



T.C.  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ

SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU İLE PANİK BOZUKLUK TANILI  
HASTALARDA BEDEN İMAJİ, BAŞ ETME STRATEJİLERİ VE YAŞAM  
KALİTESİNİN İNCELENMESİ

**Dr. Yiğitcan AKTAN**

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL / 2024



T.C.  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ

SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU İLE PANİK BOZUKLUK TANILI  
HASTALARDA BEDEN İMAJİ, BAŞ ETME STRATEJİLERİ VE YAŞAM  
KALİTESİNİN İNCELENMESİ

**Dr. Yiğitcan AKTAN**

**Tez Danıőmanı:**  
**Doç. Dr. Sema BAYKARA**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**İSTANBUL / 2024**

## TEŞEKKÜR

Teşekkürlerimi sunacağım bu yazıya başlarken ilk olarak, insanlık tarihinin en eski mesleklerinden olan hekimliği ve belki de tüm hekimlik branşları arasında insan kavramı ve doğasına en çok yaklaşma fırsatı bulduğum ruh sağlığı alanını; öğrenme, düşünme ve çalışma olanağı bulduğum için ne kadar şanslı olduğumu belirtmek isterim. İstemli-istemsiz bu yolda yürümemde katkısı olan herkese en içten minnettarlıklarımı sunarım.

Uzmanlık eğitimime başladığım Akdeniz Üniversitesi Erişkin Psikiyatri Kliniğindeki tüm hocalarıma, bu eşsiz alanla ilk tanışmamda beni destekledikleri ve bilgilerini paylaştıkları için teşekkür ederim. Özellikle Doç. Dr. Buket Cinemre'ye, bu mesleği öğrenmemde ve sevmemde çok emeği olduğu için ayrıca teşekkür ederim.

Yine bu yola birlikte çıktığım eş kıdemlerim Dr. Metehan Kopan, Dr. Büşra Ünal ve Dr. Fatma İlhan'a bana karşı gösterdikleri sabır, anlayış ve arkadaşlık ile sergiledikleri çalışma ahlakı ve takım ruhu için hayranlıklarımı ve minnettarlığımı sunarım. Dr. Betül Keskin'e tanıştığımız günden bugüne değin her zaman yanımda olduğu, beni desteklediği ve dostluğunu esirgemediği için ne kadar teşekkür etsem az kalacağı inancındayım.

Uzmanlık eğitimime Erenköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Erişkin Psikiyatri Bölümünde devam etme kararı belki de yaşamım boyunca verdiğim en önemli kararlardan biri olarak kalacaktır. Bugün bu karardan bir an bile pişmanlık duymamamı sağlayan kendilerinden arkadaşlığa, dostluğa, insan ahlakı ve onuruna dair çok şeyler öğrendiğim sevgili arkadaşlarım; Uzm. Dr. Dilay Dicle Demir, Uzm. Dr. Aylin Evencen Karaytuğ, Uzm. Dr. Merve Sinem Cesur, Uzm. Dr. Derya Nur Aşkar, Dr. Mustafa Tunç Karaytuğ, Dr. Hilal Kolsuz, Dr. Barış Mekselina Özacar, Dr. Berkant Cafer, Dr. Kübra Şahin, Dr. Yahya Mert Akkaya, Dr. Miray Başçavuş, Dr. Beste Nur Güvendi, Dr. Gülşen Sancı, Dr. Elif Poyraz'a sevgi, saygı ve bir ömür dostluğumu sunarım. İsmi bugün buraya yazamadığım tüm ekip arkadaşlarıma, bana öğrettikleri her şey için ve buraya ait hissetmemdeki katkıları sebebiyle içtenlikle teşekkür ederim.

Uzmanlık tezimin danışmanlığını yapan, bu süreçte bir gün bile desteğini, ilgisini ve sevgisini eksik etmeyen sayın hocam Doç. Dr. Sema Baykara'ya en içten teşekkürlerimi, saygı ve sevgilerimi sunarım.

Asistanlık sürecim boyunca, bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen, birlikte çalışma fırsatı bulduğum için kendimi şanslı saydığım, değerli hocalarım Prof. Dr. Engin Emrem Beştepe, Prof. Dr. Filiz İzci, Prof. Dr. Hüseyin Güleç, Doç. Dr. Onur Durmaz, Doç. Dr. Esra Aydın Sünbül ve Doç. Dr. Hatice Kaya'ya teşekkürü bir borç bilirim. Psikiyatri yolcuğumun dönüm noktalarından biri olan hastanemiz Psikoterapi Merkezi'ndeki hasta takip sürecimde çalışma fırsatı bulduğum Prof. Dr. Medine Yazıcı ve Doç. Dr. Murat Yalçın'a ayrıca minnettarım.

