



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU(TSSB) TANILI  
HASTALARDA ZİHİN KURAMI PERFORMANSI VE ATIFSA  
YANLILIĞIN İNCELENMESİ**

**Fatma Dilara ALTUNBAŞ**

**Tez Danışmanı**

**Yrd. Doç. Dr. Barış ÖNEN ÜNSALVER**

**İSTANBUL – 2017**

**T.C.**  
**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU (TSSB)**  
**TANILI HASTALARDA ZİHİN KURAMI PERFORMANSI**  
**VE ATIFSAL YANLILIĞIN İNCELENMESİ**

**Fatma Dilara ALTUNBAŞ**  
**154102046**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. Barış ÖNEN ÜNSALVER**

**İstanbul-2017**



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	:	
Öğrenci Adı Soyadı	:	Fatma Dilara ALTUNBAŞ
Anabilim Dalı	:	Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	:	yrd. Doç. Dr. Barış Önen Ünsalver
Tezin Başlığı	:	TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU (TSSB) TANILI HASTALARDA ZİHİN KURAMI PERFORMANSI VE ATIFSAZ YANLILIĞIN İNCELENMESİ

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	:	01.06.2017	Saati	:	10.00
Öğrenci Savunmaya	:	<input checked="" type="checkbox"/> GELDI			
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,					
<input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUĞU					
<input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez <b>KABUL</b> edilmiştir.					
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin <b>DÜZELTİLMESİ</b> için ..... ay <b>EK SÜRE</b> verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. <i>(en fazla 3 ay)</i>					
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin <b>REDEDİLMESİ</b> kararı alınmıştır.					
Savunmada Tezin Başlığı	:	<input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi.	<input type="checkbox"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:				
Öğrenci Savunmaya	:	<input type="checkbox"/> GELMEDİ			
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,					
<input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ ile <b>REDEDİLMİŞTİR.</b>					

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Barış Önen Ünsalver	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Üntübol	
Üye	Doç. Dr. Korkut Ulucan	

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) Tanılı Hastalarda Zihin Kuramı Performansı ve Atıfsal Yanlılığın İncelenmesi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

### **Tarih**

15/05/2017

### **Adı-SOYADI**

Fatma Dilara ALTUNBAŞ

### **İmza**

## **ÖNSÖZ/TEŞEKKÜR**

Öncelikle, gerek uzmanlık eğitimim boyunca gerek bu çalışmanın her aşamasında yardımlarını, bilgilerini, zamanını ve güler yüzünü esirgemeyen hocam ve danışmanım Yrd. Doç. Dr. Barış Önen Ünsalver'e katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Klinik psikoloji alanında bilgilerini paylaşmış olan ve tez sürecindeki yardımlarından dolayı Dr. Aışan Burak Yaşar ve Doç. Dr. Serap Erdoğan Taycan'a teşekkür ederim.

Son olarak da eğitim hayatım boyunca bana her zaman destek veren ve her anımda yanımda olan sevgili annem Cemile Usta'ya ve eşim Levent Altunbaş'a teşekkür ederim.

## ÖZET

**Amaç:** Mevcut çalışmanın amacı, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanısı alan hastalarda bilişsel bir beceri olan Zihin Kuramı (ZK) performansının nasıl etkilendiğini ve atıfsal yanlılığın ne şekilde olduğunu değerlendirmektir. Travmaya maruz kalan bireylerin sosyal ilişkilerinin zarar gördüğüne karşın güçlü kanıtlar olmasına rağmen literatürde bireylerin sosyal bilişlerini analiz etmeye yönelik az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu bakımdan TSSB tanılı bireylerde Zihin Teorisi performansının incelenmesi ve atıfsal yanlılığın belirlenmesi ile literatürdeki boşluğun kapatılmasına yönelik veriler elde edilmesine çalışılmıştır.

**Yöntem:** Çalışma, 30 TSSB tanısı almış ve 30 sağlıklı birey olmak üzere toplam 60 kişilik örneklem kullanılarak yapıldı. Örnekleme, araştırmacı tarafından demografik formun yanısıra Gözlerden Zihin Okuma Testi (RMET), İçsel-Dışsal-Durumsal Atıf Stilleri Ölçeği (IPSAQ), Klinisyen Trafandan Uygulanan TSSB Ölçeği (CAPS), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Çocukluk Çağı Travmaları Envanteri (CTQ) ve İma Görevi (Hinting Task) uygulanmıştır.

**Bulgular:** Yapılan Mann Withney U Test analiz sonuçlarına göre TSSB tanısı almış deney grubu ile sağlıklı kontrol grubu arasında ZK beceri performanslarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Buna ek olarak, Spearman Korelasyon analizine göre travma tipleri ile ZK beceri performansı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur ( $p<0,01$ ). Ayrıca TSSB'nin ve TSSB belirtilerinin şiddeti ile ZK beceri performansları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon tespit edilmiştir ( $p<0,01$ ). Spearman Korelasyon analizine göre cinsel istismar travmasına maruz kalınması haliyle negatife durumları içselleştirme hali arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon tespit edilmiştir ( $\rho=0,341$ ,  $p=0,009$ ).

**Sonuç:** Bu çalışma ile TSSB'nin ve farklı travma tiplerinin ZK ve atıf stilleri ile olan ilişkisi incelenmiştir ve TSSB tanısı almış deney grubu ile sağlıklı deney grubunun ZK becerileri arasında fark olup olmadığına bakılmıştır. Çalışmanın neticesinde

TSSB'nin ZK becerilerini olumsuz yönde etkilediği, travma tipleri ile ZK becerileri arasında bir ilişki olduğu ve atıfsal yanlılıkların cinsel istismar ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Atıfsal yanlılık, Travma, Travma tipleri, ToM, TSSB, Zihin Kuramı, ZK

## SUMMARY

**Introduction:** The aim of the current study is investigating theory of mind (ToM) abilities and attribution styles on people who diagnosed with Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). There are few studies that show PTSD may lead to damage on social interaction skills, thus, more studies must be made for analyzing social cognition abilities among people who diagnosed with PTSD. The current study is made in the purpose of understanding how ToM performance and attributing way affected from PTSD.

**Method:** The study is conducted with 60 participants; 30 people who are diagnosed with PTSD and 30 healthy participants. Reading Mind in the Eyes Test (RMET), Internal-Personal-Situational Attribution Questionnaire (IPSAQ), Clinician Administered PTSD Scale (CAPS), Beck Depression Inventory (BDI), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Hinting Task, and a socio-demographic questionnaire were applied to the participants by the researcher.

**Results:** According to Mann Withney U analyze results; there is statistically significant difference on ToM performance between participants who are diagnosed with PTSD and healthy participants ( $p < 0.001$ ). In addition, Spearman Correlation analyzes shows that there is a statistically significant correlation between trauma types and ToM performance ( $p < 0.01$ ). Moreover, having PTSD and severity of PTSD symptoms show statistically significant correlation with ToM performance ( $p < 0.01$ ). Additionally, correlation between being exposed to sexual abuse and internalizing the negative events are statistically significant ( $\rho = 0.341$ ,  $p = 0.009$ ).

**Conclusion:** The present study clarifies effects of PTSD and different trauma types on ToM performance and attribution styles with comparing participants who are diagnosed with PTSD and non-PTSD participants. In conclusion, PTSD leads



deterioration on ToM and there is a statistically significant correlation between trauma types.

Also it is founded that a statistically significant correlation between sexual abuse and internalizing behaviours in negative situations.

**Key words:** Attribution styles, PTSD, Theory of Mind, ToM, Trauma, Trauma types

## KISALTMALAR VE SİMGELER

- BDÖ:** Beck Depresyon Ölçeği
- CAPS:** Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB Ölçeği / Clinician Administered PTSD Scale
- CTQ:** Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği / Childhood Trauma Questionnaire
- DB:** Davranım Bozukluğu
- DEHB:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
- fMRI:** Fonksiyonel Magnetik Rezonans Görüntüleme Tekniği
- IFG:** Inferior Frontal Gyrus
- IPL:** Inferior Parietal Lobun
- IPSAQ:** İçsel-Dışsal-Durumsal Atıflar Ölçeği / Internal-Personal-Situational Attribution Questionnaire
- MPFK:** Mediyal Prefrontal Korteks
- NAS:** Negatif Atıf Stili
- OKB:** Obsesif Kompulsif Bozukluk
- OSB:** Otizm Spektrum Bozukluğu
- PAS:** Pozitif Atıf Stili
- PB:** Panik Bozukluk
- Pcu/PCC:** Precuneus / Posterior Cingulate Korteks
- PET:** Pozitron Emisyon Tomografi
- PTSD:** Post Traumatic Stres Disorder
- RMET:** Gözlerden Zihin Okuma Testi / Reading Mind in the Eyes Test
- SF:** Sosyal Fobi
- ToM:** Theory of Mind
- TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- YAB:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu
- ZK:** Zihin Kuramı

## **TABLO LİSTESİ:**

**Tablo 1:** Otistik Bozuklukta DSM-IV tanı ölçütleri

**Tablo 2:** Şizofrenide DSM-IV tanı ölçütleri

**Tablo 3:** TSSB için DSM-IV tanı ölçütleri

**Tablo 4:** Çalışma grubunun klinik özellikleri

**Tablo 5:** Tüm katılımcıların demografik özellikleri

**Tablo 6:** Katılımcıların ailelerinde bulunan psikiyatrik rahatsızlıklar ve tedavi görülen tıbbi rahatsızlıklar

**Tablo 7:** Sosyodemografik bilgilerin Ki-Kare ile analizi

**Tablo 8:** Mann Withney U testi ile analizi yapılan değerler

**Tablo 9:** Atıfsal Yanlılıkların Mann Withney U Testi ile Analizi

**Tablo 10:** Travma tipleri ile ZK test performanslarının korelasyon analizi

**Tablo 11:** TSSB ve TSSB semptomlarının şiddeti ile ZK performansları arasındaki korelasyon

**Tablo 12:** Travma tipleri ile atıfsal yanlılık arasındaki korelasyon

**Tablo 13:** TSSB ve TSSB belirtilerinin şiddeti ile atıfsal yanlılıklar arasındaki korelasyon

## **GRAFİK LİSTESİ:**

**Grafik 1:** Deney grubu ve kontrol grubunun RMET performans karşılaştırması

**Grafik 2:** Deney grubu ve kontrol grubunun İma Testi performans karşılaştırması

**Grafik 3:** Deney grubu ve kontrol grubunda Dışsallaştırma Yanlılığının karşılaştırması

**Grafik 4:** Deney grubu ve kontrol grubunda Negatif Durumlardaki İçselleştirme Yanlılığının karşılaştırması

**Grafik 5:** Deney grubu ve kontrol grubunda Pozitif Durumlardaki İçselleştirme Yanlılığının karşılaştırması

## İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa No</b>
Tez Savunma Tutanağı.....	i
Yemin Metni. ....	ii
Önsöz / Teşekkür.....	iii
Özet .....	iv
Summary .....	vi
Kısaltmalar ve Simgeler Sayfası .....	viii
Tablolar Listesi .....	ix
Grafikler Listesi .....	x
Giriş .....	1
<b>BİRİNCİ BÖLÜM – ZİHİN KURAMI</b> .....	<b>1</b>
1.1. ZİHİN KURAMI NEDİR? .....	1
1.2. ZİHİN KURAMININ TEORİLERİ .....	2
1.2.1. Teori-Teori (Kuramsal Teori).....	2
1.2.2. Simülasyon Teorisi .....	3
1.2.3. Modüler Teori .....	3
1.3. ZİHİN KURAMI KAVRAMININ ORTAYA ÇIKIŞI .....	4
1.4. ZİHİN KURAMININ ÖNEMİ .....	6
1.5. ZİHİN KURAMI YETENEKLERİ .....	7
1.5.1. Birinci Derece Zihin Kuramı Yeteneği .....	7
1.5.2. İkinci Derece Zihin Kuramı Yeteneği .....	8
1.5.3. Metafor Kavrama .....	8

1.5.4. İroni Kavrama .....	8
1.5.5. Faux Pas (Pot Kıрма, Gaf yapma) .....	8
1.5.6. Dil İşleme .....	9
1.6. ZİHİN KURAMI VE PSİKOPATOLOJİ .....	10
1.6.1. Gelişimsel Bozukluklar .....	10
1.6.2. Kişilik Bozuklukları .....	12
1.6.3. Şizofreni .....	13
1.6.4. Duygudurum Bozuklukları .....	16
1.6.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) .....	17
1.7. ZİHİN KURAMI İLE İLGİLİ BEYİN BÖLGELERİ .....	20
1.7.1. Fonksiyonel Görüntüleme İle Yapılmış Çalışmalar .....	21
1.7.2. Nörojenik Örneklem İle Yapılmış Çalışmalar .....	21
<b>İKİNCİ BÖLÜM – ATIF STİLLERİ .....</b>	<b>23</b>
2.1. “ATIF STİLLERİ” NEDİR? .....	23
2.2. ATIF STİLLERİNİN ORTAYA ÇIKIŞI .....	23
2.2.1. Fritz Heider Kuramı .....	24
2.2.2. Jones ve Davis Kuramı .....	24
2.2.3. Kelly'nin Kuramı .....	24
2.3. ATIF STİLLERİNİN ÖNEMİ .....	25
2.4. TSSB VE ATIF STİLLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ .....	27
2.5. ATIF STİLLERİ VE PSİKOPATOLOJİ .....	28
2.6. ATIF STİLLERİ İLE İLGİLİ BEYİN BÖLGELERİ .....	30
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM- GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>33</b>

3.1. ÖRNEKLEM .....	33
3.2. ÖLÇÜM ARAÇLARI .....	34
3.2.1. Sosyodemografik Form .....	34
3.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ) .....	34
3.2.3. İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıf Stilleri Ölçeği (IPSAQ) .....	35
3.2.4. Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB Ölçeği (CAPS) .....	35
3.2.5. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) .....	36
3.2.6. Gözlerden Zihin Okuma Testi (RMET) .....	37
3.2.7. Hinting Test (İma Görevi) .....	37
3.3. YAPILAN İŞLEMLER .....	38
3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZLER .....	38
3.5. BULGULAR .....	39
<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM-TARTIŞMA .....</b>	<b>62</b>
4.1. TARTIŞMA .....	62
<b>BEŞİNCİ BÖLÜM-SONUÇ .....</b>	<b>71</b>
5.1. SONUÇ .....	71
KAYNAKÇA .....	74
ÖZGEÇMİŞ .....	86

# GİRİŞ

## BİRİNCİ BÖLÜM- ZİHİN KURAMI

### 1.1. ZİHİN KURAMI NEDİR?

Zihin durumlarını (inanç, istek, hayal, niyet, duygu vb.) anlamlandırmak ve günlük hayatta diğer insanların zihin durumlarını değerlendirerek onların davranışları hakkında öngörülebilir bulunabilme becerilerinin tümü *Zihin Kuramı (ZK)/ Theory of Mind (ToM)* olarak adlandırılmaktadır (Meijering ve ark., 2012). Premack ve Woodruff, 1978 yılında ZK'dan ilk kez bahsetmişler ve bu konuda çok sayıda testi, metodu ve teoriyi literatüre kazandırmışlardır (Flusberg & Sullivan, 2000).

İnsanlar çocukluk yıllarından başlayarak çevrelerindeki diğer insanların zihinsel durumlarını modellerler, daha sonra uygun olduğunu düşündükleri zihinsel durumları başkalarına atfedebilme becerisi kazanırlar; bu sayede diğer insanların göstereceği davranışları, duyguları ve inançları hakkında öngörülebilir bulunabilirler (Welman, 1990). Bireyler için sosyal bağlama uygun davranabilme ve başarılı bir biçimde etkileşim kurabilme yaşadığımız dünyada başarılı olunabilmesi için gereklidir ve ZK diğer insanlarda bilişsel ve duygusal safhaları fark ederek etkili etkileşimin sağlanmasında rol oynamaktadır (Völlm, Taylor, Richardson, Corcoran, Stirling, McKie, Deakin ve Elliott 2006).

ZK becerileri “içsel” (internal) ve “dışsal” (external) olmak üzere iki durum olarak incelenebilir. “İçsel” olarak incelendiğinde ZK bireylerin kendi zihinsel temsillerini şekillendirmesini ve bunu kullanabilmesini, bu sayede kendisi ile diğer insanların temsillerine karşı farkındalığını sürdürebilmesi ile ilgilenir. “Dışsal” olarak ZK, günlük iletişim ve derinlemesine sosyal ilişkiler esnasındaki davranışları kapsamaktadır (Hughes & Leekam, 2004). Dışsal ZK becerileri, kaynağını içsel ZK



becerilerinden, yani inançlardan ve isteklerden alır; bu durum zihnin doğasının bir parçasıdır.

ZK alanında yapılan ilk çalışmalarda, çocuklarda *yanlış inancın (false-belief)* gelişimine (Wimmer& Perner, 1983) ve otizmde *seçici engelleme (selective impairment)* konularına odaklanılmıştır (Baron-Cohen, Leslie & Frith, 1985). Daha sonra yapılan çalışmalarda tıpkı otizmde olduğu gibi psikoz hastalarında da ZK becerilerinde performans düşüşleri fark edilmiştir (Frith & Frith, 1988).

## 1.2. ZİHİN KURAMININ TEORİLERİ

ZK bilişsel seviyede zihinselleştirme işleminde nasıl bir rolü olduğunu açıklayan üç adet farklı bakış açısı tanımlanmıştır. Genel anlamda bu bakış açıları ZK'nın "inanç ve arzu" bağlamına vurgu yapmaktadır; farklı insanların farklı düşünce ve inançlarının olabileceğinin farkında olmanın yanı sıra insanların belirli durumlar karşısında belirli tepkiler vermesinde içsel arzularının da fiziksel olarak rolü bulunmaktadır. Ayrıca *doğru inançlara (true-beliefs)* - gerçek dünyada doğru olan inançlar- ve *yanlış inançlar (false-beliefs)* – diğer insanların sahip olduğu fakat gerçek dünyada kesin doğruluğu olmayan inançlar- arasındaki ayrıma da vurgu yapılmaktadır. Doğru inançlar ve yanlış inançlar arasındaki farkı ayırt edebilme becerisi aynı zamanda zihni ve dünyayı birbirinden bağımsız olarak değerlendirebilme yetisine de işaret etmektedir (Wellman ve ark., 2001).

### 1.2.1. Teori-Teori (Kuramsal Teori)

İlk kez Adam Morton (1980) tarafından bahsedilen *Teori-Teori* görüşüne göre zihin kuramı bireylerde doğuştan vardır ve deneyimlerle beraber öğrenilir. Bu teoriye göre, çocuklar nedensel ilkelerle, dünyayı gözlemlerler, kazandıkları deneyimlerle beraber ZK becerilerini kazanırlar ve bu sayede diğerlerinin niyetlerini, isteklerini ve inançlarını ZK becerileri ile tahmin edebilirler (Hiatt & Trafton, 2010).

Teori- teori'ye göre gerçek dünya ve zihin durumlarının ayırt edilebilmesi yalnızca

ZK ile değil bir çok zihinsel modelin bir arada karşılaştırabilme becerisiyle mümkün olduğunu vurgulamaktadır (Brüne, 2005).

### 1.2.2. Simülasyon Teorisi

Gallese ve Goldman (1998) tarafından tanımlanan simülasyon teorisi bir kişinin zihinsel olarak kendisini diğer kişinin yerine koyup, karşı tarafın gözünden kendisine bakarak nasıl gözüktüğü ile ilgili benzetim (to stimulate) yapıp ve diğer insanın ne yapacağını, nasıl davranacağını yordamasıdır (Hiatt & Trafton, 2010). Başka bir deyişle Simülasyon teorisi, bireylerin kendini başkasının yerine koyabilmesini içerir ve ZK ile bu bakımdan ie içedir.

Teori- teori'nin diğer insanların zihin durumlarından kopuk olmasının aksine Simulasyon teorisi diğer insanların zihin durumlarını taklit etme ve benzetme yapmayı içermektedir.

### 1.2.3. Modüler Teori

Modüler teori kuramcılarına göre ZK becerileri bilişsel becerilerden bağımsız ve fonksiyonel olarak birbirleri ile uyuşmayan bilişsel işlevlerdir. Buna ek olarak bir çok modüler teori savunucusu modüler zihnin doğuştan geldiğini, gelişim öncesi bir aşamasının bulunduğunu ve diğer bilişsel becerilerden bağımsız olarak olgunlaşma sürecinin gerçekleştiğini savunur (akt. Youmans, 2004 /Baron-Cohen, 1995; Leslie & Roth, 1993).

Bazı modüler teori kuramcılarına göre, zihnin iki ayrı mekanizmasının olduğu ve bu mekanizmaların ZK oluşturmak için bir arada çalışmasını ifade eder, bunlar; *alana özgü (domain specific)* ve *zihin kuramı (zihin teorisi) modülü* olarak adlandırılmaktadır (akt. Değirmencioğlu, 2008/ Brüne 2005; Brüne ve Brüne-Cohrs 2006).

Otizm Spektrum Bozukluğu ve Asperger Sendromu gibi bozukluklara sahip çocuklarda st düzey bilişsel yeterlilikler –linguistik becerileri ve yürütücü işlevler de

dahil olmak üzere- seçici engelleme (selective impairment) halinin mevcut olması Modüler Teoriyi desteklemektedir. Ayrıca, Down Sendromu ve Williams Sendromu tanıması konan bireylerde de diğer bilişsel fonksiyonlardan farklı olarak ZK becerileri seçici olarak kullanılmayabilir (Youmans, 2004).

Özetle modüler teori mantıksal betimleme, gerçeğin manipülasyonu ve inançların ifadesi gibi farkındalık halinde yapılan ve fiziksel dünyaya ait çıkarsamaların yapılmasında gerekli beceriler ile zihin durumlarının çıkarsamalarının yapılması için kullanılan becerilerin arasında kesin bir ayırım yapmaktadır (Youmans, 2004).

### 1.3. ZİHİN KURAMI KAVRAMININ ORTAYA ÇIKIŞI

ZK kavramı ilk kez 1978 yılında Premack ve Woodruff tarafından ortaya atılmıştır. Premack ve Woodruff primatlar üzerinde ZK'yı araştırmış ve primatların türdeşlerinin –tıpkı insanlar gibi- zihin durumlarını açıklayabilme kabiliyeti olup olmadığına değinilmiştir, fakat kesin bir sonuca varılamamıştır. Sözü edilen çalışmada, empati yapabilme becerisi ile ZK'nın birbirinden çok da farklı kavramlar olmadığına dair çıkarımlarda bulunulmuştur. Premack ve Woodruff'un yaptıkları diğer çalışmalarla birlikte ortaya çıkan yeni metotlar ve teoriler, ZK kavramının gelişimine katkıda bulunmuştur (Kumazaki, 2016).

1981 yılında Bretherton, McNew ve Beeghly-Smith yazdıkları bir kitapta 'Early person knowledge as expressed in gestural and verbal communication: When do infants acquire a "theory of mind"?' başlıklı bir bölüme yer vererek Premack ve Woodruff'un çalışmasına atıfta bulunmuşlardır. Bretherton, McNew ve Beeghly-Smith bu bölümde bebeklerde iletişim becerilerinin gelişmesine yer vermişler ve ZK'nın gelişiminde intentional (kasti) iletişimin tek başına yeterli olmayacağını öne sürmüşlerdir. Ayrıca çocuklar ve iletişimde oldukları diğer bireyler arasında *anlam çerçevesinin (framework of meaning)* ve *interfaciable medium* (dil ve uzlaşmasl

mimikler) olması gerektiğinin de altını çizilmiştir (akt. from Kumazaki, 2016/Bretherton ve ark., 1981; original italic). Bretherton ve arkadaşları yaptıkları çalışmada çocukların kazanmış oldukları intentional (kasti) terimleri de değerlendirdiler (Kumazaki, 2016).

