vücut Algı Bozukluğu Cinsiyet Disforisi
7	Akıl Okuma (Mind Reading)	Diğerlerinin düşüncelerini tahmin ederek bu varsayımlara göre akıl yürütmektir. Ör., Eşim beni aldatmayı düşünüyor şeklinde hipotezle harekete geçmek ve katil olmak.	Paranoid Şizofreni Paranoid Kişilik Bozukluğu Sosyal Anksiyete
8	Geleceği Görme (Fortunetelling)	Gelecekteki olayları tahmin ederek bu tahminlere göre hareket etmektir. Ör., Bir kongrede iyi sunum yapamayacağını düşünerek katılmaktan kaçınmak.	Panik Atak Bozukluğu Yaygın Endişe Bozukluğu Fobiler Şizotipal Kişilik Bozukluğu
9	Bilgiyi Seçici Hatırlama (Selective Memory)	Geçmiş yaşantıları seçici olarak hatırlayıp olumsuz olanları ön plana çıkararak akıl yürütmektir. Ör., Ebeveynlerimin 20 yıl önceki düğünümde takı takmamış olmaları bana verdikleri değer göstergesi, ben de onlara düşmanca davranmalıyım.	Travma Sonrası Stres Bozukluğu Depresyon Şizofreni Fobiler
10	Öz-Şüphencilik (Self-Doubt)	Yetenek ve başarılarından şüphe duymaktır. Ör., Sınavdan şans eseri geçtim.	Depresyon Bağımlı kişilik bozukluğu İnsomnia

**Kaynak:** Burns, 2012; Bieling vd., 2021; American Psychiatric Association, 2022; Martín ve Valiña, 2023.

Transdiagnostik tedaviler altta yatan mekanizmalar, psikolojik süreçler (ör., bilişsel, açıklayıcı değişkenlerle bağlantılı davranışsal ve fizyolojik) ve örtüşen semptomları sürdüren etkenler (ör., dikkat yanlılığı, olumsuz düşünme, kaçınma vb.) gibi mental bozuklukların arasındaki ortak veya paylaşılan risk faktörlerini ele alır. Birleştirici ve bütünleştirici bilimsel bir transdiagnostik davranış tedavisi olan Birleşik Protokol (Unified Protocol, UP) duygusal düzenlemeye vurgu yapan, duygusal akıl yürütme hatalarını ele

alan Duygu Düzenleme Terapisinin belkemiğidir (Barlow vd., 2010). Anksiyete ve depresyon belirtilerinde azalma sağlamanın yanı sıra terapötik seanslara katılımın artmasında geleneksel tedavilerden daha etkilidir. Tipik bir UP, Tablo 2'deki gibidir:

**Tablo 2. Duygusal Akıl Yürütme Müdahalesi  
Transdiagnostik Birleşik Protokol (UP)**

#	Seans	Etkinlik
1	Amaç belirleme motivasyon sürdürme	Değişme veya aynı kalmanın faydalarını ve maliyetlerini analiz etme ve tedaviye motivasyon ve bağlılığı artırmak için öz yeterliliği geliştirme.
2	Duyguları anlama	Duyguların işlevsel doğasını, duygusal tepki kalıplarını ve onları koruyan faktörleri anlama.
3	Mindfulness, duygusal farkındalık	Deneyimleri yargılamadan mevcut an'a dikkat etmeyi öğrenme.
4	Bilişsel esneklik	Bilişsel çarpıtmaların belirlenmesi ve yeniden yorumlama stratejileri yoluyla bilişsel esnekliğe ulaşmak.
5	Duygusal davranışlara karşı çıkma	Hoş olmayan duygulardan kaçınmak için kullanılan davranışları tanımlama ve bu duygulara eşlik edecek alternatif eylemler kullanma.
6	Fiziksel duyuları anlama ve başa çıkma	Fiziksel duyuları belirleme, tehdit algısını azaltmak için onlara tolerans geliştirme.
7	Duygusal maruziyet	Hoş olmayan duygulara maruziyet yoluyla tolerans geliştirme.
8	Kazanımları fark ederek geleceğe bakma	Tedavinin faydalarını koruma ve problemin tekrar etmesini engelleme.