Covid-19 Pandemisi zamanında görevlendirildiğim T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Kartal Dr. Lütfü Kırdar Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde tanışma fırsatı bulduğum Doç. Dr. Merih Altıntaş'a beni kendi asistanlarından ayırmadan kabul ettiği ve her daim desteklediği için en içten teşekkürlerimi sunarım.

Nöroloji rotasyonum sırasında mesleki eğitimime çok değerli katkıları olan Prof. Dr. Füsün Mayda Domaç, Doç. Dr. Mustafa Ülker ve Uzm. Dr. Rahşan Karacı'ya teşekkür ederim.

Hastanemizde beraber çalıştığım tüm psikolog, hemşire, sağlık personeli, sağlık memuru ve güvenlik görevlilerine, görevlerini en iyi şekilde yaptıkları için teşekkür ederim.

Son olarak bugünlere gelmemde en büyük emeği olan, maddi ve manevi desteğini hiç esirgemeyen, bana her zaman inanan, cesaret veren ve yaşamın mücadele etmek olduğunu öğreten annem İlknur Aktan ve babam Mustafa Murad Aktan'a her şey için teşekkür ederim.

Dr. Yiğitcan AKTAN

Kasım - 2024

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	i
İÇİNDEKİLER .....	iii
KISALTMALAR.....	vi
TABLO LİSTESİ .....	vii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT .....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU .....	3
2.1.1. Tarihçe .....	3
2.1.2. Tanı ve Sınıflandırma Sosyal Anksiyete Bozukluğu DSM-5'e Göre Tanı Ölçütleri .....	4
2.1.3. Epidemiyoloji .....	5
2.1.4. Etiyolojik Faktörler .....	6
2.1.4.1. Biyolojik faktörler.....	6
2.1.4.2. Genetik faktörler .....	7
2.1.4.3. Psikososyal faktörler.....	7
2.1.4.4. Psikolojik görüşler: .....	8
2.1.5. Klinik Görünüm .....	8
2.1.6. Prognoz.....	9
2.1.7. Ayırıcı Tanı Utangaçlık.....	9
2.2. PANİK BOZUKLUK .....	11
2.2.1. Tarihçe .....	13
2.2.2. Tanı ve Sınıflandırma Panik Bozukluk DSM-5'e göre tanı ölçütleri..	13
2.2.3. Epidemiyoloji .....	14
2.2.4. Etiyolojik Faktörler .....	15
2.2.4.1. Biyolojik faktörler: .....	15
2.2.4.2. Genetik faktörler: .....	15
2.2.4.3. Psikososyal faktörler:.....	16
2.2.4.4. Psikolojik görüşler: .....	16

2.2.5. Klinik Görünüm .....	17
2.2.6. Prognoz.....	17
2.2.7. Ayırıcı Tanı Tıbbi Rahatsızlıklar .....	19
2.3. BEDEN İMAJI .....	20
2.3.1. Tarihçe .....	20
2.3.2. Tanı ve Sınıflandırma .....	20
2.3.3. Epidemiyoloji .....	21
2.3.4. Etiyolojik Faktörler .....	21
2.3.4.1. Biyolojik faktörler: .....	21
2.3.4.2. Psikososyal faktörler:.....	22
2.3.4.3. Psikolojik görüşler: .....	22
2.3.5. Klinik Görünüm .....	23
<b>3. YÖNTEM VE GEREÇLER.....</b>	<b>24</b>
3.1. ÇALIŞMA GRUBUNUN SEÇİMİ .....	24
3.2. DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİ.....	25
3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu.....	25
3.2.2. Liebowitz - Sosyal Anksiyete Ölçeği .....	25
3.2.3. DSM-5 Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği .....	27
3.2.4. Çok Yönlü Beden-Kendilik İlişkileri Ölçeği.....	27
3.2.5. Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği.....	28
3.2.6. Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği .....	29
3.2.7. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Klavuzu - Klinisyen Versiyonu (SCID-5/CV).....	30
3.3. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME .....	30
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>32</b>
4.1. GRUPLARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ .....	32
4.2. GRUPLARIN ÖLÇEK PUANLARI İLE İLİŞKİLERİNİN İNCELENMESİ .....	36
4.3. GRUPLARDA ÖLÇEK PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ .....	39
4.4. SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİN ÖLÇEK PUANLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI .....	52