Baron-Cohen, Leslie and Uta Frith tarafından 1985'te yayımlanan 'Does the autistic child have a "theory of mind"?' isimli makalede otizmlı çocuklara ve normal çocuklara uygulanan yanlış inanç testlerinin sonuçları karşılaştırıldı. Çalışmanın sonucunda otizmlı çocukların yanlış inanç testindeki beceri performanslarının normal çocuklardan daha zayıf olduğu ve bunun becerilerindeki eksiklikten kaynaklandığı yorumu yapıldı (Kumazaki, 2016). Bunun üzerine Baron-Cohen ve arkadaşları, sosyal bir beceri olarak ZK'yı kabul etmiş ve diğer insanların nasıl bildiğini, istediğini, inandığını ya da hissettiğini anlayabilmek olarak tanımlamışlardır. 1987 yılında Leslie, ZK kavramını çocuklarda zihinsel perspektif almanın ontogenetik gelişimini açıklamak için kullanmıştır (Değirmencioğlu, 2008).

Cristopher Frith (1992/2008), şizofrenin bazı belirtilerini -persekütif hezeyanlar gibi- ZK becerilerinde bozulma olarak yorumladı. Frith, bu durumu Leslie (1987)'nin ifadesiyle *metarepresentasyon* (metarepresentation) olarak isimlendirmiştir ve metarepresentasyonun ZK'nın altında yatan başlıca işleyiş olduğunu gözlemlemiştir (Kumazaki, 2016).

Tüm bu çalışmalara ek olarak, ZK'nın anlaşılmasına ön ayak olan fakat tam olarak bir terminolojisi olmayan çalışmalar da mevcuttur. Bretherton ve arkadaşları (1981) yaptıkları çalışmada alıntılanmış olduğu, Piaget'nin (1954,1962) bebekleri gözlemleyerek yürütmüş olduğu çalışma bunun öncülerinden biridir. Ayrıca Bretherton ve arkadaşları, Fritz Heider'in insan kavramıyla ilgili görüşlerine de atıfta bulunmuşlardır (Kumazaki, 2016). Heider'in 1958 yılında yayımlanan "The Psychology of Interpersonal Relations" isimli kitabı, bireylerin birbirleri hakkında ne düşündüğünü, nasıl hissettiğini ve birbirlerini nasıl algıladıkları açıklamıştır (Heider, 1958). Bretherton ve arkadaşları, Heider'in fikirlerinin yetişkinler için uygun olduğunu fakat çocuklar için geçerli olmadığını düşünmüşlerdir.

Obiols ve Berrios (2009) ise ZK kavramının temelini James Mark Baldwin tarafından 1861-1934 yıllarını kapsayan, insan zihninin gelişimini temel alan çalışmalarını incelemişlerdir (Obiols ve Berrios, 2009). Aynı çalışmada, ZK'nın taklit etme, karşıdaki kişinin davranışlarına bir şeyleri yapma ya da yapar gibi görünme ve görüş belirtme gibi temel unsurları olduğunu Baldwin'den (1895-1898) alıntılar yapmışlardır (Kumazaki, 2016).

#### 1.4. ZİHİN KURAMININ ÖNEMİ

İnsan, bazı ayırıcı özellikleri sayesinde diğer canlılardan ayrılmaktadır; insanın sosyal bir varlık oluşu, ahlak duygusuna sahip olması, konuşabilmesi, yalan söyleyebilmesi, empati yapabilmesi, taklit edebilmesi ve iş birliği yapabilmesi gibi unsurlar insan doğasında diğer canlılara göre en gelişmiş haliyle mevcut olan en önemli ayırıcı özelliklerdir (Ayala, 2010). Hayvanlarda da benzer sosyal davranışlar gözlemlenmişse de insandaki kadar gelişkin değildir. Sözü edilen unsurların tamamı insanın sosyal bir varlık olduğunu kanıtlamakla beraber sosyal etkileşimin insan hayatının büyük bir bölümünü oluşturduğunu gözler önüne sermektedir.

Sosyal etkileşimde bulunabilmek, hem bireylerin yaşam doyumlarını arttırmada hem de toplumsal ilişkilerin gelişimi için önemli bir rol oynamaktadır (Moran, 2013). Başarılı bir sosyal etkileşim ise, diğer insanların bilişsel ve duygusal süreçlerinin farkına varabilme becerisine dayanmaktadır (akt. Değirmencioğlu, 2008 from Völlm, Taylor, Richardson, Corcoran, Stirling, McKie, Deakin ve Elliott 2006). İnsanlar diğer bireylerin zihin durumlarını öngörmek amacıyla bir çok ipucu kullanırlar; örneğin, jestler, mimikler, ses tonu ve beden dili bunlardandır. Diğer insanlara tepki vermeden önce bu ipuçları kullanılarak kişinin zihin durumu (inanç, niyet, istek ve bilgi) hakkında fikir sahibi olunur ve buna göre yanıt verilir (Stone, Baron-Cohen ve Knight 1998). Sosyal bilişin bu yönü, insanları primatlardan ayıran başlıca özelliktir.

Singer'a göre, insan beyninin en temel işlevlerinden biri, insanların sosyal hayatlarında başarılı bir şekilde etkileşimde bulunabilmesine imkan vermesidir

(Değirmencioğlu, 2008/ Singer, 2006). Sosyal etkileşim kurabilme becerisinin gelişimi, insanın zihin yapısının en üst seviyeye ulaşmasının bir sonucu olarak gösterilmektedir (Moran, 2013). Dunbar'a göre, insanlarda bulunan neokorteksin gelişimi ile sosyal gruplarla etkileşim halinde olmak doğru orantılıdır. Diğer insanlarla iletişim halinde olmak, onların davranışlarını tahmin etmek ve buna göre davranabilmek, neokorteksin işlevselliği ile doğrudan ilişkilidir (akt. Moran, 2013/ Dunbar, 1993/ Dunbar, 1993). ZK diğer insanların zihin durumlarını anlaşılması ve bireylerin sosyal etkileşim içinde olarak yaşamlarına devam edebilmelerinde önemli bir role sahiptir.

## **1.5. ZİHİN KURAMI YETENEKLERİ**

Çocukluk yıllarından itibaren gelişmeye başlayan ZK becerileri dört-beş yaş civarlarında kendini göstermeye başlar. Bu yaşlarda çocuklar, insanların niyetlerinin olabileceğini ve amaçları doğrultusunda belli davranışlar sergilediklerini öğrenmektedir. Yaşla paralel olarak ZK becerileri de basitten karmaşığa doğru gelişim gösterir. Bu sebeple ZK becerileri gelişimsel olarak artan bir şekilde, daha karmaşık ve yüksek düzey işlevler içinde derecelendirilmektedir (Moran, 2013).

### **1.5.1. Birinci Derece Zihin Kuramı Yeteneği**

ZK kavramının en basit yeteneğidir; bir inancın başka insanlara atfedebilme becerisini ifade eder. Başka bir deyişle, diğer insanların bireyin kendisinden farklı olarak başka inançlara sahip olabileceğinin farkında olma halidir.

### **1.5.2. İkinci Derece Zihin Kuramı Yeteneği**

Üçüncü bir kişinin ne düşündüğü hakkında ikinci bir kişinin çıkarımda bulunabilme becerisidir; örneğin, B kişinin C kişisine bulunduğu bir davranış sonucu, A kişinin

C kişinin ne düşündüğünü çıkarımlaması halidir.

### **1.5.3. Metafor Kavrama**

Bir anlatımda kelimenin sözlük anlamının yanı sıra kelimenin örtük anlamının vermek istediği mesajı anlayabilme becerisidir. Metaforu mentalize etmek için içinde bulunulan durumun farkına varılmasının yanı sıra metaforu yapan kişinin duruma ilişkin duygu-durumunun da fark edilmesi gerekmektedir.

### **1.5.4. İroni Kavrama**

Kelime anlamı olarak ironi, söylenen sözü ya da yapılmış olan eylemi, ciddi görüntüsü altında, karşıt söylenceyi ya da eylemi, çelişki noktasına çekmeyi hedefler (Monetta ve ark., 2009). Başka bir deyişle yapılan ironiyi kavrayabilmek için, dolaylı sözel ifadelerin altında yatan gerçek niyetleri kavrayabilme becerisi gerekmektedir.

### **1.5.5. Faux Pas (Pot Kırma, Gaf yapma)**

Faux Pas (pot kırma), ZK kavramının en komplike yeteneği olarak kabul edilmektedir. Faux pas durumu, bir kişinin söylemesi uygun olmayan bir şeyi bilmeden ya da farkında olmadan söylemesi halinde ortaya çıkar. Faux pas'ın fark edilmesi halinde iki unsurun beraber değerlendirilmesi uygundur: birincisi, sözü söyleyen kişinin söylediği şeyi söylememesi gerektiğini bilmediğini belirtmesiyle yaşadığı ruhsal durumdur. İkinci unsur ise, gaf yapılan kişinin –ve olaya şahit olan diğer kişilerin) incinmesi ya da üzülmeleri sonucu ortaya çıkan duygusal etkinin farkına varma (Thiebaut, 2016). Özetle, faux pas'ın farkına varmak için hem bilişsel bileşeni (sözü söyleyen kişinin söylediği şeyi söylememesi gerektiğini bilmediğini anlama) hem de affektif bileşeni (gaf yapılan kişinin incinmesi ya da üzülmeleri sonucu ortaya çıkan duygusal etkinin farkına vararak empati yapabilme) birleştirmek gerekmektedir (Bach ve ark. 2000; Stone ve ark. 1998; Gallagher ve Frith 2003).

### 1.5.6. Dil İşleme

Zihin kuramının sosyokültürel açıklamasına göre çocukluk çağında başlayan zihin kuramı, sosyal hayat kapsamında öğrenilmektedir. Sosyal hayata katılım ise diğer insanlarla gerçekleştirilen sohbet deneyimleri ile mümkündür. Zihinsel durumları ifade eden davranışların edinimi, zihinsel durumlarla ilgili olarak muhakeme yapmakla mümkündür. Zihinsel durumların temsilinde dil gelişiminin rolü önemlidir; zihinsel durumları ifade etmede ve algılamada gerekli olan söz dizimsel yapılar, bu zihinsel durumları yordamada kaynak olarak kullanılabilir (Kaysılı, 2014).

Bir ifadenin başarılı bir şekilde anlaşılması ile konuşmacının niyetinin algılanmasının doğru orantılı olduğu görüşü ilk kez 1957'de Grice tarafından öne sürülmüştür. Bu görüşe göre, bir konuşmada anlam direkt olarak verilmediğinde konuşmayı kavramak için zihinselleştirme yapılması gerekmektedir. Metafor ve ironi gibi anlamın düz cümle ile değil de ima yapılarak verildiği konuşmalarda, verilmek istenilen mesajın anlaşılması için kelime anlamı (semantic) ve gramer (syntax) bilgisinden fazlası gerekmektedir, bu da ZK becerileri ile mümkündür. Bireylerin kelime anlamının ötesine geçebilmeleri için konuşmacının niyetini, tutumunu ve duygusal halini algılayabilmek ve tüm bunlarla alternatif bir çıkarım yapabilmeleri metafor ve ironiyi kavramak için gereklidir (Değirmencioğlu, 2008). Başka bir deyişle, kelime anlamının hem mevcut durumunun hem de geçmişteki durumunun duygusal ve sosyal birikimlerini bir araya getirilmesi gereklidir. Bu işlem sırasında bireylerin hem diğer insanlara zihin durumlarını atfedebilmesi (yani ikinci derece zihin kuramı yeteneklerini kullanabilmesi) ve yürütücü kaynak kapasitesini (çalışma belleği vb.) kullanabiliyor olması gerekmektedir (Monetta ve ark., 2009).

## 1.6. ZİHİN KURAMI VE PSİKOPATOLOJİ

İnsana özgü bir kavram olan ZK becerilerinin zarar görmesi halinde diğer bilişsel



fonksiyonların da işlevselliği azalabilmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalar zihin kuramı becerilerinin zarar görmesi hali, Otizm Spektrum Bozuklukları (OSB), Şizofreni, Bipolar Duygu-durum Bozukluğu ve bazı demans tiplerinde bir belirti olarak ortaya çıkabilmektedir (Brüne ve Brüne-Cohrs, 2005).

### **1.6.1. Gelişimsel Bozukluklar**

Çocukların gelişme dönemi esnasında ZK becerilerinde bozulmalar görülebilmektedir. Bu konuyla ilgili araştırmalar Baron-Cohen'in 1985 yılında yayınladığı "Does the autistic child have a 'theory of mind'?" isimli deneysel çalışma ile başlamıştır. Daha sonra Kanner (1943) ve Asperger (1944)'in yaptığı önemli çalışmalar, klinisyenlerin neden otizmlili çocukların sosyal ortamlarda içe kapanık davrandıklarını ve empati kurmakta zorlandıklarını açıklamada yardımcı oldu. Otizmlili çocukların göz kontağı kurmayı, fiziksel yakınlıktan kaçınması ve duygusal ilişkiler kurmakta başarısız olmaları ZK becerilerinin gelişiminde problem olduğuna işaret etmektedir (Brüne ve Brüne-Cohrs, 2005).

Klinik uygulamada yaygın olarak kullanılan "Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV)"e göre otistik bozukluk için önerilen tanı ölçütleri Tablo 1'de yer almaktadır.

**Tablo 1:** Otistik Bozuklukta DSM-IV tanı ölçütleri:

A. En az ikisi (1)'inci maddeden ve birer tanesi (2) ve (3)'üncü maddelerden olmak üzere (1), (2) ve (3)'üncü maddelerden toplam altı (ya da daha fazla) maddenin bulunması:

(1) aşağıdakilerden en az bir tanesinin varlığı ile kendini gösteren toplumsal etkileşimde nitel bozulma:

(a) toplumsal etkileşim sağlamak için yapılan el-kol hareketleri, alınan vücut konumu, takınılan yüz ifadesi, göz göze gelme gibi birçok sözel olmayan davranışta belirgin bir bozulmanın olması

(b) yaşlarıyla gelişim düzeyine uygun ilişkiler geliştirememe

(c) diğer insanlarla eğlenme, ilgilerini ya da başarılarını kendiliğinden paylaşma arayışı içinde olmama (örn. ilgilendiği nesnelere göstermeme, getirmeme ya da belirtmeme)

(d) toplumsal veya duygusal karşılıklar vermeme

(2) aşağıdakilerden en az birinin varlığı ile kendini gösteren iletişimde nitel bozulma:

(a) konuşulan dilin gelişiminde gecikme olması ya da hiç gelişmemiş olması (el, kol ya da yüz hareketleri gibi diğer iletişim yollarıyla bunun yerini tutma girişimi eşlik etmemektedir)

(b) konuşması yeterli olan kişilerde, başkalarıyla söyleşiyi başlatma ya da sürdürmede belirgin bir bozukluğun olması

(c) basmakalıp ya da yineleyici ya da özel bir dil kullanma

(d) gelişim düzeyine uygun çeşitli, imgesel ya da toplumsal taklitlere dayalı oyunları kendiliğinden oynamama

(3) aşağıdakilerden en az birinin varlığı ile kendini gösteren davranış, ilgi ve etkinliklerde sınırlı, basmakalıp ve yineleyici örüntülerin olması:

(a) ilgilenme düzeyi ya da üzerinde odaklanma açısından olağandışı, bir ya da birden fazla basmakalıp ve sınırlı ilgi örüntüsü çerçevesinde kapanıp kalma

(b) özgül, işlevsel olmayan, alışlageldiği üzere yapılan gündelik işlere ya da

törenselle davranış biçimlerine hiç esneklik göstermeksizin sıkı sıkıya uyma  
(c) basmakalıp ve yineleyici motor mannerizmler (örn. parmak şaklatma, el çırpma ya da burma ya da karmaşık tüm vücut hareketleri)  
(d) eşyaların parçalarıyla sürekli uğraşma durma  
B. Aşağıdaki alanların en az birinde, 3 yaşından önce gecikmelerin ya da olağandışı bir işlevselliğin olması: (1) Toplumsal etkileşim, (2) toplumsal iletişimde kullanılan dil ya da (3) sembolik veya imgesel oyun.

Otizmliler çocuklar, diğer insanlara zihin durumları atfetmekte başarısızdırlar. Ayrıca, ZK yeteneklerindeki zayıflık ile sosyal etkileşimdeki başarısızlıklar ve dili kullanım becerilerindeki zayıflıklar arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (akt. Brüne ve Brüne-Cohrs, 2005 from Baron-Cohen, 1991, 1995/ Baron-Cohen, 1991, 1995).

ZK becerileri ile diğer kognitif işlevler birbirinden bağımsızdırlar; örneğin, ileri düzeyde otizm ve Asperger sendromu tanısı almış olan çocuklar yanlış inanç test becerilerinin zayıf olması ZK becerilerinin -dolayısıyla empati yapma becerilerinde- zayıflık olduğuna işaret etmektedir. Ancak, otizmde görülen ZK becerilerinin zayıf olması, diğer bilişsel kapasitelerin işleyişinden bağımsızdır; yani ZK becerilerinin yetersiz olması diğer bilişsel becerileri etkilememektedir. Bu duruma başka bir örnek de, Down's sendromu ya da Williams sendromu çocuklarda zeka geriliğinin olmasına karşın zihinsel durumları temsil etmedeki becerileri normal çocuklardan daha farklı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Brüne & Brüne-Cohrs, 2006).

### 1.6.2. Kişilik Bozuklukları

Kişilik bozuklukları perspektifinden ZK incelendiğinde, *şizotipal kişilik bozukluğuna* yatkın olan bireylerde ZK becerilerinin daha zayıf olduğu kaydedilmiştir. Şizotipal kişilik bozukluğu olan bireylerde, duygu yeteneğinin az olması, duygusal donukluk, garip davranışlarda bulunmak, insanlarla ilişki kurma yeteneğinde zayıflık ve yalnızlık eğilimi görülmektedir (American Psychiatric Association, 1994). Longdan

ve Coltheart (1999) tarafından yapılan bir çalışmada, şizotipi ölçek skoru yüksek olan klinik olmayan örneklem ile düşük seviyede şizotipi soru olan örneklemin ZK becerileri karşılaştırılmış ve şizotipi skoru yüksek olan bireylerin ZK performanslarının daha düşük olduğuna ulaşılmıştır.

### 1.6.3. Şizofreni

Şizofreni; bireylerin kendilerini ifade şekillerini, düşünce içeriğini, gerçeklik algısını çarpıtan, kişilerarası ilişkilerine ciddi oranda zarar veren beyinsel bir mental bozukluktur (DSM-IV, 1994). Şizofreni hastaları genellikle iş hayatlarında, eğitim hayatlarında ve sosyal ilişkilerinde sorunlar yaşarlar.

DSM sınıflama sisteminde şizofreni için önerilen tanı ölçütleri Tablo 2’de gösterilmiştir.

**Tablo 2:** Şizofrenide DSM-IV tanı ölçütleri:

**A. Karakteristik semptomlar:** Bir aylık bir dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması:

(1) hezeyanlar (sanrılar)

(2) hallüsinasyonlar (varsanılar)

(3) dezorganize (karmakarışık) konuşma (örn. çağrışımlarda dağınıklık [sık sık konu dışı sapmalar gösterme] ya da enkoherans)

(4) ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranış

(5) negatif semptomlar, yani affektif donukluk (tekdüzelik), aloji (konuşamazlık) ya da avolisyon

**Not:** Hezeyanlar bizar ise ya da hallüsinasyonlar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin birbiriyle/birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa A Tanı ölçütütünden sadece bir semptomun bulunması yeterlidir.

**B. Toplumsal/mesleksi işlev bozukluğu:** İş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır(başlangıcı çocukluk ya da ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişilerarası ilişkilerde, eğitimle ilgili ya da mesleki başarıda beklenen düzeye erişmemiştir).

**C. Süre:** Bu bozukluğun süregiden belirtileri en az 6 ay süreyle kalıcı olur. Bu 6 aylık süre, en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A Tanı ölçütünü karşılayan semptomları kapsamalıdır; prodromal ya da rezidüel semptomların bulunduğu dönemleri kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal ya da rezidüel dönemlerde, sadece negatif semptomlarla ya da A Tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla semptomun daha hafif biçimleriyle (örn. acayip inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendilerini gösterebilir.

- Frith (1992)'e göre şizofreni hastalarının ZK'nın bozulmasını (1) istemli hareketlerin bozulmasına; örneğin, negatif ve dezorganize belirtilerin ortaya çıkmasına, (2) öz-izleme bozukluklarının ortaya çıkması (sesli halüsinasyonlar ve pasiflik belirtileri), (3) hezeyanlar ve persekütif düşüncelerden kaynaklanan diğer insanların düşüncelerini ve niyetlerini tahmin edebilmede ortaya çıkan zorluklar olarak üç faktöre bağlamaktadır. Negatif ve dezorganize belirtilere sahip şizofreni hastalarının, paranoid belirtiler gösteren şizofreni hastalarına kıyasla ZK testlerinde daha düşük performans sergiledikleri gözlenmiştir (Langdon ve ark., 1997). Hardy-Baylé ise şizofreni hastaların mentalize etmede problem yaşamalarının altında yürütücü planlama mekanizmasından kaynaklanan bir sorunun yattığını savunmaktadır (Hardy- Baylé, 1994).
- Frith ve Frith'in 1988 yılında şizofreni ve otizm hastalarındaki benzeşmeden bahsetmiştir. Her iki bozuklukta da sosyal becerilerin zarar görmesinin ortak bir nedeni olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Bu durumun ortaya çıkmasında iki ana sistemin etkilenmesi sonucu ortaya çıktığından bahsetmişlerdir; bunlardan birincisi, başkalarının zihinsel durumlarının temsilini gerektiren *iletişimi ilgilendiren sistem*, ikincisiyse kişinin kendi zihinsel durumlarının temsilini kapsayan *iradeli eylemi ilgilendiren sistemdir* (Frith ve Frith, 1988).
- Şizofrenide ZK bozukluğu üzerinde çalışılan gözden geçirme

çalışmalarında 30 adet farklı çalışmanın ortaya çıkardığı ortak sonuç, şizofreninin diğer bilişsel işlevlerde ortaya çıkan bozulmanın ötesinde, ZK performansının bozulmasında etkili olduğuna işaret etmektedir (Harrington ve ark., 2005)

#### 1.6.4. Duygu-durum Bozuklukları

Şizofreninin aksine, duygu-durum bozuklukları ile ZK daha arka planda kalan bir konu olmuştur. Klinik olarak düşünce bozuklukları hem biçim hem de içerik olarak duygu-durum bozukluklarının karakteristiğidir; bu sebeple, ZK işleyişinde bozukluklara sebep olacağı ileri sürülmektedir.

- Yapılan bir çalışmada kontrol grubu ile kıyaslandığında duygu-durum bozukluğu olan hastaların ZK performansı sağlıklı olan bireylerle benzer olduğu bulunmuştur (Doody ve ark., 1988).
- Bipolar duygu-durum bozukluğu olan hastalarla yapılan çalışmada manik ve akut depresif belirtiler gösteren deney grubu ile s kontrol grubu karşılaştırıldığında, deney grubunda yer alan bireylerin ZK becerilerinde azalma olduğu kaydedilmiştir. Fakat remisyonadaki bipolar hastaları ile sağlıklı kontrol grubunu kıyasladığında ZK performansları arasında anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir (Kerr ve ark., 2003).
- Inoue ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada remisyonda olan bipolar ve unipolar duygu-durum bozukluğu olan hastaları karşılaştırmış ve ikinci derece ZK becerilerinde bozulmalar meydana geldiğini görmüşlerdir (Inoue ve ark., 2004).
- Bipolar duygu-durum bozukluğu olan ötimik hasta grubuyla yapılan bir çalışmada gelişmiş ZK becerisi gerektiren testler uygulanmış ve hasta

grubu sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda hasta grubunun ZK performansı kontrol grubundan daha düşük bulunmuştur (Bora ve ark., 2005).