**Kaynak:** Barlow vd., 2017, Farchione vd., 2021

## Sonuç

Tanılar Ötesi Model tanı fark etmeksizin bütün zihinsel problemlere fayda sağlayabilecek nihai bir süreç odaklı psikoterapi vaadinde bulunan, bu yüzden de akıl sağlığı alanının geleceğini şekillendirme potansiyeline sahip olduğu söylenebilecek bir modeldir. Görece yeni bir model olduğu için hakkında daha pek çok çalışma yapılması gereken bu modelin Türkiye literatürüne daha da tanıtılması, ülkemizde konu hakkında yapılacak çalışmalarla literatürümüzün zenginleştirilmesi, akıl sağlığı alanına yeni giriş yapan genç kuşakların bu modele yönelik ilgilerinin artırılması elzemdir.

Bu çalışmada tanılar ötesi modele dair uygulamalı bilgi verilerek okuyarlarda modele dair ilgiyi artırmak hedeflenmiştir. Bu bağlamda model kısaca tanıtılmış, geleneksel patojenik model ile arasındaki farklara işaret edilmiş, modelin bu geleneksel modele göre güçlü olan yönlerinden bahsedilmiştir. Terapi literatüründe öne çıkan problemler olan etiketlenme ve multimorbidite meselelerine tanılar ötesi modelin getirdiği açıklamalar okuyucuya sunulmuştur. Ardından modelin ele aldığı zihinsel hatalar örneklerle ele alınmış, Türkiye literatüründe üzerine neredeyse hiç çalışma yapılmamış akıl yürütme hataları üzerinde özellikle durulmuş, tablolarla hata

tiplerinin tanıya yansımalarına ve müdahale çalışmalarının nasıl olabileceğine dair örneklere yer verilmiştir.

Tanılar ötesi model kendi içerisinde daha sayısız psikolojik süreç ve bu süreçlerin bozulmasından doğan zihinsel hatayı ele alır. Tüm bu süreçler ve zihinsel hatalar hakkında Türkiye literatüründe yeni çalışmalara gereksinim vardır. Konu hakkında yapılacak gelecek çalışmalarda bu süreçler ve zihinsel hatalar hem teorik olarak açıklanmalı hem de uygulamalı çalışmalar ile söz konusu süreç ve hatalar Türk milletinin yaşam tarzı, kültürü ve zihinsel problemleri özelinde ele alınmalıdır. Akademisyenlerin de bu model hakkında öğrencilerini bilgilendirmeleri ve onlarda ilgi uyandırmaları ülkemiz literatürünün ve terapi sektörünün geleceği açısından faydalı bir eylem olacaktır.

---

**Destek ve Teşekkür Beyanı:** Çalışma için destek alınmamıştır; ancak yüksek lisans öğrencisi Süha Berk Süloğlu çalışma yayını esnasında TÜBİTAK bursiyeridir

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış bağımsız, çift kör.

**Yazar Katkısı:** Lütfiye Kaya Cicerali: %50, Süha Berk Süloğlu: %50

**Etik Onay:** Bu çalışma etik onay gerektiren herhangi bir insan veya hayvan araştırması içermemektedir.

**Çıkar Çatışması Beyanı:** Çalışma ile ilgili herhangi bir kurum veya kişi ile çıkar çatışması bulunmamaktadır.

**Funding and Acknowledgements:** This specific study was not funded; however, Süha Berk Süloğlu among the authors was on TÜBİTAK master's scholarship at the time of its publication.

**Peer Review:** Independent double-blind

**Author Contributions:** Lütfiye Kaya Cicerali: 50%, Süha Berk Süloğlu: 50%

**Ethical Approval:** This study was not made on humans or non-human animals. Besides, due to its content-analytical nature, ethical approval was not necessary.