<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>56</b>
5.1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ..	56
5.2. HİPOTEZLERİN İNCELENMESİ.....	59
5.3. GRUPLARDA ÖLÇEK PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ .....	63
5.4. SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİN ÖLÇEK PUANLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI .....	64
<b>6. GÜÇLÜ YANLAR VE KISITLILIKLAR.....</b>	<b>66</b>
<b>7. SONUÇLAR .....</b>	<b>67</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>69</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>75</b>
EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU .....	75
EK 2: SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ TOPLAMA FORMU .....	77
EK 3: LİEBOWİTZ - SOSYAL ANKSİYETE ÖLÇEĞİ.....	79
EK 4: DSM-5 PANİK BOZUKLUK ŞİDDETİ ÖLÇEĞİ.....	80
EK 5: ÇOK YÖNLÜ BEDEN KENDİLİK İLİŞKİLERİ ÖLÇEĞİ.....	81
EK 6: BEDEN İMGESİ BAŞ ETME STRATEJİLERİ ÖLÇEĞİ.....	84
EK 7: BEDEN İMGESİNİN YAŞAM NİTELİĞİNE ETKİSİ ÖLÇEĞİ.....	86

## KISALTMALAR

<b>BMI</b>	: Body mass index (beden kitle endeksi)
<b>DSM</b>	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
<b>PB</b>	: Panik bozukluk
<b>SAB</b>	: Sosyal anksiyete bozukluğu
<b>SCID-5-CV</b>	: DSM 5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Klavuzu, Klinisyen için
<b>SPSS</b>	: Sosyal Bilimler için İstatistik Programı

## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b>	Tanımlayıcı istatistikler (n=70).....	33
<b>Tablo 2.</b>	Kategorik değişkenlerin gruplara göre dağılımı .....	35
<b>Tablo 3.</b>	Grupların yaş, beden kitle indeksi ve kilo değişimi bakımından karşılaştırılması .....	36
<b>Tablo 4.</b>	Grupların Çok Yönlü Beden-Kendilik İlişkileri Ölçeği alt parametreleri ve total skoru bakımından karşılaştırılması .....	37
<b>Tablo 5.</b>	Grupların Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği alt parametreleri ve total skoru bakımından karşılaştırılması .....	38
<b>Tablo 6.</b>	Grupların Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği alt parametreleri ve total skoru bakımından karşılaştırılması .....	39
<b>Tablo 7.</b>	Panik bozukluk hastalarında DSM-5 Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği puanları Çok Yönlü Beden-Kendilik İlişkileri Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiler.....	39
<b>Tablo 8.</b>	Panik bozukluk hastalarında DSM-5 Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği puanları ile Baş Etme Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiler .....	40
<b>Tablo 9.</b>	Panik bozukluk hastalarında Panik Bozukluğu Şiddeti ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiler.....	40
<b>Tablo 10.</b>	Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile Çok Yönlü Beden-Kendilik İlişkileri Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiler .....	41
<b>Tablo 11.</b>	Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiler .....	42
<b>Tablo 12.</b>	Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiler .....	43

<b>Tablo 13.</b>	Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiler.....	45
<b>Tablo 14.</b>	Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiler.....	49
<b>Tablo 15.</b>	Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiler.....	51
<b>Tablo 16.</b>	Panik bozukluk hastalarında (n=35) DSM-5 Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği Skoru ile yaş, beden kitle indeksi ve kilo değişimi arasındaki ilişkiler .....	52
<b>Tablo 17.</b>	Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında (n=35) Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği toplam ve alt boyutları ile yaş, beden kitle indeksi ve kilo değişimi arasındaki ilişkiler .....	52
<b>Tablo 18.</b>	Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği toplam ve alt boyutları ile yaş, beden kitle indeksi ve kilo değişimi arasındaki ilişkiler .....	53
<b>Tablo 19.</b>	Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği toplam ve alt boyutları ile yaş, beden kitle indeksi ve kilo değişimi arasındaki ilişkiler .....	54
<b>Tablo 20.</b>	Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği toplam ve alt boyutları ile yaş, beden kitle indeksi ve kilo değişimi arasındaki ilişkiler .....	55

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmayı yaparak, kişiler ve toplum için önemli birer uyum bozucu rahatsızlık olan sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) ve panik bozukluk (PB) ile bu rahatsızlıkları olan kişilerin beden imajları arasında bir ilişki olup olmadığını araştırmayı planladık. Bu rahatsızlıkları olan kişilerin, beden imajı uyumsuzlukları ile nasıl baş ettiklerini ve bu uyumsuzlukların kişilerin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Araştırmamız kesitsel bir çalışmadır. Araştırmaya çalışma grubu, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi psikiyatri polikliniğine 01.05.2023 – 01.05.2024 tarihleri arasında başvuran ve ilk kez sosyal anksiyete bozukluğu ya da panik bozukluk tanısı alan hastalardan araştırma hakkında bilgilendirilen ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul edenlerden oluşturulmuştur. Örneklem grubu 35 sosyal anksiyete bozukluğu ve 35 panik bozukluk hastası olacak şekilde toplam 70 hastadan oluşmaktadır.