Duygu-durum bozukluklarının özgül psikopatolojik alanları (bellek, dikkat, düşünce bozuklukları, vb.) daha ileri araştırmaların konularıdır.

#### **1.6.5. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)**

Travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB), doğa olayları sonucu oluşan ya da insan eliyle meydana gelen hayatı ve fiziksel bütünlüğü tehdit eden bir olaydan sonra

**A-** Aşağıdakilerin her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:

1. Kişi gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir,

2. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır,

**B-** Sıkıntı doğuran olayı yaşarken ya da bu olayı yaşadktan sonra kişide aşağıdaki dissosiyatif semptomlardan üçü (ya da daha fazlası) bulunur:

1. Öznel uyumsuzluk, dalgınlık duyumları ya da duygusal tepkisizlik,

2. Çevrede olup bitenlerin farkına varma düzeyinde azalma (örneğin "afallama")

3. Derealizasyon,

4. Depersonalizasyon,

5. Dissosiyatif amnezi (travmanın önemli bir yanını anımsayamama),

**C-** Travmatik olay şunlardan en az biri yoluyla sürekli olarak yaşanır:

1. Göz önüne tekrar tekrar gelen görüntüler,



yeniden yaşantılama, kaçınma, aşırı tetikte olmak ve yoğun anksiyete hali gibi belirtilerin gelişmesi sonucu ortaya çıkar (Mazza ve ark., 2012).

DSM sınıflama sisteminde TSSB için önerilen tanı ölçütleri Tablo 3’de gösterilmiştir.

**Tablo 3:** TSSB için DSM-IV tanı ölçütleri:

<p>2. Tekrarlayan düşünceler, rüyalar, illüzyonlar, “flashback” epizodları,</p> <p>3. O yaşantıyı yeniden yaşar gibi olma,</p> <p>4. Travmatik olayı anımsatan şeylerle karşılaşınca sıkıntı duyma,</p> <p><b>D-</b> Travma ile ilgili anıları uyandıran uyaranlardan belirgin kaçınma (örneğin düşünceler, duygular, konuşmalar, etkinlikler, yerler, insanlar).</p> <p><b>E-</b> Belirgin anksiyete ya da artmış uyarılmışlık semptomları: (uyumakta zorluk çekme, irritabilite, düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü, hipervijilans, aşırı irkilme tepkisi gösterme, motor huzursuzluk).</p> <p><b>F-</b> Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur ya da bireyin travmatik yaşantısını aile bireylerine anlatarak kişisel destek kaynaklarını harekete geçirmek ya da yardım almak gibi gerekeni yapmasının peşinde koşma yetisini bozar.</p> <p><b>G-</b> Bu bozukluk en az 2 gün, en fazla 4 hafta sürer ve travmatik olaydan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkar.</p> <p><b>H-</b> Bu bozukluk bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir, kısa psikotik bozukluk olarak açıklanamaz ve daha önceden var olan bir eksen I ya da eksen II bozukluğunun sadece bir alevlenmesi değildir(5).</p>
---

Travmatik yaşantıya maruz kalmış ve TSSB tanısı almış bireyler, günlük hayatlarında bir çok psiko-sosyal zorlukla karşılaşmaktadır. Bireylerdeki ZK becerilerinin varlığı ve empati yapabilme kapasitesi, başarılı bir sosyal etkileşimde önemli bir rol oynamaktadır (Nietlisbach ve Maercker, 2009). Travmatik bir yaşantının ardından bireyler sıklıkla, yakınları ve eşleriyle ilişkilerinde çatışmalar olabilmekte ve iletişim problemleri yaşayabilmektedirler (Riggs ve ark., 1998). Çoğunlukla TSSB tanılı bireylerin sosyal etkileşimi ve iletişim becerileri bozulmaktadır (Cook ve ark., 2004).

Literatürde mevcut olan bulgular aklı şu soruyu getirmektedir; TSSB, bilinen belirtilerini ortaya çıkarmasına ek olarak başarılı sosyal etkileşim kurmaya engel olan bazı sosyal biliş bozulmalarına da sebep oluyor olabilir mi? (Nietlisbach ve Maercker, 2009). Travmatik olayların etkileri yaşam kalitesini düşürmesinin yanı sıra, günlük hayatımızda çok önemli bir rolü olan iletişim becerilerini kullanmada da olumsuz etkileri bilinmektedir. ZK'nın sosyal etkileşimdeki önemi göz önüne alındığında travmatik olayların ve TSSB oluşumunun ZK fonksiyonları üzerinde etkili olabileceği öngörülmektedir.

Sosyal biliş, sadece bireylerin birbiriyle olan etkileşimlerini değil, bireylerin sosyal etkileşime dair algılarını da kapsamaktadır. Travmatik deneyimler, sosyal bilişsel süreçleri etkileyebildiği gibi aynı zamanda bu deneyimlerden etkilenmektedir (Nietlisbach ve Maercker, 2009).

TSSB ve sosyal biliş arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar bulunmaktadır.

- DePrince (2005), savaş travmasının bireylerin sosyal muhakemesi üzerindeki etkisini araştırdı ve dissosiyasyonla bağlantılı olarak bireylerin sosyal bilişinde “kendini tekrar kurban etmeye” (revictimazion) eğilim gösteren değişimler olduğu kaydedildi.
- Mazza ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada Irak'ta terörist saldırısına maruz kalmış 35 askerin *duygu fark edebilme (emotion recognition)*, *ZK ve duygusal küntlükleri (emotional numbness)* sağlıklı kontrollerle karşılaştırmışlar ve TSSB tanısı almış askerlerin sosyal bilişlerinde bozulmalar meydana geldiği saptanmıştır.

Çalışmada duygu fark edebilme ve duygusal küntlük gibi olguların mentalizasyonun bir parçası olduğunun altı çizilmiştir.

- Nazarov ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışma TSSB ve ZK arasındaki ilişkiyle ilgili daha açıklayıcı bilgiler vermektedir. Çalışmada benzer yaş gruplarından çocukluk tacizi anısı bulunan 31 adet TSSB tanılı kadın katılımcı ve 20 adet sağlıklı kadın katılımcının ZK beceri performansları karşılaştırılmıştır. Çalışmanın neticesinde çocukluk çağı tacizine maruz kalan kadınların ZK becerilerinde bozulmalar olduğu ve özellikle aileleriyle etkileşimlerinin zarar gördüğü sonucuna varılmıştır.
- Plana ve arkadaşlarının (2014) yaptığı meta-analiz çalışmasında TSSB, Sosyal Fobi (SF), Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), Panik Bozukluk (PB) ve Obsessif-Kompulsif Bozukluk (OKB) tanısı alan bireyler, çeşitli değişkenlerle kıyaslayarak bu bozukluklar arasında ne gibi farklar olduğuna bakmışlardır. TSSB tanılı bireyler ile diğer anksiyete bozukluklarında tanı alan bireylerin sosyal biliş performanslarında istatistikel olarak anlamlı farklar olduğu saptanmıştır. TSSB tanılı bireylerin mentalize edebilme ve duygu fark edebilme becerilerinin kontrol gruplarına nazaran daha zayıf olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, duygusal küntlüğün de TSSB tanılı bireylerde yaygın olarak bulunan bir belirti olduğu ifade edilmektedir.

## **1.7. ZİHİN KURAMI İLE İLGİLİ BEYİN BÖLGELERİ**

ZK becerilerinin beyin ile olan ilişkisi, sağlıklı popülasyonla yapılan fonksiyonel görüntüleme çalışmaları ve nörojenik popülasyon üzerinde yapılan çalışmalar olmak üzere iki şekilde incelenmiştir.

### **1.7.1. Fonksiyonel Görüntüleme İle Yapılmış Çalışmalar**

ZK'nın nörolojik temellerini açıklayabilmek için fonksiyonel görüntüleme çalışmaları yapılmıştır ve bu çalışmalar ZK becerilerinin temellerinin anlaşılmasına katkıda bulunmuştur (Gallagher ve Frith 2003).

Fletcher ve arkadaşlarının (1995) pozitron emisyon tomografi (PET) kullanarak ZK becerilerini değerlendirmişler ve posterior singulat, superior temporal sulkus ve mediyal prefrontal korteksin (MPFK) aktif olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca MPFK'nin ZK becerileriyle direkt olarak ilgili olduğu ve sadece bununla ilgili bir bölge olduğu anlaşılmıştır.

Fletcher ve arkadaşlarının (1995) yaptığı çalışmanın yöntemlerinin yanı sıra olarak Gallagher ve arkadaşları (2001) ZK testlerine literatürde mevcut olan bazı resimleri ve hikayeleri de eklemişlerdir. Fonksiyonel magnetik rezonans görüntüleme tekniği (fMRI) kullanılarak yapılan çalışmada yalnızca ZK becerisi gerektiren görevlerde aktive olan tek bölgenin MPFK olduğu gözlenmiştir.

Brunet ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan ve niyet atfetme becerisini ölçen testler uygulanan çalışmada PET yöntemi kullanılarak görüntüleme yapılmıştır; MPK ve bilateral temporal lobun active olduğu gözlenmiştir.

Gallagher ve Frith tarafından yapılan gözden geçirme çalışmasında, 9 nörogörüntüleme çalışması yapılmıştır ve bu çalışmalarda birbirinden farklı görüntüleme yöntemleri farklı ölçekler kullanılmıştır. Buna rağmen tüm çalışmalarda çıkan sonuçlar bir diğeriyle tutarlıdır. ZK becerileri kullanılırken, *anterior parasingulat korteks, superior temporal sulkus ve bilateral temporal lob* aktif olan beyin bölgeleridir.

### **1.6.2. Nörojenik örneklem ile yapılmış çalışmalar**

Beyin hasarı oluşan bireylerde ZK becerilerinin değerlendirilmesi, yukarıda bahsedilen fonksiyonel görüntüleme çalışmalarından farklıdır; çünkü bireylerde sonradan ortaya çıkan nörojenik lezyonlar, ZK becerileri önceden sağlamken ikincil olarak da zarar görebileceğini

göstermektedirler (Stuss ve ark., 2001). Yapılan çalışmalarda, frontal lob hasarı olan bireylerde ZK becerilerinin bozulduğu kaydedilmiştir.

Bach ve arkadaşları (2000) ZK için yürütücü işlevlerin gerekli olmadığını orbitofrontal hasarı olan ve sosyal davranışlarında bozulmalar olan bir hastaya hikaye görevleri, resim görevleri ve nöropsikolojik testler uygulamışlardır. Bu çalışmanın sonucunda basit ZK becerileri için orbitofrontal korteksin gerekli olmayabileceği sonucuna varmışlardır.

Frontal lob hasarlı bir grup hasta ile sağlıklı kontrol grubuna, birinci-derece ve ikinci-derece yanlış inanç görevi, genel hikaye kavrama, hikaye detayları için bellek ve genel çıkarımlama becerilerini sınamak adına ZK becerisine gerek olmaya sorular verilmiştir. Hastalar, kontrol grubu ile kıyaslandığında birinci ve ikinci-derece görevlerde daha zayıf oldukları bulunmuştur. çalışmanın sonuçları baz alınarak, ZK becerilerinin diğer bilişsel becerilerden ayrıldığı ve lokasyonunun frontal lobda olduğu sonucuna varılmıştır (Rowe ve ark. 2001).

Posterior hasarı olan hastalara, prefrontal hasarı olan hastalara, ve sağlıklı gönüllü grubuna ZK becerisini ölçmek adına ironiyi anlama odaklı bir görev verilmiştir. Çalışmanın neticesinde tüm gruplar içerisinde en düşük performansı gösteren grubun prefrontal hasarı olan hastalar olduğu bulunmuştur. Buna ek olarak, prefrontal hasarı olan hasta grubunun ironiyi kavrama görevindeki performansları ile yönetici işlevlerini değerlendiren görevlerin performans sonuçları arasında bir ilişki olmayışı, ZK becerilerinin zayıf oluşu ile yönetici işlevsizliği arasında korelasyon olmayabileceğini ortaya koymuştur (Shamay-Tsoory ve ark. 2005).

Hem sağlıklı bireylere uygulanmış fonksiyonel görüntüleme çalışmaları ve hem de beyin hasarı oluşmuş hastalarda ortaya çıkan ZK beceri bozukluklarına ait bulgular sonucunda ZK'nın inferior parietal korteksi, frontal lobu ve temporal lobu kapsayan nöral bir ağ olduğunu öne sürülmektedir (Youmans, 2004).

## İKİNCİ BÖLÜM - ATIF STİLLERİ

### 2.1. “ATIF STİLLERİ” NEDİR?

Atıf stilleri (yükleme biçimleri), bireylerin hem kendi hem de diğerlerinin davranışlarından kaynaklanan “neden?” sorularını açıklamayla ilgilenmektedir. Atıf stillerinin gelişiminin, geç çocukluk dönemlerinden ergenliğe geçiş döneminde başlamakta olduğu bulgularla desteklenmektedir (akt. Rubenstein ve ark., 2016/ Abela, 2001; Cole ve ark., 2008). 1960’lı yıllarda bilişsel akımın gelişmeye başlamasıyla ortaya çıkan atıf stilleri, 1970’lerde temel yaklaşım olmuştur. Kelly (1973), atıf stillerinin insanın davranışlarından kaynaklı “neden” ve “niçin” sorularının anlatılmasına ve anlaşılmasına yönelik olduğunu öne sürmüştür. Başka bir deyişle, kişilerin hem kendilerinin hem de başkalarının bir duruma ilişkin niyetlerine ve davranışlarına dair çıkarımlarda bulunarak bireylerin kendi davranışlarını yönetmesi atıf stillerinin alanına girmektedir (Weiner, 1991).

### 2.2. ATIF STİLLERİNİN ORTAYA ÇIKIŞI

Atıf stillerinin ortaya çıkmasında psikolog Martin Seligman’ın ortaya koyduğu “öğrenilmiş çaresizlik” modeli yer almaktadır (Seligman, 1975). Öğrenilmiş çaresizlik modeli, bireylerin atıf stillerinin (yükleme biçimlerinin) olaylara karşı tutum ve davranışlar üzerinde etkili olduğunu savunmaktadır. Negatif yaşam olaylarına “içsel-genel-değişmez” atıflarında bulunan bireylerin depresyona girmeye daha yatkın olduğu öne sürülmüştür (Seligman, Abramson, Semmel, & von Baeyer, 1979).

Atıf stilleri açıklanmaya çalışırken üç adet kuram ortaya çıkmıştır.

### 2.2.1. Fritz Heider Kuramı

Fritz Heider'a (1957) göre insanda mevcut olan iki temel güdü vardır, bunlar: yaşanan çevreye ilişkin parçaları istikrar oluşturacak şekilde bir araya getirerek durumlarla ilgili bir yargıya varabilmek ve bundan yola çıkarak diğer insanların nasıl davranabileceği hakkında öngöründe bulunabilmektir. İnsan bilişi beklenmedik negatif yaşam olaylarını anlamlandırmaya eğilimlidir; bu sayede insan zihinsel olarak sonuçları kestirebileceğini düşünür ve kontrolün kendisinde olduğunu hisseder (Taylor, Peplau ve Sears, 2007).

### 2.2.2. Jones ve Davis Kuramı

Jones ve Davis tarafından ortaya atılan *Uygun Çıkarsamalar Kuramı*, bir davranışın ortaya çıkış nedeninin bireyin kişisel özelliklerinden mi yoksa o anki durumun ortaya çıkardığı şartlardan dolayı mı olduğu ile ilgili çıkarsama yapmayı açıklamaktadır. Bir çıkarsama yaparken toplumsal normlara uygunluk, bireylerin davranışları hür iradeleriyle mi yoksa zorunda kaldıkları için mi sergiledikleri ve söz konusu davranışın toplumsal rollerden mi kaynaklandığı göz önünde bulundurulur. Ayrıca, söz konusu bireyin geçmişteki yaşantıları ve davranışları da dikkate alınır (Taylor, Peplau ve Sears, 2007).

### 2.2.3. Kelly'nin Kuramı

İnsanlar bilişi, belirli koşullarda belirli tepkilerin ortaya çıktığı gibi aynı tepkilerin farklı koşullar altında da ortaya çıkıp çıkmayacağını merak etmeye eğilimlidir. Bu durumda *geçici nedensellik* kavramı ortaya çıkmaktadır. Atıf (yükleme) yaparken tutarlılık bilgisi, belirginlik bilgisi ve yaygınlık bilgisine ihtiyaç duyarız (Taylor, Peplau ve Sears, 2007).

(a) *Tutarlılık bilgisi*: Davranışın tüm koşullarda ve zamanlarda aynı olup olmadığı bilgisidir.

(b) *Belirginlik bilgisi*: Gösterilen davranışın sadece spesifik bir uyaran karşı ortaya çıkıp çıkmadığını analiz edilerek elde edilen bilgidir.

(c) *Yaygınlık bilgisi*: Başkalarının söz konusu uyarıcıya karşı aynı tepkide bulunup bulunmadığı bilgisidir (Taylor, Peplau ve Sears, 2007).

Peterson ve arkadaşları (1995) yaptıkları çalışmada atıf biçimlerini "insanların başına gelen

olumlu ve olumsuz hadiseleri anlamlandırma eğilimi” olarak tanımlamışlardır. Peterson’a göre atıf stilleri üç ayrılmaktadır, bunlar: *içsellik-dışsallık*, *özellik-genellik* ve *değişebilirlik-değişmezlik* olarak adlandırılmaktadır.

- (i) *İçsellik-dışsallık*: Bireyin kendisinden kaynaklanan durumlar- bireyin kendisi dışında kaynaklanan durumlar.
- (ii) *Özellik-genellik*: Bireyin hayatını yalnızca tek bir yönde etkileyen durum(lar)- bireyin hayatını birden fazla açıdan etkileyen durumlar.
- (iii) *Değişebilirlik-değişmezlik*: Kısa süreli ortaya çıkan durum- bireyin hayatında kronik olan seyreden durum (Peterson ve ark., 1995:2).

Atıf stilleri ile bir olaya/duruma anlam yüklemesi yapılırken 2 farklı açıklama biçimi kullanılır, bunlar pozitif açıklama ve negatif açıklama olarak adlandırılır. Pozitif olayları iyimser olarak yorumlayan kişiler “içsel-genel-değişmez” atıf stillerini kullanırlar; bu kavram Pozitif Atıf Stili (PAS) olarak adlandırılır. Pozitif olaylar karşısında pesimist atıf stili kullanan bireyler “dışsal-özel-değişebilir” olarak atıfta bulunurlar ve bu da Negatif Atıf Stili (NAS) olarak adlandırılır. Olumsuz durumlar PAS kullanan bireyler “dışsal-özel-değişebilir” olarak atıf stilini kullanırken NAS kullanan bireyler “içsel-genel-değişmez” yükleme biçimini kullanırlar (Peterson ve ark., 1995:1).

### 2.3. ATIF STİLLERİNİN ÖNEMİ

Olay ve durumları yorumlama şeklimiz ve onlara yüklediğimiz anlamlara göre yaşantılarımızı önemli, önemsiz, üzücü, sevindirici, öfke uyandırıcı vb. şekillerde kategorize ederiz. Olayları anlamlandırırken kullanılan atıf biçimleri, sosyal etkileşimlerimizi etkilemesinin yanında ruh sağlığımızı da etkilemektedir.

- Yapılan çalışmalar depresyon tanısı alan bireylerin deneyimlenen olumsuz yaşam olaylarını “içsel-genel-değişmez” olarak yorumlamaya daha eğilimli olduğunu ortaya koymaktadır (Rubenstein ve ark., 2016).
- Geçmişe yönelik ve ileriye yönelik uzun vadeli çalışmalar göstermektedir ki, özellikle



olumsuz yaşam olayları yaşayan ve NAS kullanan bireylerde depresyonun ortaya çıkma ve depresyonun nüksetme olasılığı daha fazladır. Geçmişe yönelik yapılmış çalışmalardan birinde, depresyon tanısı almamış ve NAS kullanan depresif bireyler ile PAS kullanan bireyler kıyaslandığında, geçmişte depresyon tanısı aldığı, daha çok depresif dönem yaşamış ve depresif belirtileri daha yoğun yaşadığı kaydedilmiştir (Alloy ve ark., 2000).

- Temple Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression (CVD) Projesi, zaman geçtikçe NAS kullanan genç yetişkinlerin kliniksel düzeyde depresyon atakları geçirme olasılıklarının PAS kullananlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu göstermiştir (Alloy ve ark., 2006).

Tıpkı depresyonda olduğu gibi anksiyete bozukluklarının patogenezinde atıf stillerinin etkisinden söz edilebilir. Yapılan çalışmalara göre anksiyete bozukluklarının bazılarında uyumsuz atıf stilleri kullanımı görülürken bazılarında ise görülmeyebilir.

- Heimberg ve arkadaşlarının (1989) yaptıkları çalışmada distimi ya da anksiyete bozukluğu (sosyal fobi, panik bozukluk, agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluk vb.) tanılarından birini alan ayaktan hasta grubu ile sağlıklı kontrol grubunun atıf stillerini karşılaştırmışlardır. Distimi ve anksiyete bozukluğu tanısına bağlı kalımsızın, bu iki gruptaki katılımcıların olumsuz durumlara karşı, kontrol grubuna kıyasla daha çok NAS kullanmaya eğilimli oldukları tespit edilmiştir. Başka bir deyişle, depresyon veya anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylerde daha çok “içsel-genel-değişmez” yüklenme biçimlerinin var olduğu kaydedilmiştir (Heimberg ve ark., 1989).
- Atıf stillerinin “rekabet kaygısı” üzerinde önemli derecede etkisi bulunmaktadır; atletik performansı geliştirmek adına strateji belirlemede, motivasyon oluşturmada ve iyi hissetmede etkilidir. Yapılan çalışmalar göstermektedir ki, hem spor camiasında hem de diğer alanlarda negatif olaylara karşı pesimist atıf stilleriyle yaklaşmak, kaygı seviyesini arttırmaktadır. Buna karşın, olumsuz yaşam olaylarına karşı kullanılan iyimser atıf stili ise var olan anksiyetenin yoğunluğunu azaltmaktadır (Ahrens & Haaga, 1993; Martin-Krumm, Sarrazin, Peterson, & Famose, 2003; Sanjuan, Perez, Rueda, & Ruiz, 2008).

- Olumsuz olaylar karşısında, NAS kullanımının rekabet kaygısı üzerinde kısmen de olsa etkili olduğu ortaya konmuştur.

TSSB ve atıf stilleri arasında bir ilişki olup olmadığı deneysel çalışmaların üzerinde durduğu bir konu olmuştur. Yapılan çalışmalarda tutarlı olarak çıkan sonuç, TSSB hastalarının neredeyse tamamı pozitif ve negatif olayları *kontrol edilemeyen faktörlere (uncontrollable factors)* bağlamaktadır (akt. Ginzburg. ve ark., 2003/ (Falsetti & Resnick, 1995; Kushner, Riggs, Foa, & Miller, 1992; McCormick, Taber, & Kruegelbach, 1989; Mikulincer & Solomon, 1988; 1989 ).