**Conflict of Interest:** There is no conflict of interest with any institution or person related to the study.

---

**Önerilen Atıf:** Kaya Cicerali, L., Süloğlu, S. B. (2024). Tanılar ötesi modelin akıl yürütme hataları vurgusuyla psikolojik problemlere uygulanması. *Akademik Hassasiyetler*, 11(25), 331-364. <https://doi.org/10.58884/akademik-hassasiyetler.1409958>

---

## Kaynakça

Alloy, L. B. & Tabachnik, N. (1984). Assessment of covariation by humans and animals: The joint influence of prior expectations and current situational information. *Psychological Review*, 91(1), 112-149. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.91.1.112>

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-V*.  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Arens, A. M., Gaher, R. M., & Simons, J. S. (2012). Child maltreatment and deliberate self-harm among college students: Testing mediation and moderation models for impulsivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(3), 328-337. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01165.x>
- Arntz, A., Rauner, M., & van den Hout, M. A. (1995). 'If I feel anxious, there must be a danger': Ex-consequentia reasoning in inferring danger in anxiety disorders. *Behavior Research and Therapy*, 33(8), 917-925. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00032-S](https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00032-S)
- Baptista, M. N., & Zanon C. (2016). Why not seek therapy? The role of stigma and psychological symptoms in college students. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 27(67), 76-83. <https://doi.org/10.1590/1982-43272767201709>
- Baron, K. G., Smith, T. W., Butner, J., Nealey-Moore, J., Hawkins, M. W., & Uchino, B. N. (2007). Hostility, anger, and marital adjustment: Concurrent and prospective associations with psychosocial vulnerability. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9086-z>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2010). *Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Ellard, K. K., Latin, H. M., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). *Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders*. Oxford University Press.
- Bater, L.R., & Jordan, S.S. (2020). Selective attention. V. Zeigler-Hill, T.K. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of personality and individual differences* içinde (s. 4624-4628). Springer, Cham.
- Bélanger, L., Morin, C. M., Langlois, F., & Ladouceur, R. (2004). Insomnia and generalized anxiety disorder: Effects of cognitive behavior therapy for GAD on insomnia symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(4), 561-571. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(03\)00031-8](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(03)00031-8)
- Beutler, L. E., & Malik, M. L. (2002). *Rethinking the DSM: A psychological perspective*. American Psychological Association.
- Bhattacharya, S., Pradhan, K., Bashar, M. A., Tripathi, S., Thiyagarajan, A., Srivastava, A. & Singh, A. (2020). Salutogenesis: A bona fide guide towards health. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(1), 16-19. [https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc\\_260\\_19](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_260_19)
- Bieling, P. J., Blasioli, E., & Friedman-Wheeler, D. G. (2021). Cognitive case formulation. A. Wenzel (Ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapy: Overview and approaches* içinde (s. 131-155). American Psychological Association.

- <https://doi.org/10.1037/0000218-005>
- Borkovec, T. D., Abel, J. L., & Newman, H. (1995). Effects of psychotherapy on comorbid conditions in generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(3), 479-483. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.3.479>
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T. & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy, 21*(1), 9-16. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(83\)90121-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(83)90121-3)
- Brosschot, J. F., & Aarssen, H. R. (2001). Restricted emotional processing and somatic attribution in fibromyalgia. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 31*(2), 127-146. <https://doi.org/10.2190/K7AU-9UX9-W8BW-TETL>
- Browning, M., Van Kirk, N., & Krompinger, J. (2022). Examining depression symptoms within OCD: The role of experiential avoidance. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 50*(4), 367-380. <https://doi.org/10.1017/S1352465821000497>
- Brown, V. M., Price, R., & Dombrovski, A. Y. (2023). Anxiety as a disorder of uncertainty: Implications for understanding maladaptive anxiety, anxious avoidance, and exposure therapy. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience, 23*(3), 844-868. <https://doi.org/10.3758/s13415-023-01080-w>
- Burns, D. D. (2012). *Feeling good*. Harper Collins.
- Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2018). Chapter three – Loneliness in the modern age: An evolutionary theory of loneliness (ETL). J. Olson (Ed.), *Advances in experimental social psychology* içinde, (s. 127-197). Academic Press.
- Capriola-Hall, N. N., Ollendick, T. H., & White, S. W. (2020). Gaze as an indicator of selective attention in adolescents with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research, 44*, 145-155. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-10038-7>
- Chapman, L. & Chapman, J. (1982). Test results are what you think they are. D. Kahneman, P. Slovic & A. Tversky (Eds.), *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases* içinde (s. 239-248). Cambridge: Cambridge University Press.
- Chorpita, B. F., & Weisz, J. R. (2005). Modular approach to therapy for children with anxiety, depression, or conduct problems. *Honolulu, HI: University of Hawaii at Manoa*.
- Cohen, S., Gianaros, P. J., & Manuck, S. B. (2016). A stage model of stress and disease. *Perspectives on Psychological Science, 11*(4), 456-463. <https://doi.org/10.1177/17456916166646305>
- Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 88*(3), 179. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>