Çalışmayla ilgili bilgilendirilmenin ardından; onam formunu imzalayarak çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların tümü ile DSM-5 tanı ölçütlerine dayalı psikiyatrik görüşme yapılmış ve tanıları kesinleştirilmiştir. SCID-5 CV ile komorbid psikiyatrik tanı alan hastalar çalışma dışında bırakılmıştır. Katılımcılara sosyodemografik ve klinik veri toplama formu ve Liebowitz - Sosyal Anksiyete Ölçeği, DSM-5 Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği, Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği, Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği ve Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği uygulanmıştır. Gruplar semptom şiddetleri ile beden imajı memnuniyetleri açısından karşılaştırılmıştır. Ayrıca her grup kendi içerisinde beden imajı memnuniyeti, kullanılan baş etme stratejileri ve beden imajının yaşam niteliğine etkisi açısından incelenmiştir.

**Bulgular:** Çalışmamızda SAB tanısı almış hastaların Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği total skoru ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği total ölçek skoru arasında anlamlı ve negatif yönlü ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Panik bozukluk tanılı hastaların DSM-5 Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği puanı ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkisi Ölçeği total ve alt parametre puanları arasında

istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği total ölçek skoru ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği total ölçek skoru arasında; SAB grubunda pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki ( $r=0,752$  ,  $p<0,001$ ), PB grubunda pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişkilidir ( $r=0,457$  ,  $p<0,01$ ). Panik bozukluk ve SAB gruplarında Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği kaçınma alt parametresi ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği görünüşü değerlendirme alt parametresi arasında negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**Sonuç:** Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında semptomların şiddeti ile hastaların beden imajı memnuniyetleri arasında negatif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır. Panik bozukluk hastalarında ise semptomların şiddeti ile beden imajı memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. İki grupta da beden imajı memnuniyeti ile yaşam kaliteleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır ve ilişki SAB grubunda daha yüksek düzeydedir. İki grupta da kaçınma kullanılan bir beden imajı baş etme stratejisidir ve beden imajı memnuniyeti ile negatif yönlü bir ilişki içindedir. Bir baş etme stratejisi olan olumlu mantıksal kabullenme, SAB hastalarında yaşam kalitesi ile pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişkili bulunmuştur. Araştırmamızın sonuçlarının, ileride yapılacak çalışmalara ışık tutarak, beden imajı kavramının klinik araştırmalar ve pratikte daha çok akılda tutulmasına, üzerinde düşünülüp geliştirmesine katkıda bulunacağına inanıyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Sosyal anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, beden imajı, beden imgesi, baş etme stratejileri.

## ABSTRACT

**Objective:** By conducting this study, we planned to investigate whether there is a relationship between social anxiety disorder (SAD) and panic disorder (PD), which are important maladaptive disorders for individuals and society, and the body images of people with these disorders. We aimed to evaluate how people with these disorders cope with body image discrepancies and the impact of these discrepancies on their quality of life.

**Materials and Methods:** Our research is a cross-sectional study. The study group for the research was composed of patients who applied to the psychiatry outpatient clinic of Republic of Turkey Ministry of Health Istanbul Erenköy Mental and Nervous Diseases Hospital between 01.05.2023 - 01.05.2024 and were diagnosed with social anxiety disorder or panic disorder for the first time, and were informed about the research and voluntarily agreed to participate in the research. The sample group consists of a total of 70 patients, 35 with social anxiety disorder and 35 with panic disorder.

After being informed about the study; A psychiatric interview based on DSM-5 diagnostic criteria was conducted with all patients who agreed to participate in the study by signing the consent form, and their diagnoses were finalized. Patients with comorbid psychiatric diagnoses with SCID-5 CV were excluded from the study. A sociodemographic and clinical data collection form and the Liebowitz - Social Anxiety Scale, DSM-5 Panic Disorder Scale, Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire, Body Image Coping Strategies Inventory and Body Image Quality of Life Inventory were applied to the participants. The groups were compared in terms of symptom severity and body image satisfaction. Additionally, each group was examined in terms of body image satisfaction, coping strategies used, and the effect of body image on quality of life.