#### **2.4. TSSB VE ATIF STİLLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Daha çok depresyon ve anksiyete bozuklukları ile incelenen atıf stilleri, TSSB ile de inceleyen çalışmalar literatürde mevcuttur.

- Çalışmalara göre travmatik olaylardan etkilenmeye yatkın olma durumu ile travmatik olayların bir araya gelmesi ile TSSB oluşmaktadır (McKeever ve Huff, 2003). Hangi tür atıf stillerini sıklıkla kullandığımız ise bizim bireysel yatkınlıklarımızdan biridir. Bu sebeple olumsuz olaylar karşısında NAS kullanan bireylerin daha yoğun TSSB belirtileri gösterdiği ortaya konulmuştur (Joseph ve ark., 1993).
- Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmaya göre travmatik bir yaşantıya ilişkin NAS kullanılması (içsel-genel-değişmez) ile TSSB semptomlarının ortaya çıkması arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir (Gray ve ark., 2003).
- Meme kanseri tanısı almış 90 hasta ile yapılan bir çalışmada, kötü olayları hem NAS hem de PAS ile değerlendiren hastalar kıyaslanmış ve çalışmanın neticesinde NAS kullanan hastalarda TSSB semptomlarının daha yoğun ortaya çıktığı saptanmıştır (Ho ve ark., 2011).

- Yakınlarını kaybetmiş bireylerde travma sonrası gelişime bakıldığında negatif olaylara karşı “içsel-genel-değişmez” atıf stilini kullanan bireylerde daha fazla TSSB belirtilerinin ortaya çıktığı görülmüştür (Ho ve ark., 2008).
- Kanser hastalarının travma sonrası gelişimine bakıldığında olumlu olaylar karşısında “içsel-genel-değişmez” yüklem biçimi kullanan bireylerde diğerlerine nazaran daha hafif TSSB belirtilerinin ortaya çıkmış olduğu kaydedilmiştir (Ho ve ark., 2011).
- Yapılan bir çalışmada, düşünce sokulması (intrusion) ve kaçınma (avoidance) semptomları daha yoğun olan TSSB grubunda negatif durumlara karşı “değişmez” atıf stilinin kullanılması ilişkiliyken, aşırı uyarılmışlık (hyperarousal) belirtilerini daha yoğun yaşayan TSSB grubunda pozitif olaylara karşı “değişebilir” yüklem biçiminin kullanılıyor olması arasında ilişki bulunmuştur (Falsetti & Resnick,1995; McCormick ve ark.,1989; Mikulincer & Solomon, 1988).

## 2.5. ATIF STİLLERİ VE PSİKOPATOLOJİ

Atıf stillerinin psikopatolojilerin ortaya çıkmasında, belirtilerin ne yoğunlukta yaşandığı, hastalığını prevelansı, remisyonu ve ruminasyonları üzerinde etkisi olduğu bilinmektedir (Berry ve ark., 2015). Depresyon, anksiyete bozuklukları, psikotik bozukluklar, TSSB, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), davranım bozukluğu (DB) vb. ruh sağlığı bozuklarında atıf biçimleri ile ilişkili olduklarını gösteren çalışmalar literatürde mevcuttur.

Mizrahi ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada, paranoid semptomların belirginleştiği dönemde hastaların negatif olaylar karşısında *kişiselleştirme atıf yanlılığı* (olumsuz sonuçları diğer kişilere atfetme) yaptıkları tespit edilmiştir. Belirtilerin remisyona döneminde ise kişiselleştirme yanlılığında bir değişme gözlenmemiştir.

Berry ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada, paranoid belirtiler gösteren şizofreni hastaları ile sağlıklı kontrol grubunun atıf stilleri incelendiğinde paranoid belirtiler olan hasta grubunun olumsuz olayları karşısında *kişiselleştirme atıf yanlılığını kullandıkları* bulgusu elde edilmiştir. Buna ek olarak negatif olaylar karşısında, paranoid belirtilerin şiddeti arttıkça *kişiselleştirme atıf yanlılığı* kullanımında da artış gözlenmiştir.

Barriga ve arkadaşlarına (2008) göre farklı türlerdeki DB (gizli yapılan davranışlar-açık yapılan davranışlar, agresif-ihmkar vb.) olan çocukların atıfsal yanlılıklarında belirgin farklılıklar gözlenmiştir ve bu bireylerde bulunan *kendine hizmet eden atıfsal yanlılık (self-serving bias)* -kişinin olumlu sonuçları kendi eylemlerine; olumsuz sonuçları ise diğerlerinin eylemlerine atfetmesi- ile suçluluk duyma ve empati yapabilme arasında negatif bir korelasyon tespit edilmiştir. Bu durum *sert-duygusuz kişilik özellikleri (callous and unemotional trait)* olan çocuklarda da benzer şekildedir.

Mehl ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada persekütif hezeyanları olan hasta grubunun negatif olaylar karşısında *kişiselleştirme atıf yanlılığını (personalising bias)* şizofreni hasta grubuna ve kontrol grubuna kıyasla daha çok kullanmaya eğilimli olduğu bulunmuştur. Ayrıca persekütif hezeyanların şiddeti ile *kişiselleştirme atıf yanlılığının* kullanımı arasında pozitif korelasyon olduğu tespit edilmiştir.

2006 yılında ikizlerin ve aralarında kan bağı bulunan ergenlerin bulunduğu bir örneklem ile yapılan bir çalışmada, atıf stillerinin genlerle aktarıldığı ve bunun depresyonun ortaya çıkmasıyla ilişkili olduğu saptanmıştır (Lau, Rijdsdijk, & Eley, 2006).

Schoenherr ve arkadaşlarının (1992) kronik olarak hasta olan (diyabet, kanser, orak hücre anemisi) pediatrik örneklem ile yaptığı çalışmada, medikal tanıları, atıf stilleri ve

psikopatoloji arasında minimal bir ilişki bulunduğunu öne sürmüştür.

DB, sert-duygusuz kişilik özellikleri (CU), DEHB ve sağlıklı kontrol grubundan oluşan çocukların atıf stilleri karşılaştırılmıştır. DB/DEHB-CU olan çocuklar ile DB/DHEB olan çocuklar ve kontrol grubu kıyaslandığında, DB/DEHB-CU olan çocuklar kendi davranış problemlerine karşı negatif sosyal sonuçlardan oluşan atıf stillerini kullanmaya daha eğilimli oldukları gözlenmiştir (Haas ve ark., 2015).

Ruh sağlığı bozukluklarının çeşitlerine bağlı olarak bireyler tarafından kullanılan atıf biçimleri ile psikopatolojilerin ortaya çıkması ve belirtilerin şiddetiyle ilişkili olduğu çeşitli çalışmalar ile oraya konmuştur.

## 2.6. ATIF STİLLERİ İLE İLGİLİ BEYİN BÖLGELERİ

Atıf stillerini ortaya koymada hangi beyin bölgelerinin etkili olduğunu araştıran çalışmalar literatürde çok sayıda olmasa da depresyon ve şizofreni hasta grubu kullanılarak atıf stillerinin nörolojik temellerini açıklamaya çalışmalar mevcuttur.

- Park ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada şizofreni hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubu, geliştirilen 3 farklı görsel atıf durumu ile kıyaslanmıştır; mutlu (duygu içerir), öfkeli (duygu içerir) ve nötr davranış (konuşma içerir). Katılımcılar bu koşullar altında karşılaştırılmış ve aktif olan beyin bölgeleri *functional Magnetic Resonance Imaging (fMRI)* ile görüntülenerek tespit edilmiştir.

Mutlu (olumlu) atıf koşullar altında, kontrol grubuna kıyasla şizofreni hasta grubunun inferior frontal lob (BA 44) ve ventral premotor korteks (BA 6) aktivasyonunda düşüş gözlenmiştir; bu bölgelerdeki sinyal yüzdesindeki değişimin şizofreninin negatif belirtilerinin ortaya çıkışı ile ilişkili olduğu anlaşılmıştır.

Öfkeli (olumsuz) atıf koşulları altında, hasta grubunun precuneus/Posterior Cingulate Korteks (Pcu/PCC) (BA 7/31) bölgelerinde kontrol grubuna kıyasla aktivasyon artışı gözlenmiştir; bu bölgelerdeki sinyal yüzdesindeki değişimin şizofreninin pozitif belirtileriyle ilişkili olduğu kaydedilmiştir.

Çalışmanın neticesinde pozitif davranışlara atıf yapılırken, şizofreni tanısı alan hasta grubunun ayna nöron sisteminin fonksiyonlarında bozulmaların olabileceği ve bu bozulmaların empati yapabilme ve negatif semptomlar ile alakalı olabileceği ortaya konmuştur. Diğer yandan Pcu/PCC bölgelerindeki aktivasyon artışı ile olumsuz davranışlar için atıfta bulunurken ortay acıkan benlik temsili, öz izleme (self-monitoring) ile kaynak izlemedeki (source-monitoring) yanılgılarla ve şizofreniye özgü pozitif belirtiler ile ilişkili olduğu kaydedilmiştir (Park ve ark. 2009).

- Depresyon tanısı almış hasta grubu ile kontrol grubunun *kendinin hizmet eden atıfsal yanlılığın* kullanması bakımından kıyaslanmıştır. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, depresif semptomlar gösteren katılımcıların nedensel atıfları özellikle *inferior frontal gyrus (IFG)* ve *orta temporal gyrus* tarafından yürütülmektedir. Ayrıca, fMRI incelemelerine göre, *inferior parietal lobun (IPL)* kontrol grubuna kıyasla depresif katılımcılarda daha çok aktivasyon gerçekleştiği bulunmuştur. Bunun neticesinde, depresyon tanısı alan katılımcıların grubunun *kendinin hizmet eden atıfsal yanlılığı* kullanmadığı, yani olumsuz olayları kişiselleştirdiği anlaşılmaktadır.

IPL, süpermarginal gyrus ve angular gyrus isimli iki bölge içermektedir. Bu bölgeler, göze çarpan yeni durumların tespit edilmesi ve dikkatin odaklanılan bir görevde sabit tutulmasında görevlidir. Bu durum, depresyonda olan bireylerin dikkatlerini olumsuz durumlara daha kolay odaklamalarına ve bu konudaki dikkati uzun süre sürdürmelerinde rol oynamaktadır.

Çeşitli psikopatolojiler incelendiğinde, meydana gelen olumlu ve olumsuz yaşam olaylarının açıklanmasında, yorumlanmasında ve anlamlandırılmasında rol oynayan başlıca

beyin bölgeleri, prefrontal lob, inferior frontal lob, ventral premotor korteks, Pcu, PCC, IFG ve IPL olarak tanımlanabilir. Bu bölgeler bireylerin dikkatlerinde, anlamlandırmalarında ve empati yapabilmede görevli oldukları bilinmekte ve yukarıda bahsi geçen çalışmalarda desteklenmektedir.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM- GEREÇ ve YÖNTEM

### 3.1. ÖRNEKLEM

Çalışmaya 30 sağlıklı gönüllüden oluşan kontrol grubu ve 30 TSSB tanısı almış deney grubu alındı. Araştırma, Üsküdar Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay almış bulunmaktadır. Sağlıklı gönüllülerden ve TSSB tanılı katılımcılardan sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onam alındı.

Sağlıklı kontrol grubu için sosyodemografik veri formu dolduruldu ve herhangi bir psikiyatrik tanı bildirmemiş sağlıklı bireyler çalışmaya alındı.

Kontrol grubunun çalışmaya dahil olma kriterleri:

- Okur-yazar olmak
- Herhangi bir organik beyin hasarının olmaması,
- 18-65 yaş arasında bulunması,
- Herhangi bir uyuşturucu ya da madde bağımlılığı olmaması,
- Geçmişte ya da şu anda kendisinde herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü olmaması,
- Beyin işlevlerini etkileyebilecek bir ilacı en az bir ay süreyle kullanmıyor olması
- Katılımcıların yazılı olur vermesidir.

TSSB tanısı alan hasta grubunun çalışmaya dahil olma kriterleri:

- Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- Okur-yazar olmak
- Herhangi bir organik beyin hasarının olmaması



- DSM-IV-TR'ye göre TSSB tanısı almış olmak
- 18-65 yaş grubunda yer almak
- Beyin işlevlerini etkileyebilecek bir ilacı en az bir ay süreyle kullanmıyor olması
- Herhangi bir uyuşturucu ya da madde bağımlılığı olmaması,

TSSB tanılı hasta grubu, NİSTANBUL Psikiyatri Hastanesei- Feneryolu Polikliniği'nde ayaktan tedavi gören DSM-IV tanı ölçütlerine göre TSSB tanısı konulan hastalardan oluşturuldu.

### **3.2. ÖLÇÜM ARAÇLARI**

**3.2.1. Sosyodemografik Form:** Sosyodemografik veri formunun kullanım amacı uygulanan anketlere katkı sağlayan bireyler hakkında detaylı bilgi edinmektir. Anket ve belirli formları pekiştirmek, istenilen verileri tamamlamak üzere sorular oluşturulmuştur. Yaş, cinsiyet, eğitim ve gibi bilgilere bu şekilde ulaşılmaktadır.

**3.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ):** Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Değerlendirme aracının üç tanesi travmanın minimizeyasyonunu ölçen madde vardır. Ölçek toplam 28 sorudan oluşmaktadır. Bu ölçek ile birlikte çocukluk çağı cinsel, fiziksel, duygusal ve fiziksel ihmali konu alan beş alt puan ve bunların birleşiminden oluşmakta olan toplam puan elde edilmektedir. İlk zamanlarda 53 maddeden oluşan, fakat daha sonra özgün yazarı tarafından kısaltılan bu ölçek orijinal İngilizce metninden ilk yazarı tarafından Türkçe 'ye çevrilmiştir. Her iki dile aynı seviyede hakim, uzman tarafından İngilizce 'ye geri çevrilmiş, iki versiyon arasında tutarlılık bu şekilde kontrol edilip sağlanmıştır. Test puanları ise ters çevrilir (örneğin 1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana

döndürülür). Beş alt puanın toplamı ise CTQ toplam puanını oluşturur. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25-125 arasındadır.

**3.3.3. İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıf Stilleri Ölçeği (IPSAQ):** IPSAQ, sosyal durumları temel alan (örn. “Bir arkadaşınız sizi bir şeyler içmeye davet etti”) 8 adet olumlu durum ve 8 adet olumsuz durum olmak üzere toplam 16 sorudan oluşmaktadır. Katılımcılar her bir sorudaki durumu zihinlerinde canlandırarak bu durumun ortaya çıkma nedeninin *kendisinden kaynaklı-içsel (internal)*, *diğer kişiden/kişilerden kaynaklı-dışsal (external)* ve *içinde bulunulan şartların ya da şans eseri-durumsal (situational)* olarak olumlu ve olumsuz durumlar için yorumlarlar. Çalışmada üç farklı skor hesaplandı: “*dışsallaştırma yanlılığı*”, “*negatif durumlar karşısında yapılan kişiselleştirme yanlılığı*” ve “*pozitif durumlar karşısında yapılan içselleştirme yanlılığı*”. *Dışsallaştırma yanlılığı*, pozitif durumlar karşısında kişiselleştirme atıflarının sayısından negatif durumlar karşısında kişiselleştirme atıflarının sayısının çıkarılmasıyla elde edilmiştir. *Negatif durumlar karşısında yapılan içselleştirme yanlılığı* negatif durumlar karşısında yapılan içselleştirme atıf sayısının, içsel ve durumsal atıflar toplamına bölünmesiyle hesaplanmıştır. *Pozitif durumlar karşısında yapılan içselleştirme yanlılığı* pozitif durumlar karşısında yapılan içselleştirme atıf sayısının, içsel ve durumsal atıflar toplamına bölünmesiyle elde edilmiştir (Berry ve ark., 2015).

**3.3.4. Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB Ölçeği (CAPS):** Blake ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek hem araştırma hem de klinik ihtiyaçlara uygun olarak

hazırlanarak geliştirilmiştir (Blake ve ark., 1990). Testin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aker ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır (Aker ve ark., 1999). Ölçekteki sorulardan 17’si DSM-III-R’ye göre TSSB belirtilerini analiz ederken, diğer 8 soru ise TSSB’ye eşlik eden belirtiler başlığı altındadır. Ayrıca, ölçekte TSSB semptomlarının toplumsal ve mesleki işlevsellik üzerine olan etkisi, bir önceki değerlendirmeye veya 6 ay öncesine göre TSSB belirtilerinin durumu, değerlendirmenin tahmini geçerliliği ve TSSB şiddetinin bütünsel değerlendirilmesiyle ilgili sorular da yer almaktadır. Toplam ölçek puanı daha çok bozukluğun şiddetini yordar; bu puan sıklık ve şiddet puanlarının toplanmasıyla hesaplanır ve 0-136 arasında değişir. Niceliksel değerlendirme dışında, CAPS niteliksel bir değerlendirmeye de olanak veren şimdiki ve yaşam boyu TSSB tanısını koydurabilen bir ölçektir. Herhangi bir TSSB belirtisinin sıklığının en az 1, şiddetinin ise en az 2 olduğu durumlarda yani o belirtiyeye ait sıklık ve şiddetin toplam puanı en az 3 ise belirti “var” olarak kabul edilmektedir. En az 1 tekrar yaşantılıma belirtisi, 3 kaçınma veya küntleşme belirtisi ve 2 tane de uyarılmışlık hali belirtisinin varlığıyla TSSB tanısı konabilmektedir.

**3.3.5 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ):** Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve Türk toplumu için uyarılma, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılan BDÖ, hem sağlıklı hem de psikiyatrik hasta gruplarına uygulanabilen bir ölçektir. Katılımcılar kendi kendilerine BDÖ’yü uygulayabilmektedirler. BDÖ, depresif belirtilerin varlığını, belirtilerin düzeyini ve şiddetini ölçmeyi amaçlamaktadır. Toplam 21 sorudan oluşan bu ölçek, Likert tipi ölçüm sağlar (0 ile 3 arası). Toplam puan her bir soruya verilen tüm puanların toplanması ile elde edilir. Toplam puanın yüksek olması ile depresyon şiddeti doğru orantılıdır. Ölçeğin Türkçe

geçerlilik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak belirlenmiştir (Aksoy ve ark., 2012).

**3.3.6. Gözlerden Zihin Okuma Testi (RMET):** Baron-Cohen ve arkadaşları (1999, 2001) tarafından geliştirilen *Reading the Mind in the Eyes Test/ Gözlerden Zihin Okuma Testi (RMET)*, sosyal biliş ile psikopatoloji arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda sıklıkla kullanılmaktadır (Lee ve ark. 2005, Murphy 2006, Bora ve ark. 2006, Fertuck ve ark. 2009). RMET, ZK'nın önemli bir unsuru olan "zihin okuma" becerilerinin değerlendirdiği savunulmaktadır (Baron-Cohen ve ark. 2001). RMET'in Türkçe uyarlamasının güvenilir olduğu saptanmıştır. Katılımcıların eğitim düzeyi yanıt dağılımını etkileyen önemli bir değişkendir. RMET, 36 soruluk hali ile yetişkinlerde ZK ve duygu tanıma becerilerini değerlendirmede kullanılmaktadır.

**3.3.7. Hinting Task (İma görevi):** İma görevi, katılımcıların dolaylı söylemlerin arkasında yatan gerçek niyetleri anlama ve fark edebilme becerilerini test etmek amacıyla kullanılmaktadır. Orijinal metninde 10 adet kısa hikayeden oluşan bu test, iki karakterin birbiriyle olan etkileşiminden. Tüm hikayeler karakterlerden birinin yaptığı belirgin bir ima ile son bulur. Katılımcılara hikayedeki karakterin gerçekte ne demek istediği sorulur. Sorulara verilen her bir uygun cevaba 2 puan verilir. Eğer katılımcı soruya doğru cevap veremezse imayı daha belirgin olarak ortaya koyan bir ipucu verilir ve katılımcıya tekrar karakterin gerçekte ne demek istediği sorulur. Eğer katılımcı doğru cevap verirse 1 puan alır, lakin soruya tekrar doğru cevap verilemezse o soruya 0 puan verilir (Sayın ve ark., 2010).

### **3.3. YAPILAN İŞEMLER**

Literatürdeki konuyla ilgili diğer çalışmadan gözden geçirilerek, çalışmada kullanılacak olan ölçekler belirlendi.

Çalışma için özel olarak hazırlanan sosyodemografik veri formu aracılığıyla bilgileri alınan sağlıklı gönüllülerden, çalışmaya alınma koşullarını karşılayanlar çalışmaya dahil edildi.

Katılımcılara, çalışmanın amacı sözlü olarak açıklandı ve bu amacı detaylı olarak açıklayan Bilgilendirilmiş Onam Formu imzalatıldı; ardından diğer ölçekler uygulanmaya başlandı.

DSM-IV tanı kriterlerine göre TSSB tanısı konulmuş katılımcılarla yapılan görüşmede, TSSB hasta grubunun sosyodemografik bilgileri alındı; çalışmanın amacı açıklandı ve bu amacı detaylı olarak açıklayan Bilgilendirilmiş Onam Formu imzalatıldı; ardından diğer ölçekler uygulanmaya başlandı.

### **3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZLER**

Tüm istatistiksel analizler SPSS 21.0 programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortanca (en küçük-en büyük) olarak verildi. TSSB tanısı almış deney grubu ve sağlıklı kontrol grubunun ZK performanslarını ve atıf stillerini karşılaştırmak için Mann Whitney U testi kullanıldı. Kesikli değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. Travma tipleri ve TSSB'nin şiddeti ile ZK performans testleri ve Atıf stilleri arasında doğrusal ilişkinin varlığının incelenmesinde Spearman korelasyon testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için  $p < 0,05$  kabul edildi.

### 3.5. BULGULAR

Çalışma 30 sağlıklı kontrol grubu ve 30 TSSB tanılı bireyden oluşan toplam 60 kişilik çalışma grubu ile yapıldı (bkz. Tablo 4).

**Tablo 4.** Çalışma grubunun klinik özellikleri

	Sayı	% (Tüm olgular)
<b>Deney Grubu</b>	30	%50
<b>Kontrol Grubu</b>	30	%50
<b>Toplam</b>	60	%100

TSSB tanılı deney grubunda, kadın/erkek dağılımı % 66.7 kadın, % 33.3 erkek şeklinde oluşurken, sağlıklı kontrol grubunda kadın/erkek dağılımı % 70.0 kadın, % 30.0 erkek şeklinde oluşmuştur.

TSSB tanılı deney grubunun yaş ortalaması 31.56 (SS=11.8) olup; grubun yaş dağılımı 18-24 yaş aralığında % 40.0, 25-34 yaş aralığında % 23.3, 35-44 yaş aralığında % 20.0, 45-54 yaş aralığında %13.3 ve 55-65 yaş aralığında ise %3.3 şeklinde dağılım göstermiştir.

Sağlıklı kontrol grubunun yaş ortalaması ise 30.57 (SS=9.67) olup; grubun yaş dağılımı 18-24 yaş aralığında % 36.7, 25-34 yaş aralığında % 36.7, 35-44 yaş aralığında % 16.7, 45-54 yaş aralığında %10.0 ve 55-65 yaş aralığında ise % 0 şeklinde dağılım göstermiştir.

TSSB tanılı deney grubunun eğitim durumu açısından dağılımına bakıldığında, % 6.7'si ilköğretim, % 33.3'ü lise ve % 60'ının üniversite mezunu olduğu görüldü. Sağlıklı kontrol grubuna bakıldığında ise, % 20'si lise, % 66.7'si üniversite ve % 13.3'ü lisansüstü eğitime sahipti. Sağlıklı kontroller ve TSSB grubu yaş ve cinsiyet açısından birbirinden istatistiksel olarak anlamlı farklı değildi ( $p>0,05$ ).