- Day, S., Holmes, E. & Hackmann, A. (2004). Occurrence of imagery and its link with early memories in agoraphobia. *Memory*, 12(4), 416-427. <https://doi.org/10.1080/09658210444000034>
- Eaton, N. R., Keyes, K. M., Krueger, R. F., Balsis, S., Skodol, A. E., Markon, K. E., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2012). An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: Evidence from a national sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 282-288. <https://doi.org/10.1037/a0024780>
- Eaton, N. R., Rodriguez-Seijas, C., Carragher, N., & Krueger, R. F. (2015). Transdiagnostic factors of psychopathology and substance use disorders: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(2), 171-182. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-1001-2>
- Ehlers, A., Hackmann, A., Steil, R., Clohessy, S., Wenninger, K. & Winter, H. (2002). The nature of intrusive memories after trauma: The warning signal hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(9), 995-1002. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00077-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00077-8)
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 88-101. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.002>
- Ennis, C. R., Tock, J. L., Daurio, A. M., Raines, A. M., & Taylor, J. (2022). An initial investigation of the association between DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms and nonsuicidal self-injury functions. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(7), 1201-1207. <https://doi.org/10.1037/tra0000549>
- Epps, J., & Kendall, P. C. (1995). Hostile attributional bias in adults. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 159-178. <https://doi.org/10.1007/BF02229692>
- Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2003). Anger experience and expression in social anxiety disorder: Pretreatment profile and predictors of attrition and response to cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 34(3), 331-350. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(03\)80004-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(03)80004-7)
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- Farchione, T. J., Tirpak, J. G. W., & Olesnycky, O. S. (2021). The unified protocol: A transdiagnostic treatment for emotional disorders. A. Wenzel (Ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapy: overview and approaches* içinde (s. 701-730). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000218-024>

- Fear, C. F. & Healy, D. (1997). Probabilistic reasoning in obsessive-compulsive and delusional disorders. *Psychological Medicine*, 27(1), 199-208. <https://doi.org/10.1017/S0033291796004175>
- Gangemi, A., Dahò, M. & Mancini, F. (2021). Emotional reasoning and psychopathology. *Brain Sciences*, 11(4), 471. <https://doi.org/10.3390/brainsci11040471>
- Garety, P. A., Hemsley, D. R. & Wessely, S. M. R. C. (1991). Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients: Biases in performance on a probabilistic inference task. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(4), 194-201.
- Gasper, K. & Clore, G. L. (1998). The persistent use of negative affect by anxious individuals to estimate risk. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1350-1363. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.5.1350>
- Griffiths, M. D. (1994). The role of cognitive bias and skill in fruit machine gambling. *British Journal of Psychology*, 85(3), 351-369. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.1994.tb02529.x>
- Gros, D. F. (2014). Development and initial evaluation of transdiagnostic behavior therapy (TBT) for veterans with affective disorders. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 275-282.
- Gros, D. F., Shapiro, M. O., & Allan, N. P. (2020). Efficacy of transdiagnostic behavior therapy on transdiagnostic avoidance in veterans with emotional disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 76(1), 31-39. <https://doi.org/10.1002/jclp.22874>
- Gutner, C. A., Galovski, T., Bovin, M. J., & Schnurr, P. P. (2016). Emergence of transdiagnostic treatments for PTSD and posttraumatic distress. *Current Psychiatry Reports*, 18(10), 95. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0734-x>
- Haenen, M. A., Schmidt, A. J., Schoenmakers, M. & van den Hout, M. A. (1997). Tactual sensitivity in hypochondriasis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66(3), 128-132. <https://doi.org/10.1159/000289122>
- Hart, K. E. & Chiovari, P. (1998). Inhibition of eating behavior: Negative cognitive effects of dieting. *Journal of Clinic Psychology*, 54(4), 427-430. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199806\)54:4%3C427::AID-JCLP4%3E3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199806)54:4%3C427::AID-JCLP4%3E3.0.CO;2-K)
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (2002). Acute stress disorder: a synthesis and critique. *Psychological bulletin*, 128(6), 886. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.6.886>
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W. & Shaffran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. New York, Oxford University Press Inc.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of*

- Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Heimberg, R. G., Klosko, J. S., Dodge, C. S., Shadick, R., Becker, R. E., & Barlow, D. H. (1989). Anxiety disorders, depression, and attributional style: A further test of the specificity of depressive attributions. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 21-36.  
<https://doi.org/10.1007/BF01178487>
- Heller, A. S., Johnstone, T., Shackman, A. J., Light, S. N., Peterson, M. J., Kolden, G. G., ... Davidson, R. J. (2009). Reduced capacity to sustain positive emotion in major depression reflects diminished maintenance of fronto-striatal brain activation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 106(52), 22445-22450.  
<https://doi.org/10.1073/pnas.0910651106>
- Hirsch, C. R., Meeten, F., Krahe, C., & Reeder, C. (2016). Resolving ambiguity in emotional disorders: the nature and role of interpretation biases. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 281-305.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093436>
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37-50.  
<https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Hofstede, G. (2001). *Culture's consequences: comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations*. Sage Publications.
- Holmes, J., Bryant, A., & Gathercole, S. E. (2019). Protocol for a transdiagnostic study of children with problems of attention, learning and memory (CALM). *BMC Pediatrics*, 19(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12887-018-1385-3>
- House, A. S., Van Horn, E., Coppeans, C., & Stepleman, L. M. (2011). Interpersonal trauma and discriminatory events as predictors of suicidal and nonsuicidal self-injury in gay, lesbian, bisexual, and transgender persons. *Traumatology*, 17(2), 75-85.  
<https://doi.org/10.1177/1534765610395621>
- Ingram, R. E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, 107(2), 156.  
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.156>
- Jarvi, S. M., & Swenson, L. P. (2017). The role of positive expectancies in risk behavior: An exploration of alcohol use and nonsuicidal self-injury. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 38(2), 115. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000417>
- Johnston, W. A., & Dark, V. J. (1986). Selective Attention. *Annual Review of Psychology*, 37, 43-75.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.ps.37.020186.000355>
- Kelley, K., Walgren, M., & DeShong, H. L. (2021). Rumination as a transdiagnostic process: The role of rumination in relation to antisocial and borderline symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 295, 865-872. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.034>

- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results From the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950010008002>
- Keyes, K., Eaton, N., Krueger, R., McLaughlin, K., Wall, M., Grant, B., & Hasin, D. (2012). Childhood maltreatment and the structure of common psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 200(2), 107-115. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.093062>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., ... & Zimmerman, M. (2017). The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Koyuncu, A., İnce, E., Ertekin, E., & Tükel, R. (2019). Comorbidity in social anxiety disorder: Diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs in Context*, 8. <https://doi.org/10.7573/dic.212573>
- Kuyken, W., & Brewin, C. R. (1994). Intrusive memories of childhood abuse during depressive episodes. *Behaviour Research and Therapy*, 32(5), 525-528. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90140-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90140-6)
- Ladouceur, R., Talbot, F. & Dugas, M. J. (1997). Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry: Experimental findings. *Behavior Modification*, 21(3), 355-371. <https://doi.org/10.1177/01454455970213006>
- Leichsenring, F., & Salzer, S. (2014). A unified protocol for the transdiagnostic psychodynamic treatment of anxiety disorders: An evidence-based approach. *Psychotherapy*, 51(2), 224. <https://doi.org/10.1037/a0033815>
- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J. R., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.003>
- McEvoy, P. M., Nathan, P., & Norton, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 20-33. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.20>
- Madjar, N., Sarel-Mahlev, E., & Klomek, A. B. (2020). Depression symptoms as mediator between adolescents' sense of loneliness at school and nonsuicidal self-injury behaviors. *Crisis*. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000702>.
- Mansell, W., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2003). Internal versus external attention in social anxiety: An investigation using a novel