**Results:** In our study, a significant and negative relationship was found between the Liebowitz Social Anxiety Scale total score and the Multidimensional Body Self Relations Questionnaire total score of patients diagnosed with SAD ( $p<0.05$ ). There was no statistically significant relationship between the DSM-5

Panic Disorder Scale scores and the Multidimensional Body Self Relations Questionnaire total and subparameter scores of patients diagnosed with panic disorder ( $p>0.05$ ). Between the Multidimensional Body Self Relations Questionnaire total score and the Body Image Quality of Life Inventory total score; There is a positive and highly significant relationship in the SAD group ( $r=0.752$ ,  $p<0.001$ ), and a positive and moderately significant relationship in the PD group ( $r=0.457$ ,  $p<0.01$ ). In the panic disorder and SAD groups, a negative and moderately significant relationship was found between the avoidance subparameter of the Body Image Coping Strategies Inventory and the appearance evaluation subparameter of the Multidimensional Body Self Relations Questionnaire ( $p<0,05$ ).

**Conclusion:** A significant negative relationship was found between the severity of symptoms in social anxiety disorder patients and their body image satisfaction. In panic disorder patients, no significant relationship was found between the severity of symptoms and body image satisfaction levels. There is a positive significant relationship between body image satisfaction and quality of life in both groups, and the relationship is higher in the SAD group. Avoidance is a body image coping strategy used in both groups and has a negative relationship with body image satisfaction. Positive logical acceptance, a coping strategy, was found to be positively and moderately associated with quality of life in SAD patients. We believe that the results of our research will shed light on future studies and contribute to the concept of body image being kept more in mind, thought about and developed in clinical research and practice.

**Key words:** Social anxiety disorder, panic disorder, body image, coping strategies.

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Anksiyete bozuklukları, Batı dünyasında en yaygın psikiyatrik bozukluklarından biridir (1). Amerika Birleşik Devletleri'nde anksiyete bozukluklarının yaygınlığının %18 olduğu tahmin edilmektedir (2), yıllık maliyetinin ise 42,3 milyar dolar olduğu bildirilmektedir (3).

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB), kişilerin toplum içindeyken terleme, kızarma, ses titremesi gibi bedensel belirtiler yaşadığı ve bu belirtilerin başkaları tarafından görülerek kendileri hakkında olumsuz yargılara varacaklarına dair düşüncelerin olduğu bir tablodur (4).

Panik ataklar, hızlı başlangıç gösteren ve zaman geçtikçe şiddetlenen yoğun korkunun eşlik ettiği durumlardır. Panik bozukluk (PB) ise panik ataklara ek olarak panik atak geçirme kaygısı ve sonuçlarına dair endişelenmelerin olduğu, bu endişelenmeleri gidermeye yönelik çeşitli davranış değişikliklerinin gözlemlendiği klinik durumlardır (5).

Beden imajı, kişinin bedenine yönelik, kendilik algısını ve tutumlarını kapsayan çok boyutlu bir yapıdır (6). Beden imajı, yalnızca kişinin dışarıdan görünüşü ile ilgili değildir. Bedenin efor ve fizik yeterliliği ile beden sağlığı açısından bir bütünlüğü de kapsar (7).

Beden imajı, önemi gittikçe artan ve hala günümüzde üzerine birçok çalışma yapılabilecek kapsamı ve sınırları gittikçe genişleyen bir alandır. Cash ve ark. 2004 yılında yaptığı bir derlemede, yıllar içinde beden imajı ile ilgili yapılan yayın ve alıntılanma sayılarında belirgin artış tespit edilmiştir (8). Yine aynı çalışmada yapılan araştırmaların önemli bir çoğunluğunun kavramın geliştirilmesi amacıyla sağlıklı gruplarla yapıldığı, klinik olarak yapılan çalışmaların ise sıklıkla yeme bozukluğu ve kadın hastalar ile sınırlı kaldığını belirtmişlerdir (8).

Literatürde sosyal anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve beden imajı arasındaki ilişkinin incelendiği tek bir çalışma (9) bulunmakla birlikte, özellikle PubMed ve Google Akademik gözden geçirildiğinde SAB ve PB 'nin Beden İmajı ile ayrı ayrı araştırıldığı çalışmaların sayısı da kısıtlı bulunmuştur.

Bu sebepler neticesinde amacımız, klinik uygulamalarımıza gitgide daha çok göz önünde tutmamız gereken beden imajı kavramı ile bu kavramla yakından ilişkili olabileceğini düşündüğümüz, sosyal anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğu rahatsızlıkları arasındaki ilişkiyi araştırmak olacaktır.