Deney grubundaki bireylerin medeni durumlarına bakıldığında %33.3'ü evli, %56.7'si bekar ve %10'u dul olarak kaydedildi. Sağlıklı kontrol grubunun medeni durumuna bakıldığında evli %36.7, bekar %50.0 ve dul %13.3 olarak dağılım göstermiştir.

Sosyodemografik bilgilere ilişkin bulgular Tablo 5'te görülmektedir.

**Tablo 5.** Tüm katılımcıların demografik özellikleri

<b>Cinsiyet</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Kümülatif Yüzde</b>
Erkek	19	31,7	31,7
Kadın	41	68,3	100,0
<b>Toplam</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	

<b>Katılımcı Grubu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Kümülatif Yüzde</b>
Deney grubu	30	50,0	50,0
Kontrol grubu	30	50,0	100,0
<b>Toplam</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	

<b>Yaş Grubu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Kümülatif Yüzde</b>
18-24	23	38,3	38,3
25-34	18	30,0	68,3
35-44	11	18,3	86,7
45-54	7	11,7	98,3
55-65	1	1,7	100,0
<b>Toplam</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	

<b>Medeni Durum</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Kümülatif Yüzde</b>
Evli	21	35,0	35,0
Bekar	32	53,3	88,3
Dul	7	11,7	98,3
<b>Toplam</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	

<b>Eğitim Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Kümülatif Yüzde</b>
Ortaokul	2	3,3	3,3
Lise	16	26,7	30,0
Üniversite	38	63,3	93,3
Lisansüstü	4	6,7	100,0
<b>Toplam</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>	



Çalışmaya katılan katılımcıların ailelerinde var olan psikiyatrik rahatsızlıklar ve tedavi görülen medikal rahatsızlıklar sorularak, bu rahatsızlıkların oranları hakkında bilgi edinilmiştir. Bu bilgiler Tablo 6'da gösterilmektedir.

**Tablo 6.** Katılımcıların ailelerinde bulunan psikiyatrik rahatsızlıklar ve tedavi görülen tıbbi rahatsızlıklar

<b>Ailedeki Psikolojik Rahatsızlık</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Kümülatif Yüzde</b>
Affektif bozukluklar	13	21,7	21,7
Anksiyete bozuklukları	8	13,3	35,0
Psikotik bozukluklar	2	3,3	38,3
Danışmanlık için başvuru	7	11,7	50,0
Alkol ve madde bozukluğu	3	5,0	55,0
Hayır	24	40,0	95,0
Affektif bozukluklar ve anksiyete	3	5,0	100,0
Toplam	60	100,0	
<b>Ailenin Tedavi Gördüğü Hastalıklar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Kümülatif Yüzde</b>
Epilepsi	2	3,3	3,3
Diyabet	4	6,7	10,0
Hipertansiyon	4	6,7	16,7
Ameliyat	6	10,0	26,7
Hayır	43	71,7	98,3
Epilepsi dışında hepsi	1	1,7	100,0
Toplam	60	100,0	

Sağlıklı gönüllüler ile TSSB tanı bireylerden oluşan iki grup arasında yaş ( $p=0.705$ ,  $p>0.05$ ), cinsiyet ( $p=0.781$ ,  $p>0.05$ ), eğitim durumu ( $p=0.069$ ,  $p>0.05$ ) ve medeni durum ( $p=0.760$ ,  $p>0.05$ ) açısından Ki-Kare (Chi-Square) ile yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu.

Sosyodemografik değişkenlere ait karşılaştırmalarda kullanılan ki-kare testi sonuçlarına ait p değerleri Tablo 7'de gösterilmiştir.

**Tablo 7:** Sosyodemografik bilgilerin Ki-Kare ile analizi

Cinsiyet		Katılımcı Grubu		Toplam
		Deney Grubu	Kontrol Grubu	
Erkek	n	10	9	19
	%	33,3	30,0	31,7
Kadın	n	20	21	41
	%	66,7	70,0	68,3
Toplam	n	30	30	60
	%	100,0	100,0	100,0

P=0,781

Medeni Durum		Katılımcı Grubu		Toplam
		Deney Grubu	Kontrol Grubu	
Evli	n	10	11	21
	%	33,3	36,7	35,0
Bekar	n	17	15	32
	%	56,7	50,0	53,3
Dul	n	3	4	7
	%	10,0	13,3	11,7
Toplam	n	30	30	60
	%	100,0	100,0	100,0

P=0,760

Eğitim Durumu			Katılımcı Grubu		Toplam
			Deney Grubu	Deney Grubu	
Ortaokul	n	2	0	2	
	%	6,7	0,0	3,3	
Lise	n	10	6	16	
	%	33,3	20,0	26,7	
Üniversite	n	18	20	38	
	%	60,0	66,7	63,3	
Lisansüstü	n	0	4	4	
	%	0,0	13,3	6,7	
Toplam	n	30	30	60	
	%	100,0	100,0	100,0	

P=0,069

Yaş Grubu			Katılımcı Grubu		Toplam
			Deney Grubu	Kontrol Grubu	
18-24	n	12	11	23	
	%	40,0	36,7	76,7	
25-34	n	7	11	18	
	%	23,3	36,7	60,0	
35-44	n	6	5	16	
	%	20,0	16,7	36,7	
45-54	n	4	3	7	
	%	13,3	10,0	23,3	
55-65	n	1	0	1	
	%	3,3	0,0	3,3	
Toplam	n	30	30	60	
	%	100,0	100,0	100,0	

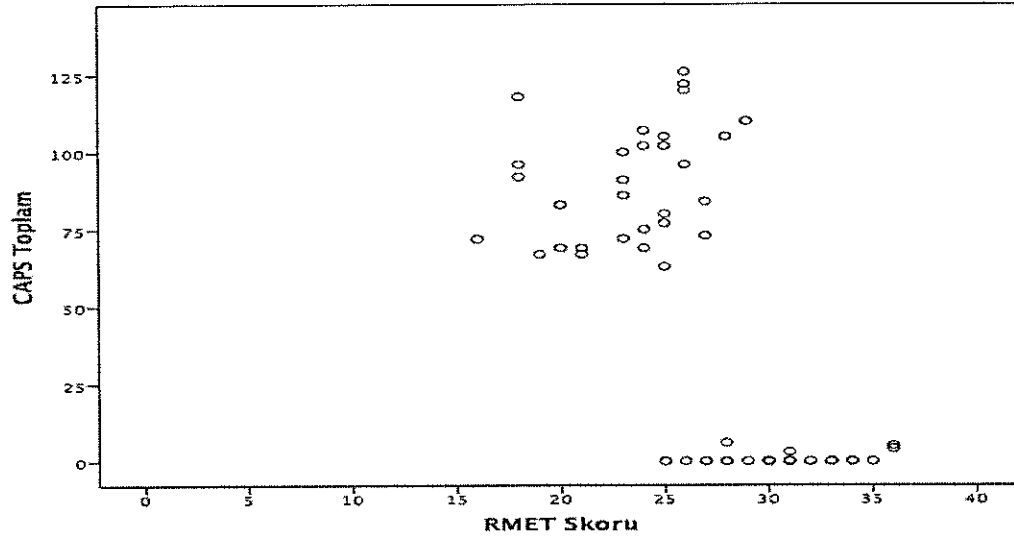
P=0.705

TSSB tanısı almış katılımcıların ZK performansları ve sağlıklı kontrol gruplarının ZK performansları Mann Withney U test ile analiz edilmiştir.

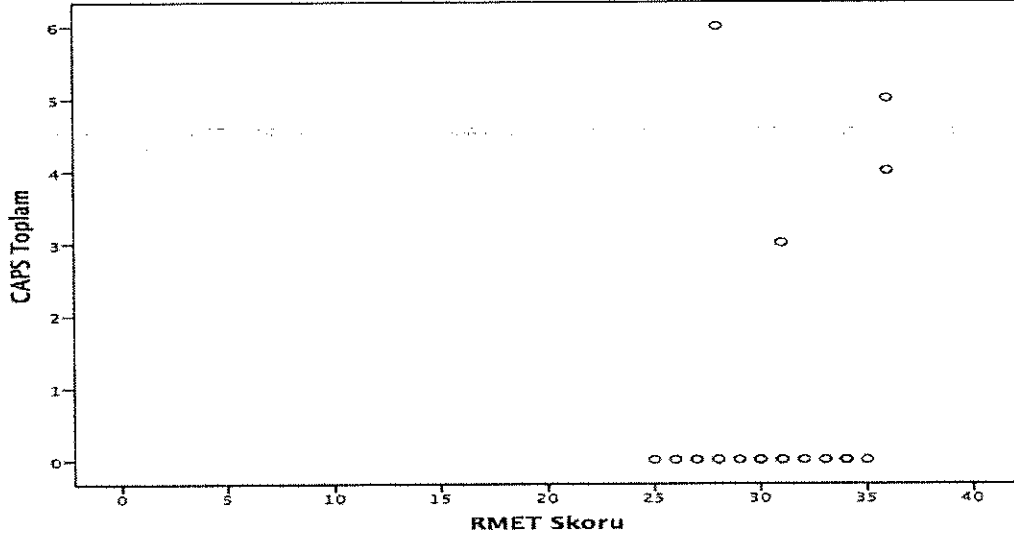
Analiz sonuçlarına göre TSSB tanısı alan deney grubundaki *bireylerin göz ifadelerinden diğer insanların duygularını anlama becerisi (RMET)*, sağlıklı kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p < 0.001$ ). Buna göre, TSSB'nin bireylerde karşısındaki kişinin duygularını analiz etme becerisinde bozulmaya sebebiyet verdiği yorumu yapılabilir (bkz. Grafik 1).

**Grafik 1: Deney grubu ve kontrol grubunun RMET performans karşılaştırması**

TSSB tanısı almış katılımcılardan oluşan deney grubu



### Sağlıklı katılımcılardan oluşan kontrol gurubu

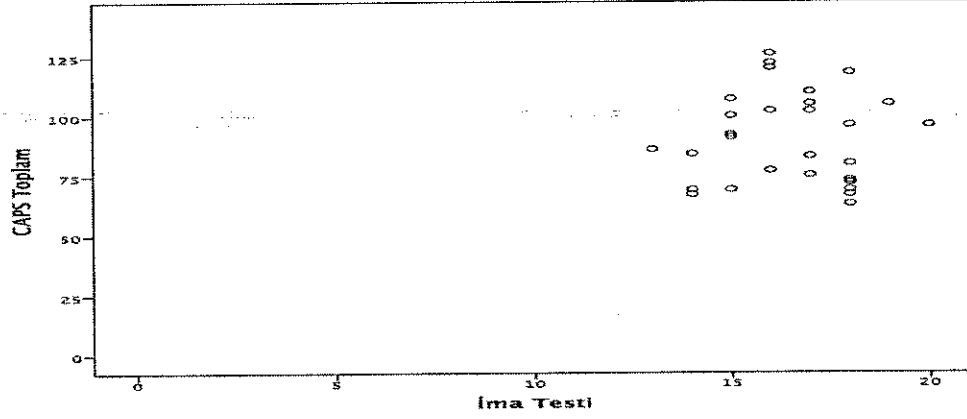


Buna ek olarak, TSSB tanılı deney grubunda yer alan katılımcıların, diğer bireylerin göz ifadelerden duygularını tanımlama süresiyle kontrol grubunun duygu tanımlama süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). TSSB tanılı bireylerin diğer insanların duygularını analiz etme ve tanımlama süresinin TSSB tanısı almayan bireylere göre daha uzun olduğu kaydedilmiştir.

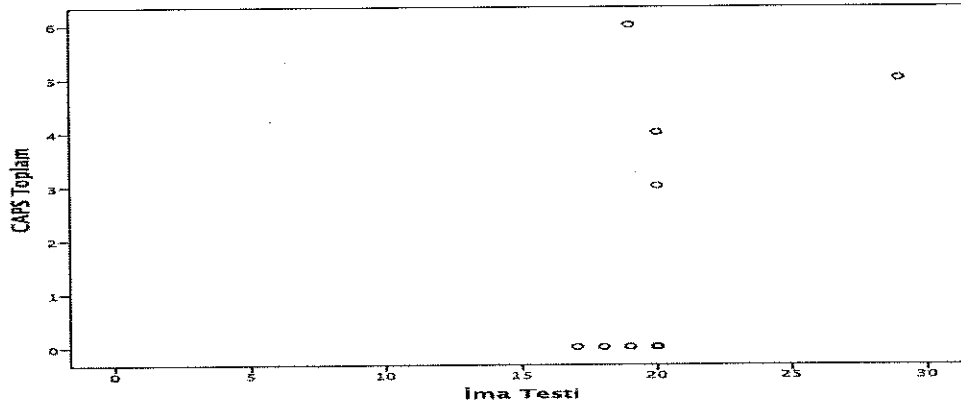
Yapılan analiz neticesinde, TSSB tanısı almış katılımcıların hikayelerde yapılan imayı anlama performansı ile kontrol grubundaki katılımcıların performansları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır; TSSB tanısı olan bireylerin diyaloglar esnasında yapılan imaları anlama becerilerinin normale oranla daha zayıf olduğu bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). (Bkz. Grafik 2)

## Grafik 2: Deney grubu ve kontrol grubunun İma Testi performans karşılaştırması

TSSB tanısı almış katılımcılardan oluşan deney grubu



Sağlıklı katılımcılardan oluşan kontrol grubu



Mann Withney U analiz sonuçlarına göre deney ve kontrol gruplarında yer alan farklı travma tiplerinin varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür. Katılımcılara uygulanan CTQ testinin alt ölçekleri olan duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismar skorlarına göre, TSSB tanısı almış olan deney grubundaki bireyler ile sağlıklı kontrol grubunda yer alan bireyler arasında söz konusu travma tiplerinin bulunması durumunda istatistiksel olarak anlamlı farklar elde edilmiştir. TSSB tanısı almış olan bireylerde duygusal ihmal ( $p<0.001$ ), duygusal istismar ( $p=0.001$ ), fiziksel ihmal ( $p=0.013$ ), fiziksel

istismar ( $p=0.049$ ) ve cinsel istismar ( $p<0.001$ ), sağlıklı kontrol grubunda bulunan bireylere göre daha yoğun bulunmaktadır.

Tablo 8’de Mann Withney U testi ile analiz edilen değerler verilmiştir.

<b>Tablo 8: Mann Withney U testi ile analizi yapılan değerler</b>					
	<b>Katılımcı grubu</b>	<b>N</b>	<b>Ortanca</b>	<b>En küçük- En büyük</b>	<b>P değeri</b>
<b>İma testi</b>	Deney Grubu	30	17	13-20	<b>&lt;0,001</b>
	Kontrol Grubu	30	20	17-29	
<b>RMET süre</b>	Deney Grubu	30	8	5-17	<b>&lt;0,001</b>
	Kontrol Grubu	30	5	5-7	
<b>RMET skor</b>	Deney Grubu	30	24	16-29	<b>&lt;0,001</b>
	Kontrol Grubu	30	31	25-36	
<b>BDÖ skor</b>	Deney Grubu	30	19,5	4-42	<b>&lt;0,001</b>
	Kontrol Grubu	30	5,5	1-26	
<b>CTQ toplam skor</b>	Deney Grubu	30	52,5	36-105	<b>0,026</b>
	Kontrol Grubu	30	48	32-65	
<b>CTQ duygusal istismar</b>	Deney Grubu	30	7,5	5-25	<b>0,001</b>
	Kontrol Grubu	30	5	5-9	
<b>CTQ fiziksel istismar</b>	Deney Grubu	30	6	5-20	<b>0,049</b>
	Kontrol Grubu	30	5	5-9	
<b>CTQ fiziksel ihmal</b>	Deney Grubu	30	6	5-23	<b>0,013</b>
	Kontrol Grubu	30	5	5-9	
<b>CTQ duygusal ihmal</b>	Deney Grubu	30	8	5-25	<b>&lt;0,001</b>
	Kontrol Grubu	30	5	5-9	
<b>CTQ cinsel istismar</b>	Deney Grubu	30	13	5-25	<b>&lt;0,001</b>
	Kontrol Grubu	30	5	5-13	

TSSB tanısı alan deney grubu ile sağlıklı kontrol grubu arasında yapılan atıf stilleri yanlılıkları bakımından bir fark olup olmadığı Mann Withney U test kullanılarak analiz edildi. IPSAQ testi uygulanarak elde edilen sonuçlarla bireyler tarafından



yapılan üç adet atıfsal yanlılık hesaplanmıştır. Yapılan analizler neticesinde TSSB hasta grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. *Dışsallaştırma yanlılığı* için  $p=0,073$ , *Negatif durumlarda yapılan içselleştirme yanlılığı* için  $p=0,476$  ve *Pozitif durumlarda yapılan içselleştirme yanlılığı* için  $p=0,268$  şeklinde bulunmuştur.

Atıfsal Yanlılıkların Mann Withney U Testi ile Analizi Tablo 9’da gösterilmektedir.

<b>Tablo 9: Atıfsal Yanlılıkların Mann Withney U Testi ile Analizi</b>					
	<b>Katılımcı grubu</b>	<b>N</b>	<b>Ortanca</b>	<b>En küçük- En büyük</b>	<b>P değeri</b>
<b>Dışsallaştırma yanlılığı</b>	Deney Grubu	30	26,5	(-5)-13	0,073
	Kontrol Grubu	30	34,5	(-4)-12	
<b>Negatif durumlardaki İçselleştirme yanlılığı</b>	Deney Grubu	30	31,1	0-3	0,476
	Kontrol Grubu	30	28	0,07-3	
<b>Pozitif durumlardaki İçselleştirme yanlılığı</b>	Deney Grubu	30	27,5	0,14-7	0,268
	Kontrol Grubu	30	32,4	0,33-7	

TSSB tanılı deney grubunun ve sağlıklı kontrol grubunun ZK performansları ve kullandıkları atıfsal yanlılıkların travma tipleri ve TSSB belirtilerinin şiddeti ile doğrusal ilişki Spearman Korelasyon testi ile analiz edilmiştir.

Analizlerin neticesine göre *CTQ duygusal istismar* ile RMET testinin tamamlanma süresi arasında pozitif yönde, zayıf-orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon mevcuttur ( $\rho=0,386$ ,  $p=0,002$ ). Ayrıca *CTQ duygusal istismar* ile RMET test performansı arasında negatif yönde, zayıf-orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmaktadır ( $\rho=-0,393$ ,  $p=0,002$ ). *CTQ duygusal istismar* ile İma testinde gösterilen performans arasında negatif yönde, zayıf-orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon mevcuttur ( $\rho=-0,442$ ,  $p<0,001$ ).

Duygusal istismara maruz kalan bireylerde ZK performans becerilerinin olumsuz yönde etkilendiği yapılan istatistiksel analizler ile desteklenmektedir.

Uygulanan Spearman Korelasyon testine göre, *CTQ fiziksel ihmal* ile RMET'in tamamlanma süresi arasında pozitif yönde, zayıf-orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon mevcuttur ( $\rho=0,323$ ,  $p=0,012$ ). Ayrıca, *CTQ fiziksel ihmal* ile İma Testi performansı arasında pozitif yönde, zayıf-orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon mevcuttur ( $\rho=-0,374$ ,  $p=0,003$ ).

Spearman Korelasyon analizine göre, *CTQ duygusal ihmal* ile RMET testinin tamamlanma süresi arasında pozitif yönde, zayıf-orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon mevcuttur ( $\rho=0,393$ ,  $p=0,002$ ). Bir diğer bulgu da, *CTQ duygusal ihmal* ile gözlerden zihin okuma performansı arasında negatif yönde, zayıf-orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olduğu yönündedir ( $\rho=-0,402$ ,  $p=0,001$ ). Ayrıca, *CTQ duygusal ihmal* ile İma testinde gösterilen performans arasında negatif yönde, zayıf-orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon mevcuttur ( $\rho=-0,387$ ,  $p=0,002$ ).

Analizlerin neticesine göre *CTQ cinsel istismar* ile RMET testinin tamamlanma süresi arasında pozitif yönde, zayıf-orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon mevcuttur ( $\rho=0,324$ ,  $p=0,012$ ). Ayrıca *CTQ cinsel istismar* ile RMET test performansı arasında negatif yönde, zayıf-orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmaktadır ( $\rho=-0,365$ ,  $p=0,004$ ). Bu duruma ek olarak *CTQ cinsel istismar* ile İma testinde gösterilen performans arasında negatif yönde, zayıf-orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon mevcuttur ( $\rho=-0,440$ ,  $p<0,001$ ).

Travma alt tipleri ile ZK beceri performanslarının Spearman korelasyon analizi ile elde edilen sonuçları Tablo 9'da yer almaktadır.

Tablo 10: Travma tipleri ile ZK test performanslarının korelasyon analizi		RMET süre	RMET skor	İma testi
CTQ duygusal istismar	Spearman rho değeri	0,386**	-0,393**	-0,442**
	p değeri	0,002	0,002	<0,001
	N	60	60	60
CTQ fiziksel istismar	Spearman rho değeri	0,231	-0,181	-0,244
	p değeri	0,075	0,166	0,060
	N	60	60	60
CTQ Fiziksel ihmal	Spearman rho değeri	0,323*	-0,172	-0,374**
	p değeri	0,012	0,189	0,003
	N	60	60	60
CTQ duygusal ihmal	Spearman rho değeri	0,393**	-0,402**	-0,387**
	p değeri	0,002	0,001	0,002
	N	60	60	60
CTQ cinsel istismar	Spearman rho değeri	0,324*	-0,365**	-0,440**
	p değeri	0,012	0,004	<0,001
	N	60	60	60

\*p<0.05, \*\*p<0.01

Katılımcıların TSSB tanı kriterlerine uygunluğunu, var olan TSSB'nin şiddetini ve TSSB'nin ana semptomları olan yeniden yaşantılama, kaçınma, artmış uyarılmışlık ve ilişkili özelliklerin katılımcılardaki şiddetini tespit etmek adına CAPS ölçeği kullanılmıştır. TSSB ve TSSB semptomlarının şiddeti ile ZK beceri performansı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığı Spearman Korelasyon testi ile analiz edilmiştir.

Toplam CAPS skoru –başka bir deyişle TSSB'nin şiddeti- ile RMET'i tamamlama süresi arasında pozitif yönde, iyi düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon mevcut ( $\rho=0,740$ ,  $p<0,001$ ). Ayrıca, toplam CAPS puanı ile RMET testinde gösterilen performans arasında negatif yönde, orta-iyi düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon mevcuttur ( $\rho=-0,660$ ,  $p<0,001$ ). İma testi puanı ile toplam CAPS skoru arasında negatif yönde, orta-iyi düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmaktadır ( $\rho=-0,688$ ,  $p<0,001$ ). Başka bir deyişle, TSSB'nin şiddeti arttıkça konuşma içindeki imaları anlamak güçleşmektedir. Özetle, CAPS skoru yüksek olan katılımcıların ZK becerilerinde bozulmalar meydana geldiği kaydedilmiştir.

CAPS'in alt ölçeklerinden olan yeniden yaşantılama ile RMET'i tamamlama süresi arasında pozitif yönde, iyi düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon mevcuttur ( $\rho=0,721$ ,  $p<0,001$ ). CAPS yeniden yaşantılama ile RMET puanı arasında negatif yönde, iyi düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmaktadır ( $\rho=-0,719$ ,  $p<0,001$ ). Ayrıca, CAPS yeniden yaşantılama skoru ile ima testinde gösterilen performans arasında negatif yönde, orta-iyi düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmaktadır ( $\rho=-0,672$ ,  $p<0,001$ ).