- paradigm. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 555-572. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00029-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00029-3)
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. R., & Shafran, R. (2008). Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A review of the utility and validity of the transdiagnostic approach. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 181-191. <https://doi.org/10.1521/ijct.2008.1.3.181>
- Marks, E. H., Franklin, A. R., & Zoellner, L. A. (2018). Can't get it out of my mind: A systematic review of predictors of intrusive memories of distressing events. *Psychological Bulletin*, 144(6), 584. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/bul0000132>
- Martín, M. and Valiña, M. (2023) Heuristics, biases and the psychology of reasoning: State of the art. *Psychology*, 14, 264-294. <https://doi.org/10.4236/psych.2023.142016>.
- Martin, L. L., Ward, D. W., Achee, J. W. & Wyer, R. S. (1993). Mood as input: people have to interpret the motivational implications of their moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(3), 317-326. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.3.317>
- Mayou, R. A., Ehlers, A. & Bryant, B. (2002). Posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents: 3-year follow-up of a prospective longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 40(6), 665-675. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00069-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00069-9)
- McDermut, W., Fuller, J. R., DiGiuseppe, R., Chelminski, I., & Zimmerman, M. (2009). Trait anger and Axis I comorbidity: Implications for rational emotive behavior therapy. *Journal of Rational Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 27, 79-82. <https://doi.org/10.1007/s10942-009-0092-2>
- Mellings, T. M. B., & Alden, L. E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: the effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behaviour Research and Therapy*, 38(3), 243-257. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00040-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00040-6)
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York, John Wiley & Sons Inc.
- Nickerson, R. S. (1998). Confirmation bias: A ubiquitous phenomenon in many guises. *Review of General Psychology*, 2(2), 175-220. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.2.175>
- Nock, M. K., & Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* içinde (s. 9-18). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11875-001>
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569-582. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.569>

- Norton, P. J. (2008). An open trial of a transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorder. *Behavior Therapy, 39*(3), 242-250. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.08.002>
- Owen, J. M. (2011). Transdiagnostic cognitive processes in high trait anger. *Clinical Psychology Review, 31*(2), 193-202. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.10.003>
- Rapee, R. M. & Lim, L. (1992). Discrepancy between self and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology, 101*(4), 728-731. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.101.4.728>
- Ruisoto, P., López-Guerra, V. M., López-Núñez, C., Sánchez-Puertas, R., Paladines-Costa, M. B., & Pineda-Cabrera, N. J. (2022). Transdiagnostic model of psychological factors and sex differences in depression in a large sample of Ecuador. *International Journal of Clinical and Health Psychology: IJCHP, 22*(3), 100322. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100322>
- Russell, L. H. (2020). *The development and initial validation of the Baylor Emotional Reasoning Questionnaire (BERQ)* [Doktora tezi]. Baylor University.
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R., & Barlow, D. H. (2017). Current definitions of “transdiagnostic” in treatment development: A search for consensus. *Behavior Therapy, 48*(1), 128-138. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004>
- Schienle, A., Vaitl, D., & Stark, R. (1996). Covariation bias and paranormal belief. *Psychological Reports, 78*(1), 291-305. <https://doi.org/10.2466/pr0.1996.78.1.291>
- Schwalberg, M. D., Barlow, D. H., Alger, S. A., & Howard, L. J. (1992). Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 101*(4), 675-681. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.101.4.675>
- Strosahl, K. D., Robinson, P. J., & Gustavsson, T. (2012). *Brief interventions for radical change: Principles and practice of focused acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: Development and validation. *Psychological Assessment, 7*(4), 524-532. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.524>
- Suls, J., Green, P. A., & Boyd, C. M. (2019). Multimorbidity: Implications and directions for health psychology and behavioral medicine. *Health Psychology, 38*(9), 772. <https://doi.org/10.1037/hea0000762>
- Tafra, R. C., Kassirer, H., & Dundin, L. (2002). Anger episodes in high- and low-trait-anger community adults. *Journal of Clinical Psychology, 58*(12), 1573-1590. <https://doi.org/10.1002/jclp.10076>
- Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin, 103*(2), 193-210. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.103.2.193>