### **Çalışmanın Amaçları:**

Bu çalışmayı yaparak, kişiler ve toplum için önemli birer uyum bozucu rahatsızlık olan sosyal anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk ile bu rahatsızlıkları olan kişilerin beden imajları arasında bir ilişki olup olmadığını araştırmayı planladık.

Bu rahatsızlıkları olan kişilerin, beden imajı uyumsuzlukları ile nasıl baş ettiklerini ve bu uyumsuzlukların kişilerin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

### **Araştırma Hipotezleri:**

1. Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında, kaygı ve kaçınmaların şiddeti arttıkça Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği total ve alt parametre skorlarında azalma görülecektir.
2. Panik bozukluk hastalarında DSM-5 Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği puanı arttıkça Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkisi Ölçeği total ve alt parametre skorlarında azalma görülecektir.
3. Sosyal anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk hasta gruplarında, Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkisi Ölçeği total ve alt parametre skorları ile Beden İmgisinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği skorları arasında pozitif korelasyon görülecektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU

Sosyal anksiyete bozukluğu, kişinin başkalarıyla izlendiği sosyal ortam ve durumlarda hissettiği belirgin korku ile kendisini gösteren ve çoğunlukla kişide olumsuz olarak değerlendirilme kaygılarının eşlik ettiği bir tablodur (10). Kişiler kendilerine yönelik sosyal bir tehdidin olduğunu hissettikleri bu tür durumlardan sıklıkla kaçınmaya; kaçınmadıkları durumlarda ise belirgin bir korku ve kaygı hissetmelerine rağmen katlanmaya çalışırlar. Kişilerin hissettiği bu kaygı ve korkuların şiddetinin ise kişinin içinde yaşadığı toplumun kültürel arka planına göre orantısız olması gerekir (11). SAB kişilerde farklı tepkilere yol açabilmektedir. Örneğin korku, kaygı, gerginlik gibi duygusal belirtiler; kızarma, hızlı nefes alma ya da nefes tutma, baygınlık hissi, baş dönmesi, bulantı, çarpıntı gibi fiziksel belirtiler görülebilir. Başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceğine dair inançlar, kendini güçsüz, zayıf, yetersiz görme gibi düşünceler bu kişilerin yaşadığı uyum bozucu düşüncelerdir. Kaçınma, saklanma, erteleme gibi davranışlar da SAB yaşayan kişilerde sıklıkla gözlenir (12).

Tüm bu semptomların kişinin sosyal ve çalışma hayatını belirgin şekilde etkilemesi neticesinde SAB yaşayan kişilerin %90'ından fazlasında psikososyal uyumsuzluklar bildirmektedir. (Başlama yaşının erken olması da göz önüne alındığında okulu bırakma riskinde artışa, toplu alanlarda çalışırken yaşan zorlanmalar işyeri üretkenliğinde azalmaya, yaşanabilecek komorbid durum da düşünülünce sosyoekonomik durum ve yaşam kalitesinde azalmaya sebep olabilir) Bu kişilerin üçte birinden fazlası içinse bu uyumsuzlukların ciddi düzeyde olduğu bildirmektedir (13).

#### 2.1.1. Tarihçe

Hipokrat döneminden beri, insanların toplumla ilişkilerini gerektiren durumlarda yaşadıkları kaygı ve zaman zaman bu topluma girmekten kaçınma gibi davranışlarının olduğu bilinmekteydi. Yunanca tıp metinlerinden oluşan bir

koleksiyon olan Hipokrat Külliyyatı, Nicanor isimli bir gencin hoşlandığı kadının flüt performansını dinlediği sırada yaşadığı fobik belirtileri anlatmakta, bu belirtilerin geceleri kadını dinlerken olduğunu, gündüzleri ise başkalarının flüt sesini duyduğunda olmadığını belirtmektedir (14). 19. ve 20. yy de ilk kez sosyal fobinin klinik özelliklerini tanımlama çalışmaları başlanmış, ünlü bir psikolog ve psikoterapist olan Pierre Marie Félix Janet, bu klinik özellikleri piyano çalmak, yazı yazmak ve sözel iletişim kurmak gibi davranışlarda duyulan kaygı, endişe olarak sosyal fobiyi tariflemiştir (15).