TSSB'nin belirtilerinden biri olan “travmatik olayın anımsatıcılarından kaçınma” CAPS'de “kaçınma” alt ölçeğiyle incelenmektedir. CAPS kaçınma puanı ile RMET'i sonlandırma süresi arasında pozitif yönde, iyi düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur ( $\rho=0,788$ ,  $p<0,001$ ). CAPS kaçınma puanı ile RMET puanı arasında da negatif yönde, orta-iyi düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmaktadır ( $\rho=-0,679$ ,  $p<0,001$ ). CAPS'in kaçınma alt ölçeği ile ima ölçeği

performansı arasında negatif yönde, iyi düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon mevcuttur ( $\rho=-0,760$ ,  $p<0,001$ ).

CAPS'in diğer bir ölçeği olan "artmış uyarılmışlık", yaşanan travmatik olay neticesiyle uyarılmışlık halinin aşırı artması ve sürekli tetikte olma hali olarak tanımlanabilir. CAPS artmış uyarılmışlık hali ile RMET'i tamamlama süresi arasında pozitif yönde, iyi düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur ( $\rho=0,723$ ,  $p<0,001$ ). CAPS artmış uyarılmışlık puanı ile RMET puanı arasında da negatif yönde, iyi düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmaktadır ( $\rho=-0,744$ ,  $p<0,001$ ). CAPS'in artmış uyarılmışlık alt ölçeği ile ima ölçeği performansı arasında negatif yönde, orta-iyi düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon mevcuttur ( $\rho=-0,661$ ,  $p<0,001$ ).

CAPS'in diğer bir ölçeği olan "ilişkili özellikler", yaşanan travmatik olay neticesiyle depersonalizasyon, derealizasyon, çevrenin farkında olma durumunda azalma vb. kriterleri sorgulamaktadır. CAPS ilişkili özellikler ile RMET'i tamamlama süresi arasında pozitif yönde, orta-iyi düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur ( $\rho=0,661$ ,  $p<0,001$ ). CAPS ilişkili özellikler puanı ile RMET puanı arasında da negatif yönde, orta-iyi düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmaktadır ( $\rho=-0,630$ ,  $p<0,001$ ). CAPS-ilişkili özellikler değişkeni ile ima ölçeği performansı arasında negatif yönde, orta-iyi düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon mevcuttur ( $\rho=-0,608$ ,  $p<0,001$ ).

TSSB ve TSSB semptomlarının şiddeti ile ZK performansları arasındaki korelasyon Tablo 10'da görülmektedir.

Tablo 11: TSSB ve TSSB semptomlarının şiddeti ile ZK performansları arasındaki korelasyon		RMET süre	RMET skor	İma testi
<b>CAPS total</b>	Spearman rho değeri	<b>0,740**</b>	<b>-0,660**</b>	<b>-0,688**</b>
	p değeri	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>CAPS yeniden yaşantılama</b>	Spearman rho değeri	<b>0,721**</b>	<b>-0,719**</b>	<b>-0,672**</b>
	p değeri	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>CAPS kaçınma</b>	Spearman rho değeri	<b>0,788**</b>	<b>-0,679**</b>	<b>-0,760**</b>
	p değeri	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>CAPS artmış uyarılmışlık</b>	Spearman rho değeri	<b>0,723**</b>	<b>-0,744**</b>	<b>-0,661**</b>
	p değeri	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>CAPS ilişkili özellikler</b>	Spearman rho değeri	<b>0,661**</b>	<b>-0,630**</b>	<b>-0,608**</b>
	p değeri	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
Spearman's rho		60	60	60
		60	60	60

Travma alt tiplerine göre bireylerin atıf stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı doğrusal bir ilişki olup olmadığı Spearman Korelasyon analizi ile incelenmiştir. Mevcut çalışmada üç adet atıfsal yanlılık hesaplanmıştır, bunlar; *dışsallaştırma yanlılığı*, *negatif durumlarda yapılan içselleştirme yanlılığı* ve *pozitif durumlarda yapılan içselleştirme yanlılığı*dır. Söz konusu olan atıfsal yanlılıklar ile *duygusal istismar*, *fiziksel ihmal*, *fiziksel istismar*, *duygusal ihmal* ve *cinsel istismar* travmalarıyla aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığı analiz edilmiştir.

Tüm katılımcılar dahil edilerek yapılan Spearman korelasyon analizi sonuçlarına göre CTQ ölçeğinin alt ölçeklerinden biri olan CTQ cinsel istismar ile negatif durumlarda yapılan içselleştirme yanlılığı arasında pozitif yönde, zayıf-orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon mevcuttur ( $\rho=0,341$ ,  $p=0,009$ ).

Diğer değişkenler olan duygusal istismar, fiziksel ihmal, fiziksel istismar, ve duygusal ihmal ile söz konusu atıfsal yanlılıklar arasında istatistiksel olarak istatistiksel olarak anlamlı korelasyon mevcut değildir.

Atıfsal yanlılıklar ile travma tipleri arasındaki korelasyon Tablo 11'de görülmektedir.

Tablo 12. Travma tipleri ile atıfsal yanlışlık arasındaki korelasyon		Dışsallaştırma yanlışlığı	Negatif durumlardaki içselleştirme yanlışlığı	Pozitif durumlardaki içselleştirme yanlışlığı
CTQ duygusal istismar	Spearman rho değeri	-0,237	0,081	-0,187
	p değeri	0,068	0,546	0,156
	N	60	58	59
CTQ fiziksel istismar	Spearman rho değeri	-0,210	0,156	-0,060
	p değeri	0,106	0,242	0,652
	N	60	58	59
CTQ Fiziksel ihmâl	Spearman rho değeri	-0,005	0,204	0,213
	p değeri	0,971	0,124	0,104
	N	60	58	59
CTQ duygusal ihmâl	Spearman rho değeri	-0,079	0,009	-0,039
	p değeri	0,550	0,947	0,770
	N	60	58	59
CTQ cinsel istismar	Spearman rho değeri	-0,220	<b>0,341**</b>	0,021
	p değeri	0,092	<b>0,009</b>	0,874
	N	60	58	59



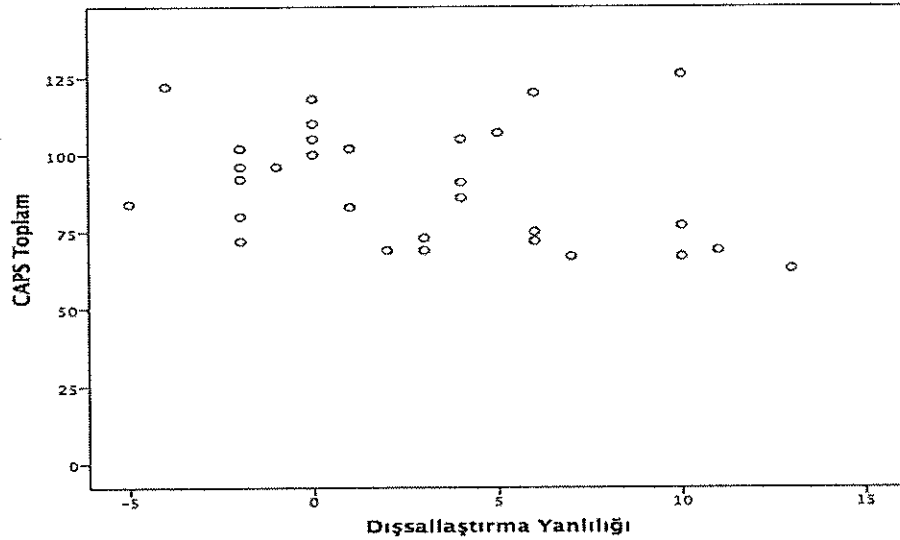
TSSB'nin şiddeti ile atıfsal yanlılık arasındaki ilişki Spearman Korelasyon testi ile incelenmiştir. Yapılan analizler neticesinde *TSSB'nin şiddeti ile –yani toplam CAPS puanı ile- dışsallaştırma yanlılığı* arasında negatif yönde, zayıf-orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $\rho=-0,289$ ,  $p=0,025$ ). Ayrıca, TSSB tanısı konurken varlığının önem teşkil ettiği *travmatik olayın yeniden yaşantılanması* haliyle *dışsallaştırma yanlılığı* arasında ayıf-orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $\rho=-0,314$ ,  $p=0,015$ ).

Atıfsal yanlılıklar ile TSSB ve TSSB belirtilerinin şiddeti arasındaki korelasyon Tablo 12'de gösterilmiştir.

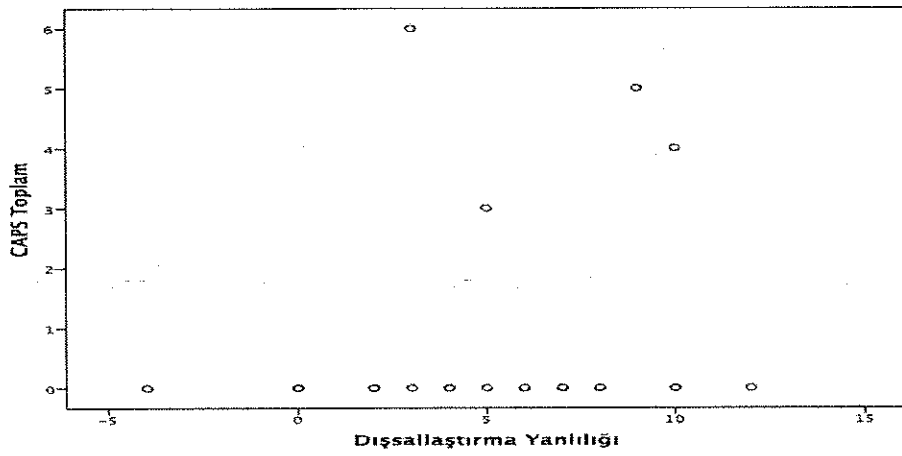
TSSB'nin şiddeti ile atıfsal yanlılıkların deney ve kontrol gruplarına göre dağılımı Grafik 3, Grafik 4 ve Grafik 5'te gösterilmektedir.

### Grafik 3: Deney grubu ve kontrol grubunda Dışsallaştırma Yanlılığının karşılaştırması

TSSB tanısı almış katılımcılardan oluşan deney grubu

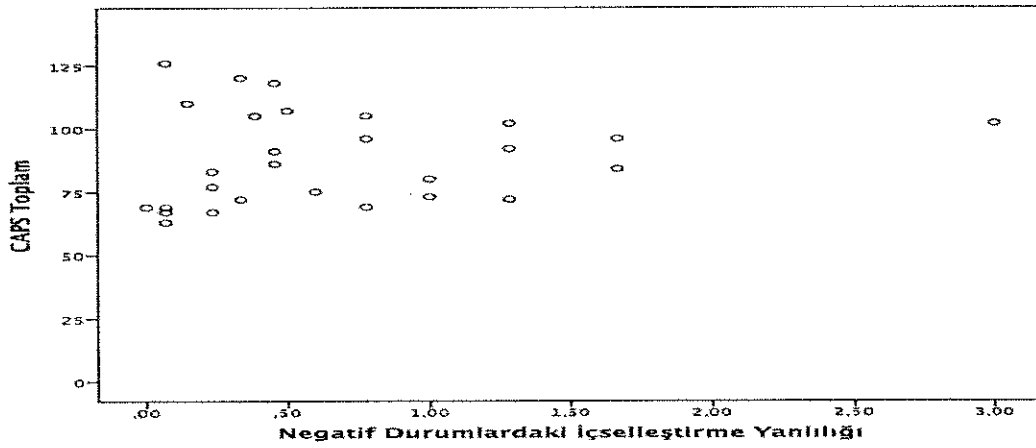


Sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubu

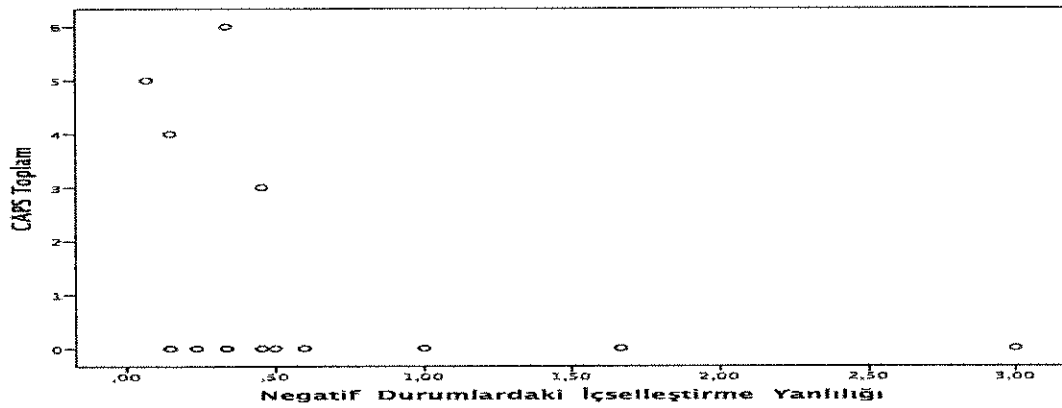


**Grafik 4: Deney grubu ve kontrol grubunda Negatif Durumlardaki İçselleştirme Yanıtlığının karşılaştırması**

TSSB tanısı almış katılımcılardan oluşan deney grubu

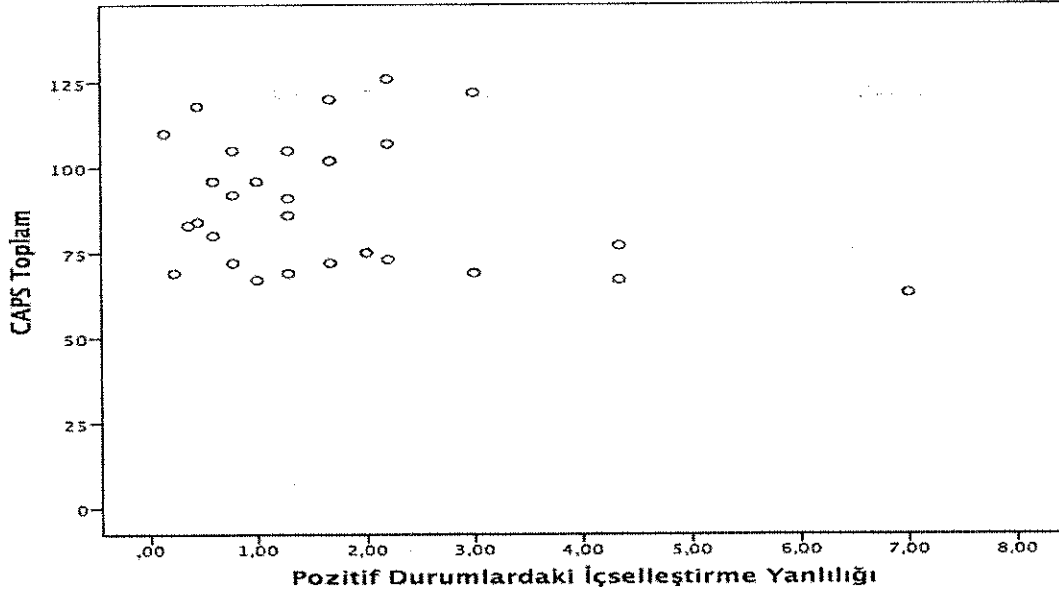


Sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubu

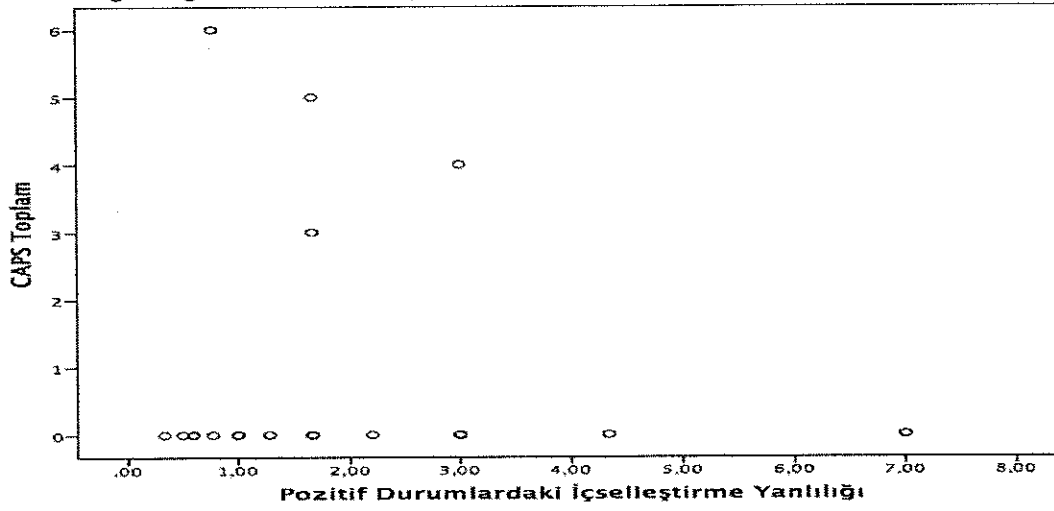


### Grafik 5: Deney grubu ve kontrol grubunda Pozitif Durumlardaki İçselleştirme Yanlılığının karşılaştırması

TSSB tanısı almış katılımcılardan oluşan deney grubu



Sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubu



Tablo 13. TSSB ve TSSB belirtilerinin şiddeti ile atıfsal yanlışlıklar arasındaki korelasyon		Dışsallaştırma yanlışlığı	Negative durumlardaki içselleştirme yanlışlığı	Pozitif durumlardaki içselleştirme yanlışlığı
CAPS total	Spearman rho değeri	-0,289*	0,115	-0,173
	p değeri	0,025	0,390	0,190
CAPS yeniden yaşantılama	N	60	58	59
	Spearman rho değeri	-0,314*	0,172	-0,189
CAPS kaçınma	p değeri	0,015	0,196	0,151
	N	60	58	59
Spearman's rho	Spearman rho değeri	-0,243	0,109	-0,110
	p değeri	0,061	0,417	0,405
CAPS artmış uyarılmışlık	N	60	58	59
	Spearman rho değeri	-0,173	0,025	-0,141
CAPS ilişkili özellikler	p değeri	0,185	0,854	0,287
	N	60	58	59
	Spearman rho değeri	-0,248	0,057	-0,110
	p değeri	0,056	0,669	0,408
	N	60	58	59

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM- TARTIŞMA

### 4.1. TARTIŞMA

Bu tez çalışmasında, TSSB tanısı ve farklı travma tipleriyle ZK becerisi ve atıfsal yanlılıklar arasındaki ilişki araştırılmıştır. Araştırmanın örneklemini 18-65 yaş aralığında, DSM-IV tanı ölçütlerine göre TSSB tanısı almış 30 kişi ve sağlıklı 30 gönüllüden oluşan toplam 60 katılımcı oluşturmuştur. Tüm katılımcıların (N=60) dahil olduğu cinsiyet, yaş, medeni hal ve eğitim durumu frekans analizleri ile hesaplanmıştır. TSSB tanısı almış deney grubunu ve sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubunun ZK performanslarının ve atıf stillerinin dağılımını incelemek amacıyla Mann Withney U testi ve Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır.

**Hipotez 1:** *TSSB tanısı alan katılımcılardan oluşan deney grubunun ZK testlerinde gösterdiği başarı performansı, sağlıklı kontrol grubunun başarı performansına kıyasla daha zayıftır.*

Hipotezimiz, TSSB'nin ZK becerilerinde ve sosyal biliş becerilerinde bozulmalara yol açabileceği yönündeydi. Literatürde mevcut olan Nietlisbach ve Maercker'in (2009) çalışma sonuçlarına da uygun olarak, travmatik deneyimler, sosyal bilişsel süreçleri etkileyebilmektedir (Nietlisbach ve Maercker, 2009). Mevcut çalışmada ZK beceri performanslarını ölçmek adına kullanılan RMET ve İma testinde sağlıklı kontrol grubu TSSB tanılı deney grubuna göre daha başarılı sonuç elde etmiştir.

Mazza ve arkadaşları (2012) Irak'ta terör saldırılarına maruz kalmış ve TSSB tanısı almış 35 askerin diğer insanların duygularını fark etmede sağlıklılara oranla daha başarısız olduğu ve mentalizasyon işlevlerinin bozulduğunu bulmuşlardır (Mazza ve ark.,2012). TSSB tanısı almış bireylerle sağlıklı kontrol grubu arasındaki ZK beceri performansının farklı olduğu hipotezimiz bu iki çalışmayla uyumludur.

**Hipotez 2:** *Travma tiplerine göre ZK başarı performansı TSSB tanısı almış bireylerden oluşan deney grubu ile sağlıklı kontrol grubu arasında farklılık gösterir.*

CTQ ölçeği ile katılımcılarda daha şiddetli olan travma tipleri tespit edilmiş ve buna göre deney ve kontrol grupları arasında ZK beceri performansında fark olup olmadığı ölçülmüştür. Duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal istismar ve cinsel istismar sonucu ortaya çıkan travmalar ile ZK beceri performansının deney ve kontrol grubu arasındaki dağılıma bakıldığında, TSSB tanılı deney grubunun ZK becerileri performansı, kontrol grubunun beceri performansına göre daha zayıf olduğu bulunmuştur.

DePrince (2005) ve Mazza ile arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmalar, travmanın farklı tiplerinin -savaş travması da dahil olmak üzere- TSSB tanısı alan bireylerin sosyal biliş mekanizmalarında bozulmalar meydana getirdiğini göstermiştir. Söz konusu çalışmada duygusal istismar, fiziksel ihmal, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar travmaları yoğun olan bireyler RMET testini sağlıklı kontrol grubuna göre daha uzun sürede tamamlayabilmişlerdir ve RMET performans başarıları sağlıklı kontrol grubuna göre daha zayıftır. Ayrıca bu travma tiplerine yoğun olarak maruz kalan bireyler, hikayelerde geçen imaları fark etme ve anlamada sergiledikleri beceri performansları sağlıklı kontrol grubuna göre daha zayıftır. Literatürle uyumlu olarak mevcut çalışmamızda da TSSB sonucu sosyal bilişte bozulmalar olduğu ve bunun sonucunda da bireylerin sosyal etkileşim halinde sorunlar yaşama durumunun söz konusu olduğunu düşünülmektedir. Tezimizin hipotezi literatürle uyumludur.

**Hipotez 3:** *TSSB tanısı konulmuş bireylerin oluşturduğu deney grubundaki bireylerin yaptıkları atıfsal yanlışlıklar ile sağlıklı kontrol grubundaki bireylerin atıfsal yanlışlıkları birbirinden farklı olabilir.*

TSSB tanılı deney grubu ile sağlıklı kontrol grubu arasında atıf stillerinin dağılımı konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunup bulunmadığı analiz edilmiştir. Literatürde TSSB belirtileri gösteren bireylerin NAS göstermeye daha eğilimli olduklarına dair bulgular bulunmaktadır. Mevcut örnekleme yapılan analiz sonuçlarına göre TSSB tanısı almış olup olmamakla, yapılan dışsallaştırma yanlışlığı

pozitif durumlarda yapılan içselleştirme yanlılığı ve negatif durumlarda yapılan içselleştirme yanlılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Atıf stillerinin kullanılmasıyla TSSB arasındaki ilişki her durumda aynı değildir. Yapılan araştırmaların bir kısmı, NAS ve TSSB arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulurken, bazıları bulamamaktadır. Alkol bağımlılığı ve kumar bağımlılığı için tedavi gören hastaların bir kısmına TSSB tanısı konulmuştur; TSSB tanısı alan hastaların TSSB tanısı almayan hasta grubuna göre NAS (içsel, genel, değişmez) kullanmaya daha eğilimli oldukları bulgusuna ulaşılmıştır (McCormick, Taber, Kruehler, 1989). Yapılan diğer bazı çalışmalarda depresojenik atıfsal yanlılıklar ile TSSB arasında bir ilişki bulunamamıştır. Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, 1994 yılında Kaliforniya’da meydana gelen Northridge depreminden sağ çıkan bireylerin depresojenik atıfsal yanlılıklar yapmaya daha yatkın oldukları, fakat TSSB tanı kriterlerini karşılamadıkları tespit edilmiştir (Greening, Stoppelbein ve Docter, 2002). Bu çalışmaya benzer olarak, Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression isimli proje kapsamında yapılan çalışmanın bulgularına göre, negatif durumlarda NAS –içsel, genel, değişmez- kullanan bireylerde bilişsel risk faktörü olarak depresyonun ortaya çıkması daha olası bulunurken, TSSB’nin ortaya çıkması riskinden bahsedilmemiştir (Alloy, Abramson, Hogan, Whitehouse, Rose, Robinson, Kim, & Lapkin, 2000). Bu sebeple, bizim hipotezimiz literatürdeki çalışmaların bir kısmıyla uyumluysa da bir kısmıyla uyumsuzdur.