- Tiba, A. I. (2018). Feelings-as-embodied information: Studying the role of feelings as images in emotional disorders. *Frontiers in Psychology*, 9, 186. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00186>
- Tsao, J. C., Mystkowski, J. L., Zucker, B. G., & Craske, M. G. (2002). Effects of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbid conditions: Replication and extension. *Behavior Therapy*, 33(4), 493-509. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(02\)80013-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(02)80013-2)
- Van Oppen, P., Hoekstra, R. J., & Emmelkamp, P. M. G. (1995). The structure of obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33(1), 15-23. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)E0010-G](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)E0010-G)
- Vollebergh, W. A., Iedema, J., Bijl, R. V., de Graaf, R., Smit, F., & Ormel, J. (2001). The structure and stability of common mental disorders: The NEMESIS study. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 597-603. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.597>
- Wallace, S. T., & Alden, L. E. (1997). Social phobia and positive social events: The price of success. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(3), 416-424. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.3.416>
- Wang, M., & Eaton, N. R. (2023). Linking non-suicidal self-injury to psychopathology: The utility of transdiagnostic and DSM-based models. *Journal of Affective Disorders*, 332, 55-63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.075>
- Watkins, E. R., & Roberts, H. (2020). Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour Research and Therapy*, 127, 103573. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103573>
- Watts, F. N., Coyle, K., & East, M. P. (1994). The contribution of worry to insomnia. *British Journal of Clinical Psychology*, 33(2), 211-220. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1994.tb01115.x>
- Wells, A., & Matthews, G. (2014). Attention and emotion: A clinical perspective. *Psychology Press*. <https://doi.org/10.4324/9781315747187>
- Wenzel, A., & Lystad, C. (2005). Interpretation biases in angry and anxious individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 43(8), 1045-1054. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.02.009>
- Wheaton, M. G., Gershkovich, M., Gallagher, T., Foa, E. B., & Simpson, H. B. (2018). Behavioral avoidance predicts treatment outcome with exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 35(3), 256-263. <https://doi.org/10.1002/da.22720>
- Widiger, T. A., & Chaynes, K. (2003). Current issues in the assessment of personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, 5(1), 28-35. <https://doi.org/10.1007/s11920-003-0006-4>
- Williams, D. A., & Thorn, B. E. (1989). An empirical assessment of pain beliefs. *Pain*, 36(3), 351-358. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(89\)90095-X](https://doi.org/10.1016/0304-3959(89)90095-X)

- Williams, J. E., Paton, C. C., Siegler, I. C., Eigenbrodt, M. L., Nieto, F. J., & Tyroler, H. A. (2000). Anger proneness predicts coronary heart disease risk: Prospective analysis from the atherosclerosis risk in communities (ARIC) study. *Circulation*, *101*(7) 2034-2039. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.101.17.2034>
- Woody, S. R., & Rodriguez, B. F. (2000). Self-focused attention and social anxiety in social phobics and normal controls. *Cognitive Therapy and Research*, *24*, 473-488. <https://doi.org/10.1023/A:1005583820758>

### **Extended Abstract**

Transdiagnostic Model, translated into Turkish as "Tanılar Ötesi Model", is a relatively new one to make sense of mental problems. It differs from the pathogenic model that is used in literature focusing on detection and elimination of symptoms indicative of a diagnosis. Transdiagnostic model's aim is to identify the mental processes that cause a client's symptoms and to regulate them. This model suggests that psychopathologies arise from mental errors that occur due to the disruption of five mental processes (i.e., attention, memory, reasoning, thought, and behavior).

The aim of the transdiagnostic model is to provide an alternative to the medical one. The first motivation for this relates to the complex nature of mental disorders. Pathogenic approach requires to examine the symptoms to give an appropriate diagnosis and to finally apply the most suitable treatment protocol. The transdiagnostic model, on the other hand, thoroughly uncovers patient history refraining from trying to fit him/her into a specific category. Each patient is a unique case, and each mental problem should be considered as a unique one. Thus, mental problems should not be standardized and should rather be tailor-made.