Sosyal fobi, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın (DSM) ilk iki versiyonunda fobik nevroz üst başlığı altında toplanan geniş bir hastalık grubundan ayrılarak kendi başına bir tanı haline gelmesi ancak DSM-III ile mümkün olmuştur (16). DSM-IV ile birlikte ise sosyal fobi ismi sosyal anksiyete bozukluğu olarak değiştirilmiş ve ek olarak tanı kriterlerine kişide belirgin kaygı ve sıkıntı yaşamaktan korkması koşulu getirilmiştir (17). DSM-V in yayımlanması ile birlikte psikiyatrik rahatsızlıklarda önemi gittikçe artan kültürel etmenlere tanı kriterleri için de vurgu yapılmış ve sosyal durumlarda yaşanan kaygının kültürel etkenler göz önüne alındığında orantısız ve uygunsuz olması gerekliliği şartı getirilmiştir. Önceki versiyonlarda 'yaygın' olarak tanımlanan belirleyiciden vazgeçilerek 'performans' belirleyicisine yer verilmiştir (18).

### **2.1.2. Tanı ve Sınıflandırma Sosyal Anksiyete Bozukluğu DSM-5'e Göre Tanı Ölçütleri**

**A.** Kişinin, başkalarınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması. Örnekler arasında toplumsal etkileşimler (örn. karşılıklı konuşma, tanımadık insanlarla karşılaşma), gözlenme (örn. yemek yerken ya da içerken) ve başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirme (örn. bir konuşma yapma) vardır.

**B.** Kişi, olumsuz olarak değerlendirilebilecek bir şekilde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar (küçük düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde; başkalarınca dışlanacağı ya da başkalarının kırılmasına yol açacak bir biçimde).

C. Söz konusu toplumsal durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.

D. Söz konusu toplumsal durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile bunlara katlanılır.

E. Duyulan korku ya da kaygı, söz konusu toplumsal ortamlarda çekinilen duruma göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.

F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, 6 ay veya daha uzun sürer.

G. Korku, kaygı ya da kaçınma klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

H. Korku, kaygı ya da kaçınma bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

I. Korku, kaygı ya da kaçınma, panik bozukluğu, beden algısı bozukluğu ya da otizm açılımı kapsamında bozukluk gibi başka bir ruhsal bozukla daha iyi açıklanamaz.

J. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (örn. Parkinson hastalığı, şişmanlık, yanık ya da yaralanmadan kaynaklanan biçimsel bozukluk), korku, kaygı ya da kaçınma bu durumla açıkça ilişkisizdir ya da aşırı bir düzeydedir.

**Varsa belirtiniz: Yalnızca bir eylemi gerçekleştirme sırasında:** Duyulan korku, toplum önünde konuşma ya da başka bir eylemi gerçekleştirme ile sınırlı ise (11).

### 2.1.3. Epidemiyoloji

Sosyal anksiyete bozukluğu, ruhsal bozukluklar içinde sıklık olarak önemli bir yer tutar. Son zamanlarda Amerika Birleşik Devletlerinde yapılmış bir çalışma olan Alkol ve İlgili Durumlar Ulusal Epidemiyolojik Araştırması (NESARC)'na göre 43.093 yetişkin arasında SAB'nin yaşam boyu yaygınlığını %5,0 ve 12 aylık

yaygınlığını %2,8 bulmuştur (19). Sosyal anksiyete bozukluğu prevelansının kadınlarda, erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu ve çoğunlukla kliniğinin daha ağır seyrettiği gözlenmiştir. Bu durumla korale olabilecek şekilde kadınlarda tedavi arayışı oranının erkeklere kıyasla daha düşük olduğu izlenmiştir (20).

Eğitim seviyesi azalması ve bekar olmak da SAB prevelansında artış ile korele bulunmuştur (21). SAB için başlangıç yaşının ortalama 15 yaş civarı olduğu düşünülmektedir ancak tanının genellikle hastalığın başlangıç semptomlarından 10-15 yaş sonrasında yani 20 yaşlarının ortaları ve sonlarına doğru olduğu görülmüştür (21). SAB'nun kişilerin psikososyal uyumunu ve işgücüne katılımını olumsuz anlamda etkilediğine ilişkin birçok çalışma yapılmıştır. Öğrenim hayatına ara verme ya da sonlandırma, işe gitmeme – işten ayrılma, sosyal izolasyon gibi durumlara yol açarak toplumu psikosoyeekonomik yönden olumsuz etkiler (22). Yapılan çalışmalarda SAB artmış intihar riski ile orantılı bulunmuştur. Tüm anksiyete bozuklukları içinde ise alkol kötüye kullanım riski en yüksek olan bozukluk olarak SAB tespit edilmiştir (23). Sıklıkla birlikte görülebilen diğer durumlar ise majör depresif bozukluk, yeme bozuklukları, çekingen kişilik bozukluğu ve diğer anksiyete bozukluklarıdır (10, 22).