Literatürdeki bir kısım çalışmalara göre, NAS daha çok kullanan bireyler TSSB belirtilerini daha şiddetli deneyimlemektedirler (Joseph ve ark., 1993; Gray ve ark., 2003; Ho ve ark., 2011, Ho ve ark., 2008). Literatür ve hipotez arasında ortaya çıkan farklılığın bir diğer sebebi de çalışmada kullanılan IPSAQ ölçeğinin Türk kültürüne yeterince uygun olmaması olabilir. Araştırmalarda kullanılan ölçeklerin bir kültüre tam olarak adapte edilebilmesi önemlidir; çevirileri yapılsa dahi esas amacını adapte edilmeye çalışılan kültüre yansıtamadığı müddetçe yeterince fonksiyonel olarak kullanılamaz (Gjersing ve ark., 2010). Türkiye’deki katılımcı grubu ile farklı ülkelerin katılımcı grupları arasındaki kültür farkı söz konusu olduğundan hipotez ile literatür arasındaki farklılığın sebeplerinden biri bu olabilir (Lee, Hallahan ve Herzog, 1996). Gerek coğrafi konum olarak gerekse ekonomik ve siyasi yaşantıların etkisiyle Türk insanının olayları yorumlama biçimi ve atıfsal yanlılıkları batı kültürleri ile

kıyaslandığında farklılık doğurabilmektedir. Katılımcılar ölçekteki sorulara yabancı hissetmiş ve yorumlamada güçlük çekmiş veya soruların asıl amacını anlamada sıkıntı yaşamış olabilirler.

**Hipotez 4:** *Travma tiplerinin şiddetine göre ZK becerilerinin işlevselliği arasında doğrudan ilişki bulunmaktadır.*

TSSB tanılı deney grubunun ve sağlıklı kontrol grubunun ZK performansları ve kullandıkları atıfsal yanlışlıkların travma tipleri ve TSSB belirtilerinin şiddeti ile doğrusal ilişki Spearman Korelasyon testi ile analiz edilmiştir.

Bulgulara göre yaşanan duygusal istismarın şiddeti arttıkça başka insanların göz ifadelerinden duygu/düşüncelerini tanımlama süresi de artmaktadır. Ayrıca maruz kalınan duygusal istismar kaynaklı travma şiddetinin artması halinde diğerlerinin gözlerinden duygu/düşüncelerinin doğru olarak tanımlanmasının azalmasına işaret etmektedir. Özetle, duygusal istismar ile diğer insanların göz ifadelerinden duygu, düşünce, niyet veya arzularını anlama/anlamlandırma hem normalden daha çok vakit almakta hem de bu zihin durumlarını doğru olacak şekilde tanımlayabilme becerisi azalmaktadır. Bu duruma ek olarak duygusal istismarın şiddetinin yoğun olması halinde bireylerin yapılan imaları fark edebilme ve anlayabilme becerisi azalmaktadır. Duygusal istismara maruz kalan bireylerde ZK performans becerilerinin olumsuz yönde etkilendiği yapılan istatistiksel analizler ile desteklenmiştir. Bu konuda bir bilgiye literatür araştırmasında ulaşamadığından, konuyla ilgili elde edilen ilk bulgudur.

Fiziksel ihmal durumunun şiddetinin artmasıyla diğerlerinin göz ifadelerinden zihin durumlarını anlayabilme süresi de artmaktadır. Ayrıca, fiziksel ihmalin kişideki etkisi ve ruhsal hasarı ne kadar şiddetli ise diğerlerinin zihin durumlarının farkına varma becerisi azalır ve sosyal etkileşim esnasında yapılan imaların ayırt edilememesi hali artmaktadır. Mrizak ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmaya göre, fiziksel ihmale maruz kalmış bireylerin ZK becerilerinde bozulmalar meydana geldiği kaydedilmiştir (Mrizak ve ark., 2016).



Duygusal ihmalin olumsuz etkisinin artması durumunda başka insanların göz ifadelerinden zihin durumlarını tanımlama süresi uzamaktadır. Ayrıca, maruz kalınan duygusal ihmal sonucu ortaya çıkan travmanın yoğunluğunun artması halinde diğerlerinin gözlerinden zihin durumlarını doğru olarak tanımlanmasının azalması halini ortaya çıkarmaktadır. Kısaca, duygusal ihmal ile diğer insanların göz ifadelerinden duygu, düşünce, niyet veya arzularını anlama/anlamlandırma hem normalden daha çok vakit almakta hem de bu zihin durumlarını doğru olacak şekilde tanımlayabilme becerisi azalmaktadır. Ayrıca, duygusal ihmal sonucu ortaya çıkan olumsuz etkinin şiddetinin yoğun olması halinde bireylerin yapılan imaları fark edebilme ve anlayabilme becerisi azalmaktadır. Duygusal ihmale maruz kalan katılımcılarda ZK performans becerilerinin olumsuz yönde etkilendiği yapılan istatistiksel analizler ile desteklenmiştir. Schimmenti'nin yapmış olduğu çalışmaya göre duygusal ihmal ile dissosiasyon doğrudan ZK becerileri ve aleksitimi ile ilişkilidir (Schimmenti, 2017). Ayrıca, Fonagy ve arkadaşlarının (2002) yaptığı bir çalışmada da duygusal ihmal de dahil olmak üzere çocukluk çağı travmalarının diğer insanların zihin durumlarını anlayabilme becerilerinde bozulmaya neden olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Fonagy ve ark., 2002).

Analizlerin neticesine göre cinsel istismarın şiddeti ve sıklığı ile insanların göz ifadelerinden duygu/düşüncelerini tanımlama süresi doğru orantılıdır. Bu durum, maruz kalınan cinsel istismar kaynaklı ortaya çıkan travma belirtilerinin şiddetini artırması halinde diğerlerinin göz ifadelerinden zihin durumlarını anlayabilme becerisinde bozulmaların ortaya çıkabileceğine işaret etmektedir. Özetle, cinsel istismar ile başkalarının göz ifadelerinden duygu, düşünce, niyet veya arzularını anlama/anlamlandırma hem normalden daha çok vakit almakta hem de bu zihin durumlarını doğru olacak şekilde tanımlayabilme becerisi azalmaktadır. Ek olarak, duygusal istismarın şiddetinin yoğun olması halinde bireylerin yapılan imaları fark edebilme ve anlayabilme becerisi azalmaktadır.

Cinsel istismara maruz kalan bireylerde ZK performans becerilerinin olumsuz yönde etkilendiği yapılan istatistiksel analizler ile desteklenmiştir. Nazarov ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada benzer yaş gruplarından çocukluk tacizi anısı bulunan 31 adet TSSB tanılı kadın katılımcı ve 20 adet sağlıklı kadın katılımcının ZK beceri

performansları karşılaştırılmıştır. Çalışmanın neticesinde çocukluk çağı tacizine maruz kalan kadınların ZK becerilerinde bozulmalar olduğu ve özellikle aileleriyle etkileşimlerinin zarar gördüğü sonucuna varılmıştır. Mevcut tez çalışmasında ileri sürülen hipotez ile literatürdeki bulgular uyumludur.

Elde edilen bulgulara göre, travma alt tiplerine göre ZK performans becerileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttur. Literatürde Mrizak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın yanı sıra çeşitli tipte istismara maruz kalan bireylerin ZK beceri performansları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (Shannon, 2015). Cinsel istismar, fiziksel ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismar gibi olumsuz yaşam olayları bireylerde sosyal bilişin bir parçası olan ZK'nın işleyişini olumsuz yönde etkilemekte olduğu söylenebilir ve mevcut bulgular hipotezimizi destekler niteliktedir ve literatürle uyumludur. Ayrıca, bu tip travmatik yaşam olaylarına maruz kalan bireylerin yapılan imaları fark etme, anlama ve doğru şekilde yorumlama kabiliyetlerinde de bozulmalar meydana geldiği görülmektedir. Tüm bu veriler ışığında TSSB tanısı almış olan bireylerde, farklı travma tiplerine göre ZK becerilerinde bozulmalar meydana geldiğini gözlemlenmiştir ve hipotezimizle ve literatürle uyumlu bulgular kaydedilmiştir.

**Hipotez 5:** *TSSB'nin şiddeti ile ZK becerilerinin işleyişi arasında doğrudan bir ilişki vardır.*

TSSB tanısı almış olan bireylerde karşısındaki diğer bireylerin zihin durumlarını gözlemlenmeden okuyabilme becerisi bozulmaktadır ve bu bozulmanın şiddeti ile TSSB'nin şiddeti doğru orantılıdır. Ayrıca, TSSB'nin şiddeti arttıkça konuşma içindeki imaları anlamak güçleşmektedir. Özetle, TSSB şiddeti fazla olan katılımcıların ZK becerilerinde bozulmalar meydana geldiği kaydedildi.

TSSB belirtilerinden biri olan yeniden yaşatılama belirtilerinin şiddetlenmesiyle zihin durumlarını algılama süresi uzamakta ve göz ifadelerinde zihin durumlarını isabetli olarak anlayabilme yetisi bozulmaktadır. TSSB'ye bağlı olarak travmatik olayı yeniden yaşatılama belirtilerinin şiddetinin yoğunlaşmasıyla bireylerin konuşma

içinde yapılan imaları algılama becerileri zayıflamaktadır. Yeniden yaşantılama belirtilerinin sıkça yaşanması ve şiddetlenmesi neticesinde gözlerden zihin okuma becerisi ve imaları anlama becerisi olumsuz etkilenmektedir.

TSSB'nin yol açtığı kaçınma belirtisinin sıklığı ve şiddetinin artmasıyla bireylerin gözlerden zihin durumlarını fark edebilme süresi uzamakta ve isabetli zihin durumlarını seçebilme kabiliyetleri zayıflamaktadır. Ayrıca, TSSB sonucu bireylerde görülen kaçınma belirtilerinin şiddetinin artmasıyla, gözlerden zihin durumlarını okuma süresi, gözlerden zihin durumlarını doğru olarak anlayabilme becerisi ve yapılan imaların anlaşılması gibi ZK'nın temel becerilerinde bozulmalar olmaktadır.

TSSB'nin sebep olduğu "artmış uyarılmışlık" belirtisinin sıklığı ve şiddetinin artmasıyla bireylerin gözlerden zihin durumlarını ayırt edebilme süresi uzamakta ve isabetli zihin durumlarını seçebilme becerileri zayıflamaktadır. Ek olarak, TSSB sonucu bireylerde ortaya çıkan artmış uyarılmışlık belirtilerinin şiddetinin artmasıyla, gözlerden zihin durumlarını okuma süresi, gözlerden zihin durumlarını doğru olarak anlayabilme becerisi ve yapılan imaların anlaşılması gibi ZK'nın temel becerilerinde bozulmalara yol açmaktadır.

TSSB'nin alt ölçeklerinden olan "ilişkili özellikler" alt ölçeğine mevcut olan şiddetinin artmasıyla bireylerin gözlerden zihin durumlarını ayırt edebilme süresi uzamakta ve isabetli zihin durumlarını seçebilme becerileri zayıflamaktadır. TSSB sonucu bireylerde ortaya çıkan ilişkili özellikler belirtilerinin şiddetinin artmasıyla, gözlerden zihin durumlarını okuma süresi, gözlerden zihin durumlarını doğru olarak anlayabilme becerisi ve yapılan imaların anlaşılması gibi ZK'nın önemli becerilerinde zayıflamaya yol açmaktadır.

TSSB tanısı almış deney grubu ve sağlıklı kontrol grubundan oluşan katılımcı grubunda TSSB'nin şiddeti, TSSB belirtilerinin şiddeti ve katılımcıların ZK testlerindeki beceri performansları arasındaki korelasyona bakılmıştır. TSSB'nin bilişsel bozulmalara sebebiyet verdiği literatür tarafından desteklenmektedir (Daniels ve ark., 2011). Lysaker ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada TSSB tanısı almış bireylerin meta-bilişsel işlevlerinde bozulmalar olduğu ve duygu tanımada zorlandıkları bulunmuştur; duygusal stres, aşırı uyarılmışlık ve kaçınma belirtileri ile

meta-bilişsel işlevlerin kullanılabilmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki oluşu kaydedilmiştir (Lysaker ve ark., 2015). Spearman Korelasyon analizi kullanılarak elde ettiğimiz bulgulara göre, TSSB'nin ve TSSB belirtilerinin sıklığının ve şiddetinin yoğunlaşması sonucunda ZK beceri performanslarında bozulma meydana geldiği çıkarımı yapılabilmekte ve hipotezimiz desteklenmektedir. TSSB şiddeti ve ZK beceri performansı arasındaki ilişkinin incelenmesi konusunda direkt bir bilgiye literatür araştırmasında ulaşılamadığından, mevcut tez çalışmasında elde edilen netice konuyla ilgili elde edilen ilk bulgudur.

**Hipotez 6:** *Travma tiplerinin şiddeti ile katılımcıların atıfsal yanlılıkları kullanımı arasında doğrudan bir ilişki vardır.*

Travma alt tiplerine göre bireylerin atıf stilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı doğrusal bir ilişki olup olmadığı Spearman Korelasyon analizi ile incelenmiştir. Mevcut çalışmada üç adet atıfsal yanlılık hesaplanmıştır, bunlar; *dışsallaştırma yanlılığı, negatif durumlarda yapılan içselleştirme yanlılığı ve pozitif durumlarda yapılan içselleştirme yanlılığıdır*. Söz konusu olan atıfsal yanlılıklar ile *duygusal istismar, fiziksel ihmal, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar* travmalarıyla aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığı analiz edilmiştir.

Cinsel istismar sonucu meydana gelen travmanın bireydeki şiddetinin artmasıyla kişilerin olumsuz bir yaşam olayı neticesinde kendilerini suçlamalar ve olumsuz durumdan kendilerini sorumlu tutmaları beklenmektedir. Yapılan diğer çalışmalar atıf stillerinin spesifik boyutları ve TSSB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu desteklemektedir. Runyon ve Kenny (2002) çocukken cinsel istismara maruz kalmış TSSB tanılı bireylerin cinsel istismara maruz kalmış TSSB tanılı bireylere göre olumsuz yaşam olaylarına karşı daha çok içsel atıf stillerini kullandığı bulunmuştur; bu durumda literatür ile hipotez uyumludur.

Diğer değişkenler olan duygusal istismar, fiziksel ihmal, fiziksel istismar, ve duygusal ihmal ile söz konusu atıfsal yanlılıklar arasında istatistiksel olarak istatistiksel olarak anlamlı korelasyon mevcut değildir. Literatürde travma tiplerine göre yapılan atıf stillerinin travma tiplerine göre farklılaştığı bilgisi bulunmaktadır. Travmatik

olayların bireyler için arz ettiği önem ile yapılan atıf stilleri birbiri ile bağlantılıdır (Reiland, 2006). Bu bakımdan tüm travma tipleri ile atıfsal yanlılıklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamış olma ihtimali bulunmaktadır.

Tüm atıfsal yanlılıklar ve travma tipleri arasında doğrudan bir korelasyon yoktur, fakat cinsel istismar şiddeti ile negatif durumlarda içselleştirme yanlılığı yapma arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır.

**Hipotez 7:** *TSSB ve TSSB belirtilerinin şiddeti ile yapılan atıfsal yanlılıklar arasında doğrudan bir ilişkinin varlığı söz konusu olabilir.*

TSSB tanısı konurken varlığının önem teşkil ettiği *travmatik olayın yeniden yaşantılanması* haliyle *dışsallaştırma yanlılığı* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre, TSSB şiddetinin artmasıyla bireyler yaşanan olayları içselleştirmeye daha meyilli oldukları anlaşılmaktadır. Ayrıca, TSSB'nin yeniden yaşantılama belirtilerinin şiddetini artırmasıyla bireyler olayların sebep-sonuç ilişkilerini daha çok içselleştirme eğilimi göstermektedirler. Suç mağdurları ile yapılan bir çalışmaya göre *içsel-genel-değişmez* atıfsal yüklemesi ile TSSB'nin istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Falsetti ve Resick 1995). Atıfsal yüklemelerden *içsel-genel-değişmez* ile TSSB semptomolojisinin şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu Reiland'ın yapmış olduğu çalışmada da mevcuttur (Reiland, 2006). Söz konusu hipotez ile literatür birbiriyle uyumludur.

## BEŞİNCİ BÖLÜM- SONUÇ

### 5.1. SONUÇ

Mevcut tez çalışması ile TSSB'nin ZK beceri performansı üzerindeki etkisini ve aralarında bir ilişkinin olup olmadığı, farklı travma tiplerinin ZK beceri performansı üzerindeki etkisini ve ilişkisini, farklı travma tipleri TSSB şiddetinin atıfsal yanlılıklar üzerinde ne gibi bir etkisi olduğunu ve farklı travma tipleri ile yapılan atıfsal yanlılıklar arasında bir ilişki olup olmadığına dair bilgiler sağlanmıştır.

Mevcut tez çalışmasında TSSB tanılı deney grubu ile sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubu kıyaslandığında TSSB'nin ZK beceri performansını olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. Travma tiplerine göre deney ve kontrol grupları arasında ZK beceri performansları kıyaslandığında duygusal istismar, fiziksel ihmal, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar travmalarının her birine maruz kalınması halinde ZK beceri performansının olumsuz etkilendiği kaydedilmiştir. Ayrıca TSSB'nin ve TSSB belirtilerinin katılımcılardaki şiddetinin ZK performansları arasında doğrudan ilişki olduğu tespit edilmiştir. Başka bir deyişle TSSB tanısı almış bireyler gerek genel TSSB'nin ve TSSB belirtilerinin şiddetinin gerek farklı travma tiplerinin varlığının ve şiddetinin bireylerin sosyal biliş becerilerini (sosyal etkileşim esnasında diğer insanların duygu, düşünce, davranış, inanç ve isteklerinin yordanması, yapılan ima/ironilerin anlaşılması ve karşdakinin zihin durumlarını kavrayarak uygun tavır takınabilme) olumsuz yönde etkilemekte olduğu kaydedilmiştir.

Mevcut çalışmada literatürün bir kısmıyla uyumlu olarak, deney ve kontrol gruplarının atıfsal yanlılıkları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Diğer yandan TSSB'nin ve TSSB'nin belirtilerinden biri olan yeniden yaşantılama halinin şiddet ve sıklıklarının artması halinde bireylerin yaşanan olayları dışsallaştırmada zorlandığı saptanmıştır. Travmanın farklı tiplerine göre incelendiğinde ise, cinsel istismara maruz kalmış bireylerin durumları dışsallaştırmadan uzak durduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, travma tiplerinden cinsel istismara maruz kalan kişilerin negatif durumlarda daha çok içselleştirme atıf stiline başvurduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Çalışmanın kısıtlılıklarından biri örneklemin yeterince büyük olmaması gösterilebilir. Çalışmada kullanılan ölçeklerin tüm katılımcılara aynı psikolog tarafından uygulanması ve çalışmanın tek kör olarak yürütülüp çift-kör olarak yürütülmemesi çalışmanın yansızlığını azaltan faktörlerdir. Bir diğer eksiklik olarak da, ölçek uygulanan katılımcılara takip seansı uygulanamamış olması dolayısıyla TSSB tanısı almış bireylerin ZK beceri performansları ve atıfsal yanlılıkları konusunda bir değişme olup olmadığı bilinmemektedir.

Literatürde gölgede kalmış bir konu olan TSSB ve ZK kavramlarının ilişkisini detaylı olarak inceleyen ve TSSB ile atıfsal yanlılıkları da beraberinde inceleyen bir konu olması mevcut çalışmanın güçlü yanlarından biridir. TSSB'nin patogenezinin daha iyi açıklanması ve TSSB'nin tedavi aşaması için daha faydalı tedavi seçeneklerinin oluşturulabilmesi açısından mevcut çalışma önem teşkil etmektedir. Diğer yandan çalışmanın travma tiplerine göre ZK becerilerini ve atıfsal yanlılıkları incelemesi çalışmanın güçlü yönlerinden biridir. Gerek TSSB tanılı deney grubunun gerek sağlıklı kontrol grubunun katılımcıları randomize olarak seçilmiştir.

Gelecekte yapılacak çalışmalar için örneklemin genişletilmesi ve ZK beceri performansının daha iyi ölçmek adına farklı ölçeklerin eklenmesi önerilmektedir. Çalışmanın çift yönlü olarak yürütülmesi ve katılımcılara takip seansı yapılması önerilmektedir. Atıfsal yanlılıkların değerlendirilmesinde Türk kültürüne iyi adapte edilmiş bir ölçeğin kullanılması faydalı olabilir.

Bu çalışmadan yola çıkarak TSSB olgularının tedavi sürecinde kognitif becerileri ve ZK becerilerini arttıracak ZK teknikleri ve alıştırma yöntemleri eklenebilir. Çalışmamız TSSB olgularında diğer insanların zihin durumlarını anlamlandırma ve yapılan imaları tespit etme konusunda yetersizlik olduğunu gösteriyor. Bu hastaların gündelik hayatta, sosyal ve akademik alanlarda iletişim kurmada zorluk, niyetleri, istek ve imaları anlamada güçlük yaşayabileceğini düşündürüyor. Bu zorlukları aşabilmeleri için ZK becerilerini arttıracak zihin durumlarının okuma alıştırmaları, kendilerini ifade etme ve başkalarının ifadelerini anlamlandırmak için çeşitli terapi ekollerinin uygulanması yerinde olacaktır. TSSB olgularının bilişsel yeniden yapılandırmayı sağlayan psikoterapi ve bilişsel rehabilitasyon yöntemlerinden fayda sağlamaları beklenebilir. Kendinin ve ötekinin duygularının farkındalığını arttırmaya

yönelik terapi teknikleri tedavinin bir parçası olmalıdır. TSSB olgularının sosyal etkileşim becerilerini arttırabilmek için grup terapilerinin tedaviye dahil edilmesi iyileşmeyi hızlandırabilir. Bu tez bulgularından yola çıkarak TSSB takip ve tedavi sürecinde sadece travmatik olaya değil, bu olayın yol açtığı ya da TSSB gelişimini kolaylaştırmış olan bilişsel ve duygusal beceri eksikliklerinin de hedeflenmesi gerektiği açıktır.