The second argument for the transdiagnostic model is the multiplicity of diagnoses which can hardly be memorized for accurate diagnosis. Diagnostic errors might lead specialists to give incorrect diagnoses and apply incorrect treatment protocols. Furthermore, some diagnoses that gained a place in the manuals might not have fully matured yet. They require more research to become robustly evidence-based. The fact that these diagnoses, which are not based on tough proof, can obtain a place in diagnostic manuals might lead to unfortunate consequences like incorrect treatments.

Perhaps the most important reason for the transdiagnostic model's opposition to the pathogenic model is its stigmatization power. A patient diagnosed with a specific mental disorder and accordingly labeled might experience extra problems due to this stigma. By building a bridge between the diagnosis they received and themselves, the patients may begin to describe themselves with adjectives such as manic, depressive, or obsessive. In the long run, it leads to a self-stigma fusion and becomes difficult for the patients who reduce their own existences to these labels to benefit from the treatment they receive. The labeled patients may also be shamed, discriminated against, or



insulted by their immediate circles who consider themselves "normal". People who are afraid of being considered abnormal and ostracized by their environment may refuse to seek professional help. Instead of solving their problems with therapy and medication (the ideal path), they may choose to go ahead with their problematic lives to avoid stigmatization. Finally, they would end up with feeling thoroughly helpless, cornered by both their problems and social pressure, and become even more dissatisfied and depressed than before.

The transdiagnostic model also explains multimorbidity, where criteria for multiple disorders are simultaneously observed in a patient. Various studies have shown that when a patient decides to seek professional help and sees a specialist, the average number of diagnoses they receive is 2.1. Hence, the norm is not to receive a single diagnosis per se, but to have multiple diagnoses.

The transdiagnostic model guides experts regarding multimorbidity. Common distorted processes cause multiple mental errors or maintain them. Studies show some interventions benefit multiple diagnoses, which verifies psychological processes underlying multiple diagnoses are common. Therefore, a process-focused therapy that aims to intervene in these "common processes" might provide treatments for many diagnoses altogether.

Psychological processes are mechanisms that people constantly use, consciously or unconsciously. If these beneficial processes are distorted, they may cause mental errors. These mental errors have a say in the context of the formation and maintenance of psychopathologies. Errors are named after the processes they originate from like attention, memory, thinking, behavior and reasoning errors.

Reasoning is described as "the process of making various assumptions about the situations we encounter in our daily lives, thinking about these assumptions and questioning their accuracy". Since by reasoning, we reach judgments, it should be rational, realistic, and based on concrete data. Nevertheless, sometimes people stop analyzing and testing assumptions, and make biased judgments that motivate them, increase their self-esteem and self-confidence. Reasoning errors might occasionally be harmful.

One of the most common reasoning errors is known as "Interpretive Reasoning". This is when the person judges neutral experiences, as negative in line with their own anxiety and other mental problems. Another reasoning error known as "Attributional Biases" is observed when a person decides about the reasons of certain outcomes. In addition to making self-serving biased attributions, a person might also make quite pessimistic and self-blaming attributions. "Illusory Correlation" occurs when people claim that two things are strongly and positively connected even though there is a weak, inverse, or no connection at all. "Confirmation Bias" is another misleading reasoning process where someone only pursues information that suits him/her and proves the accuracy of his/her idea. Hereby, new information conflicting with one's assumptions are excluded. The last error of reasoning explained in

this article is “Emotional Reasoning” in which people hold their own emotions as a valid source of data when making a judgment about a particular issue.

Transdiagnostic Model promises a unified process-based therapy that can help all patients regardless of diagnosis, and therefore it has the potential to shape the future of mental health domain. Transdiagnostic model deals with five psychological processes and the mental errors resulting from their disruption. Obviously, the coverage of this model in Turkish psychology literature is still developing. Future studies that investigate the relative effectiveness of transdiagnostic interventions such as the unified protocol, schema therapy, and acceptance and commitment therapy in the context of Turkish mental landscape, culture and geography are necessary. This article had the intention to inform mental health professionals and the students of psychology and psychiatry about this comparatively recent process oriented cognitive approach.