## KAYNAKÇA

1. Aker A.T., Özeren M., Başoğlu M., Kaptanoğlu C., Erol A., Buran B. (1999). Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (TSSB-Ö)- Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. 10: 286-293
2. Aksoy, M., Özkorumak, E., Bahadır, S., Yaylı, S., & Arıca, D. A. (2012). Seboreik Dermatit Hastalarında Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. *Turkderm*, 46(1), 39-43. doi:10.4274/turkderm.83792
3. Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Rose, D. T., Robinson, M. S., et al. (2000). The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression Project: Lifetime history of Axis I psychopathology in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 403-418.
4. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association
5. Ahrens, A., & Haaga, D. F. (1993). The specificity of attributional style and expectations to positive and negative affectivity, depression, and anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 83-98.  
<http://dx.doi.org/10.1007/bf01172742>
6. Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Rose, D. T., Robinson, M. S., Kim, R. S., & Lapkin, J. (2000). The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression Project: Lifetime history of Axis I psychopathology in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 403-418.
7. Ayala, F. J. (2010). The difference of being human: Morality. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(Supplement 2), 9015-9022.  
doi:10.1073/pnas.0914616107

8. Bach L., Happé F., Fleminger S., Powell J.: Theory of mind: independence of executive function and the role of the frontal cortex in acquired brain injury. *Cogn Neuropsychiatry* (2000); 5, 175-92.
9. Barriga, A. Q., Hawkins, M. A., & Camelia, C. (2008). Specificity of cognitive distortions to antisocial behaviours. *Criminal Behavior and Mental Health*, 18, 104–116.
10. Baron-Cohen S., Leslie A.M., Frith U.: Does the autistic child have a 'theory of mind'?. *Cognition* (1985); 21, 37-46
11. Berry, K., Bucci, S., Kinderman, P., Emsley, R., & Corcoran, R. (2015). An investigation of attributional style, theory of mind and executive functioning in acute paranoia and remission. *Psychiatry Research*, 226(1), 84-90.  
doi:10.1016/j.psychres.2014.12.009
12. Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Klauminzer, G., Charney, D. S., & Keane, T. M. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *Behavior Therapist*, 13, 187-188.
13. Bora E., Vahip S., Gönül A.S., Akdeniz F., Alkan M., Ögüt M., Eryavuz A.: Evidence for theory of mind deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *ACTA Psychiatr Scand* (2005); 112, 110–116.
14. Brüne, M. (2005). "Theory of mind" in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 31(1), 21-42.
15. Brüne, M., & Brüne-Cohrs, U. (2006). Theory of mind—evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(4), 437-455. doi:10.1016/j.neubiorev.2005.08.001

16. Brunet E., Sarfati Y., Hardy-Baylè M.C., Decety J.: A PET investigation of the attribution of intentions with a nonverbal task. *NeuroImage* (2000); 11, 157–166.
17. Cook, J. M., Riggs, D. S., Thompson, R., Coyne, J. C., & Sheikh, J. I. (2004). Posttraumatic stress disorder and current relationship functioning among World War II ex-prisoners of war. *Journal of Family Psychology*, 18, 36–45.
18. Daniels, J. K., Hegadoren, K., Coupland, N. J., Rowe, B. H., Neufeld, R. W., & Lanius, R. A. (2011). Cognitive distortions in an acutely traumatized sample: an investigation of predictive power and neural correlates. *Psychological Medicine*, 41(10), 2149-2157.  
doi:10.1017/s0033291711000237
19. Değirmencioglu B., (2008), “İLK KEZ GELİŞTİRİLECEK OLAN DOKUZ EYLÜL ZİHİN TEORİSİ ÖLÇEĞİNİN (DEZTÖ) GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI”, *Yüksek Lisans Tezi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
20. DePrince, A. P. (2005). Social cognition and revictimization risk. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6(1), 125–141.
21. Doody G.A., Götz M., Johnstone E.C., Frith C.D., Cunningham Owens D.G.: Theory of mind and psychoses. *Psychol. Med.* (1998); 28, 397–405.
22. Dunbar R.I.M. Co-evolution of neocortical size, group-size and language in humans. *Behavioral and Brain Sciences* 1993;16:681–94.
23. Falsetti, S. A., & Resnick, P. A. (1995). Causal attributions, depression, and post-traumatic stress disorder in victims of crime. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1027–1042.

24. Fletcher P.C., Happé F., Frith U., Baker S.C., Dolan R.J., Frackowiak R.S.J., Frith C.D.: Other minds in the brain: A functional imaging study of “theory of mind” in story comprehension. *Cognition* (1995); 57, 109–128. (özet).
25. Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
26. Frith C.D., Frith U. In: Bebbington P. (Ed.): *Elective affinities in schizophrenia and childhood autism. Social Psychiatry: Theory, Methodology and Practice*. Transactions, New Brunswick, NJ. (1988) □
27. Gallagher H.L., Happé F., Brunswick N., Fletcher P.C., Frith U., Frith C.D.: Reading the mind in cartoons and stories: an fMRI study of ‘theory of mind’ in verbal and nonverbal tasks. *Neuropsychologia* (2000); 38, 11–21.
28. Gallagher H.L., Frith C.D.: Functional imaging of “theory of mind.” *Trends in Cognitive Sciences* (2003); 7, 77–83.
29. Gjersing, Linn, John RM Caplehorn, and Thomas Clausen. "Cross-Cultural Adaptation Of Research Instruments: Language, Setting, Time And Statistical Considerations". *BMC Medical Research Methodology* 10.1 (2010): n. pag. Web.
30. Gray, M. J., Pumphrey, J. E., & Lombardo, T. W. (2003). The relationship between dispositional pessimistic attributional style versus trauma-specific attributions and PTSD symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 289–303.
31. Greening, L., Stoppelbein, L., & Docter, R. (2003). The mediating effects of attributional style and event-specific attributions on postdisaster adjustment. *Cognitive Therapy & Research*, 26, 261-274.
32. Haas, S. M., Waschbusch, D. A., King, S., & Walsh, T. M. (2014). Examining the Role of Callous-Unemotional Traits in the Attributional Styles and Self Competence Evaluations of Children with Conduct Problems and ADHD.

Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 37(2), 196-206.  
doi:10.1007/s10862-014-9459-5

33. Hardy-Bayle', M.C., 1994. Organisation de l'action, phenomenes deconscience et representation mentale de l'action chez des schizophrens. Actual. Psychiat. 20, 393-400.
34. Harrington L., Siegert R.J., McClure J.: Theory of mind in schizophrenia: A critical review. Cognitive Neuropsychiatry (2005); 10, 249-286.
35. Heider F (1958) The Psychology of Interpersonal Relations. New York: Wiley.
36. 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(1), 21-36. doi:10.1007/bf01178487
37. Hiatt, L. M., & Trafton, J. (2010). A Cognitive Model of Theory of Mind - cs.cmu.edu. Retrieved February 20, 2017, from [http://www.bing.com/cr?IG=6CBD3AECFCDA425FA304FD0B70885266&CID=05007B076F6461E03C3571286E556095&rd=1&h=UNzUVZYuaEXh35SmaS74tt9JlCKlr6vmB3L09mpOBN0&v=1&r=http%3a%2f%2fwww.cs.cmu.edu%2f%7elahiatt%2fpubs%2fhiatt\\_iccm10.pdf&p=DevEx,5060.1](http://www.bing.com/cr?IG=6CBD3AECFCDA425FA304FD0B70885266&CID=05007B076F6461E03C3571286E556095&rd=1&h=UNzUVZYuaEXh35SmaS74tt9JlCKlr6vmB3L09mpOBN0&v=1&r=http%3a%2f%2fwww.cs.cmu.edu%2f%7elahiatt%2fpubs%2fhiatt_iccm10.pdf&p=DevEx,5060.1)
38. Ho, S., Rajandram, R. K., Chan, N., Samman, N., Mcgrath, C., & Zwahlen, R. A. (2011). The roles of hope and optimism on posttraumatic growth in oral cavity cancer patients. Oral Oncology, 47(2), 121-124.  
doi:10.1016/j.oraloncology.2010.11.015
39. Ho, S. M., Chu, K. W., & Yiu, J. (2008). The Relationship between Explanatory Style and Posttraumatic Growth after Bereavement in a Non-Clinical Sample. Death Studies, 32(5), 461-478.  
doi:10.1080/07481180801974760

40. Hughes, C., & Leekam, S. (2004). What are the Links Between Theory of Mind and Social Relations? Review, Reflections and New Directions for Studies of Typical and Atypical Development. *Social Development*, 13(4), 590-619. doi:10.1111/j.1467-9507.2004.00285.x
41. Joseph, S., Yule, W., & Williams, R. (1993). Post-traumatic stress: Attributional aspects. *Journal of Traumatic Stress*, 6(4), 501-513. doi:10.1002/jts.2490060407
42. Kaysili, K., & Bahar, B. (2014). Zihin kuramı ve dil arasındaki ilişki: bir derleme. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 15(2), 81-93. doi:10.1501/ozlegt\_0000000200
43. Kerr N., Dunbar R.I.M., Bentall R.P.: Theory of mind in bipolar affective disorder. *J. Affect. Disord.* (2003); 73, 253–259.
44. Kumazaki, T. (2016). Theory of mind and Verstehen (understanding) methodology. *History of Psychiatry*, 27(3), 253-267. doi:10.1177/0957154x16650791
45. Kushner, M. G., Riggs, D. S., Foa, E. B., & Miller, S. M. (1992). Perceived controllability and the development of posttraumatic stress disorder (PTSD) in crime victims. *Behavioral Research and Therapy*, 31, 105–110.
46. Langdon R., Coltheart M.: Visual perspective taking and scizotypy: evidence for a simulation-based account of mentalizing in normal adults. *Cognition* (2001); 82, 1–10.
47. Langdon R., Coltheart M.: Mentalising, schizotypy, and schizophrenia. *Cognition* (1999); 71, 43–71.

48. Lau, J. Y. F., Rijdsdijk, F., & Eley, T. C. (2006). I think, therefore I am: A twin study of attributional style in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 696–703.
49. Lee, F., Hallahan, M., & Herzog, T. (1996). Explaining Real-Life Events: How Culture and Domain Shape Attributions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(7), 732-741. doi:10.1177/0146167296227007
50. Martin-Krumm, C. P., Sarrazin, P. G., Peterson, C., & Famose, J.-P. (2003). Explanatory style and resilience after sports failure. *Personality and Individual Differences*, 35, 1685–1695. [http://dx.doi.org/10.1016/s0191-8869\(02\)00390-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0191-8869(02)00390-2)
51. Mazza M., De Risio A., Surian L., Roncone R., Casacchia M.: Selective impairments of theory of mind in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research* (2001); 47, 299–308.
52. McCormick, R. A., Taber, J. I., & Kruegelbach, N. (1989). The relationship between attributional style and post-traumatic stress disorder in addicted patients. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 477-487.
53. McKeever, V. M., & Huff, M. E. (2003). A diathesis–stress model of posttraumatic stress disorder: ecological, biological, and residual stress pathways. *Review of General Psychology*, 7, 237–250
54. Mehl, S., Landsberg, M. W., Schmidt, A., Cabanis, M., Bechdorf, A., Herrlich, J., . . . Wagner, M. (2014). Why Do Bad Things Happen to Me? Attributional Style, Depressed Mood, and Persecutory Delusions in Patients With Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 40(6), 1338-1346. doi:10.1093/schbul/sbu040
55. Meijering, B., Rijn, H. V., Taatgen, N. A., & Verbrugge, R. (2012). What Eye Movements Can Tell about Theory of Mind in a Strategic Game. *PLoS ONE*, 7(9). doi:10.1371/journal.pone.0045961

56. Mikulincer, M., & Solomon, Z. (1988). Attributional style and combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 97*, 308–313.
57. Mikulincer, M., & Solomon, Z. (1989). Causal attribution, coping strategies, and combat-related post-traumatic stress disorder. *European Journal of Personality, 3*, 269–284.
58. Mizrahi, R., Addington, J., Remington, G., & Kapur, S. (2008). Attribution style as a factor in psychosis and symptom resolution. *Schizophrenia Research, 104*(1-3), 220-227. doi:10.1016/j.schres.2008.05.003
59. Monetta, L., Grindrod, C. M., & Pell, M. D. (2009). Irony comprehension and theory of mind deficits in patients with Parkinson's disease. *Cortex, 45*(8), 972-981. doi:10.1016/j.cortex.2009.02.021
60. Moran, J. M. (2013). Lifespan development: The effects of typical aging on theory of mind. *Behavioural Brain Research, 237*, 32-40. doi:10.1016/j.bbr.2012.09.020
61. Mrizak, J., Trabelsi, R., Arous, A., Aissa, A., Ammar, H. B., & Hechmi, Z. E. (2016). The relationship between childhood trauma and theory of mind in schizophrenia. *European Psychiatry, 33*. doi:10.1016/j.eurpsy.2016.01.660
62. Nietlisbach, G., & Maercker, A. (2009). Social Cognition and Interpersonal Impairments in Trauma Survivors with PTSD. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 18*(4), 382-402. doi:10.1080/10926770902881489
63. Obiols JE and Berrios GE (2009) The historical roots of Theory of Mind: the work of James Mark Baldwin. *History of Psychiatry 20*(3): 377–392.
64. Park, K., Kim, J., Ku, J., Kim, S. Y., Lee, H. R., Kim, S. I., & Yoon, K. (2009). Neural basis of attributional style in schizophrenia. *Neuroscience Letters, 459*(1), 35-40. doi:10.1016/j.neulet.2009.04.059



65. Plana, I., Lavoie, M., Battaglia, M., & Achim, A. M. (2014). A meta-analysis and scoping review of social cognition performance in social phobia, posttraumatic stress disorder and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 169-177. doi:10.1016/j.janxdis.2013.09.005
66. Peterson, C., Buchanan, G., & Seligman, M. (1995). *Explanatory Style: History and Evolution of the Field*. Lawrence Erlbaum Associates. doi:10.4324/9781315827537
67. Reiland, S. A., Lauterbach, D., Harrington, E. F., & Palmieri, P. A. (2014). Relationships among Dispositional Attributional Style, Trauma-Specific Attributions, and PTSD Symptoms. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23(8), 823-841. doi:10.1080/10926771.2014.941083
68. Rowe A.D., Bullock P.R., Polkey C.E., Morris R.G.: Theory of mind impairments and their relationship to executive functioning following frontal lobe excisions. *Brain* (2001); 124, 600–616.
69. Rubenstein, L. M., Freed, R. D., Shapero, B. G., Fauber, R. L., & Alloy, L. B. (2016). Cognitive attributions in depression: Bridging the gap between research and clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(2), 103-115. doi:10.1037/int0000030
70. Sanjuan, P., Perez, A., Rueda, B., & Ruiz, A'. (2008). Interactive effects of attributional styles for positive and negative events on psychological distress. *Personality and Individual Differences*, 45, 187–190. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2008.03.004>
71. Sayin, A., Oral, N., Utku, Ç, Baysak, E., & Candansayar, S. (2010). Theory of mind in obsessive-compulsive disorder: Comparison with healthy controls. *European Psychiatry*, 25(2), 116-122. doi:10.1016/j.eurpsy.2009.09.002

72. Schimmenti, A. (2017). The developmental roots of dissociation: A multiple mediation analysis. *Psychoanalytic Psychology*, 34, 96–105.  
<http://dx.doi.org/10.1037/pap0000084>
73. Schoenherr, S. J., Brown, R. T., Baldwin, K., & Kaslow, N. J. (1992). Attributional Styles and Psychopathology in Pediatric Chronic -Illness. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(4), 380-387.  
doi:10.1207/s15374424jccp2104\_8
74. Seligman, M. E., Abramson, L. Y., Semmel, A., & von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242–247.
75. Shamay-Tsoory S.G., Tomer R., Aharon-Peretz J.: The Neuroanatomical Basis of Understanding Sarcasm and Its Relationship to Social Cognition. *Neuropsychology* (2005); 19(3), 288–300.
76. Shannon, C. "Associations Between Types Of Abuse And Theory Of Mind Impairments - Health Research Authority". Health Research Authority. N.p., 2015. Web. 1 May 2017.
77. Singer T.: The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: Review of literature and implications for future research. *Neurosci Biobehav Rev.* (2006); 30, 855-863.
78. Stone V.E., Baron-Cohen S., Knight R.T.: Frontal lobe contributions to theory of mind. *J. Cognit. Neurosci* (1998); 10, 640–656.
79. Stuss D., Gallup G.G., Alexander M.P.: The frontal lobes are necessary for 'theory of mind'. *Brain* (2001); 124, 279–86.
80. Tager-Flusberg, H. (2000). A componential view of theory of mind: evidence from Williams syndrome. *Cognition*, 76(1), 59-90. doi:10.1016/s0010-0277(00)00069-x

81. Völlm B.A., Taylor A.N.W., Richardson P., Corcoran R., Stirling J., McKie S., Deakin J.F.W., Elliott R.: Neuronal correlates of theory of mind and empathy: a functional magnetic resonance imaging study in a nonverbal task. *Neuroimage* (2006); 29, 90–8.
82. Wellman H M., Cross D., Watson J.: Meta-analysis of theory-of-mind development: The truth about false belief. *Child Development* (2001); 72, 655–684. □
83. Weiner, B. (1991). An Attributional Look at Explanatory Style. *Psychological Inquiry*, 2(1), 43-44. doi:10.1207/s15327965pli0201\_12
84. Wimmer H., Perner J.: Beliefs about beliefs: representation and constraining function of wrong beliefs in young children’s understanding of deception. *Cognition* (1983); 13, 103–128.
85. Taylor, S. E., Peplau, L. A. ve Sears, D. O. (2007). Sosyal Psikoloji. (Çev. Dönmez, A.). İstanbul: İmge Kitabevi. (Özgün Çalışma, 2003).
86. Thiébaud, F. I., White, S. J., Walsh, A., Klargaard, S. K., Wu, H., Rees, G., & Burgess, P. W. (2015). Does Faux Pas Detection in Adult Autism Reflect Differences in Social Cognition or Decision-Making Abilities? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(1), 103-112. doi:10.1007/s10803-015-2551-1
87. Youmans G.L.: Theory of Mind in Individuals with Alzheimer-Type Dementia Profiles. Department of Communication Disorders, Degree of Doctor of Philosophy. The Florida State University College of Communication. (2004)



## **ÖZGEÇMİŞ**

### **Kişisel Bilgiler**

**Ad-Soyad:** Fatma Dilara ALTUNBAŞ

**Medeni Durumu :** Evli

**Uyruk :** Türkiye Cumhuriyeti

**Doğum Tarihi :** 09.03.1991

**Sürücü Belgesi :** B

### **Eğitim durumu**

**Üniversite (Yüksek Lisans)/ 2015-2017:** Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji

**Üniversite (Lisans)/ 09.2010-06.2015:** İstanbul Şehir Üniversitesi - (Örgün Öğretim), İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Psikoloji (İngilizce)

### **Yabancı Dil (ler) ve düzeyi**

	<b>Okuma</b>	<b>Yazma</b>	<b>Konuşma</b>
<b>Türkçe</b>	İleri	İleri	İleri
<b>İngilizce</b>	İleri	İleri	İleri
<b>Almanca</b>	Temel	Temel	Temel
<b>İspanyolca</b>	Başlangıç	Başlangıç	Başlangıç

**IELTS-** 6,5

### **İş Deneyimi**

**Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi (2014-2017)- Stajyer**  
Psikolog

**Ulusal ve Uluslararası Kongrelerde Yayımlanan Bildiriler**

- EMDR'ın Zihin Kuramı Becerilerine Etkisi: İki Olgu, 21. Klinik Eğitim Sempozyumu, Antalya-Türkiye, 19-22 Nisan 2017
- A Case Series: Efficacy of Short Term EMDR on Patients with Persistent Complex Bereavement Disorder (PCBD), 25th European Congress of Psychiatry (EPA 2017), Floransa-İtalya, 1-4 Nisan 2017
- A Case Study: Effects of EMDR Therapy on a Patient with Persistent Complex Bereavement Disorder (PCBD), 25th European Congress of Psychiatry (EPA 2017), Floransa-İtalya, 1-4 Nisan 2017
- EMDR Therapy on Trauma-Based Restrictive Eating Cases, 25th European Congress of Psychiatry (EPA 2017), Floransa-İtalya, 1-4 Nisan 2017
- A Case Study: Treatment of Prolonged Grief Disorder (PGD) with EMDR Therapy, İstanbul Çocuk ve Erişkin Psikiyatri Kongresi (ICCAP), İstanbul-Türkiye, 23-25 Eylül 2016
- A Case Study on Effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy for Selective Eating Disorder (SED), International Psychology Congress (ICP 2016), Yokohama-Japonya, 24-29 Temmuz 2016
- Positive Psychology in the Secondary School; A School-Based Interventions to Promote Well-Being, 8th European Congress of Positive Psychology, Angers-Fransa, 28 Haziran-1 Temmuz 2016

- EMDR Terapisi ile Tedavi Edilen Komplike Yas Bozukug^u (KYB) Olgusu, TPD 20. Klinik Eğitim Sempozyumu, İzmir-Türkiye, 4-7 Mayıs 2016
- A case study of a patient with Bathmophobia treated with EMDR therapy, 8. Uluslararası Psikofarmakoloji Kongresi, Antalya-Türkiye, 20-24 Nisan 2016
- Schizophrenia and EMDR: A Case Report, 8. Uluslararası Psikofarmakoloji Kongresi, Antalya-Türkiye, 20-24 Nisan 2016
- A Case Study: Effects of EMDR Therapy on a Patient with Persistent Complex Bereavement Disorder (PCBD), World Psychiatry Association International Congress (WPA 2016), İstanbul-Türkiye, 6-10 Temmuz 2016 (kabul edildi, kongre iptal edildi)
- EMDR Therapy on Trauma-Based Restrictive Eating Cases, World Psychiatry Association International Congress (WPA 2016), İstanbul-Türkiye, 6-10 Temmuz 2016 (kabul edildi, kongre iptal edildi)
- 22nd International Congress- International Association for Cross-Cultural Psychology (IACCP), Reims-France, 15-19 Temmuz 2014 (Poster Sunumu)

### **Bilimsel yayınlar ve çalışmalar**

#### **➤ Ulusal Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler**

Yaşar A.B., Usta F.D., Kavakçı Ö., Çelik Ç., Abamor A.E., (2016) Eşini İntihar Etmiş Bulan Hastanın Sıkıntısının Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme Yöntemi ile Tedavisi: Olgu Sunumu, EMDR Türkiye e-bülteni

Yaşar A.B., Altunbaş F.D., Abamor A.E., Zengin Eroğlu M. , Çelik Yaşar Ç.. Treatment refractory or trauma overlooked? A case of EMDR responsive late onset PTSD. J Clin Psy. 2017; 20(1): 66-69

➤ **Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler**

Yasar A.B., **Altunbas F.D.**, Kavakci O., Konuk E., (2017) Traumatic Brain Injury (TBI) and Concentrated Eye movement desensitization and reprocessing(EMDR): A Case Study, (hakem değerlendirme sürecinde)

Yasar A.B., **Altunbas F.D.**, Abamor A.E., Erdogan Taycan S., Kaya B. (2017) Two Cases of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): Effectiveness of EMDR and CBT Combination on Eating Disorders (ED), (Hakem değerlendirme sürecinde)

Oksuz N.C., **Altunbas F.D.**, (2017) Building Resilience and Emotional Wellbeing in Children: Positive Psychology and Mindfulness Interventions in Turkey (Hakem değerlendirme sürecinde)

Yaşar A.B., Kiraz S., **Usta F.D.**, Abamor A.E., Zengin Eroğlu M., Kavakçı Ö., (2017), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy on a Patient with Schizophrenia: A Case Study of the Clinical Effects. Turkish Journal of Psychiatry.