#### **2.1.4. Etiyolojik Faktörler**

**2.1.4.1. Biyolojik faktörler:** Anksiyete bozukluklarının ve özel olarak da sosyal anksiyete bozukluğunun etiyojisi ve patofizyolojisini anlamak amacı ile üzerinde en çok durulan beyin kısımları prefrontal korteks ile amigdaladır ve yapılan araştırmalardan elde edilen kanıtlar giderek artmaktadır (24).

Kişilerin çevreden algıladıkları sosyal tehdidin anlamlandırılması ve bu algıların keskinliği üzerinde etkili olan dikkatin ayarlanması gibi işlevlerde bu alanların etkin olduğu düşünülmektedir. Hattingh ve ark, 2012 yılında yaptıkları bir meta-analiz çalışmasında çift taraflı artmış amigdala aktivasyonu ile sosyal uyaranlara verilen duygusal tepkiler arasında bir uyum olduğunu ifade etmektedir (25).

Serotonin geri alımını inhibe eden ilaçların SAB tedavisinde kullanılmaya başlanması ve kişilerin bu ilaçlara olumlu yanıtlar vermesi ile birlikte 5HT reseptörlerinin patofizyolojide etkili olabileceği düşünülmüş ve çeşitli anksiyete modelleri öne sürülmüştür (26).

**2.1.4.2. Genetik faktörler:** Yapılan aile çalışmaları SAB'nun ailesel riski arttırabileceğine dair veriler sunmaktadır (27). SAB tanısı almış kişilerin birinci derece akrabalarında, herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı olmayan kişilerin birinci derece akrabalarına kıyasla SAB görülme ihtimali 3 kat artmıştır (5). Uzunlamasına yapılan bir ikiz çalışmasında ise SAB yaşayan kişilerde belirgin şekilde gözlenen davranışsal ketlenmenin, kalıtsal özellik gösterme ihtimalinin %50-70 kadar yüksek olduğunu görülmektedir (28).

**2.1.4.3. Psikososyal faktörler:** Psikiyatrik bozuklukların çoğunda olduğu gibi SAB'nu da biyopsikososyal kuram ile açıklamak mümkündür. Bu kurama göre kişilerin yaşadığı sıkıntılar yaşam boyu maruz kaldıkları biyolojik, psikolojik ve sosyal etkiler neticesinde şekillenir (29,30).

Ailesel faktörler ve yetiştirilme biçimleri açısından bakıldığında SAB'dan muzdarip bireyler genellikle çocukluklarında yakınlık eksikliği, aşırı korumacı bir tutum, kontrolçülük, başkaları ile kıyaslanma ve reddedilme gibi ailesel davranışlara maruz kaldıklarını bildirmektedirler (31, 32).

Bir başka önemli faktör çocukluk çağında yaşanan olumsuz yaşantılar ve travmalar olarak karşımıza çıkmaktadır. Stein ve ark. yaptıkları bir çalışmada, çocukluk çağında maruz kalınan fiziksel ve cinsel istismarların, SAB olan kişilerin yaşamlarında daha sık oranda bulunduğunu tespit etmişlerdir (33). Yapılan başka bir çalışmada yüksek öğrenim gören kadınlardan oluşan bir örnekleme katılımcıların %31'i çocukluk çağında cinsel istismara maruz kaldıklarını bildirmiştir (34). Bunun dışında kişilerin çocukken maruz kaldıkları ayrımcılık ve zorbalıklar ile ileride SAB geliştirmeleri arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir (35).

**2.1.4.4. Psikolojik görüşler:** Psikanalitik kuramın kurucusu kabul edilen Freud, sosyal kaygıların, ötekilerin belirlediği normlara uymama sonucunda, kişide oluşan suçluluk ile ilişkili olarak ortaya çıktığını öne sürmüştür. Ebeveyninin beklentilerine uymama sonucunda sevgisini kaybetme korkusu, sonrasında ebeveyn yerini alan başkalarına karşı hissedilir (36). Gabbard, psikanalitik yaklaşıma göre bilinçdışı arzu ve isteklerin, bilince ulaşma tehlikesi ile karşılaştıklarında benliğin savunma mekanizmalarını devreye soktuğunu ve kaygı bozukluğu oluşumuna sebep olduğunu belirtmiştir. Bu süreçte etkili olan 3 faktörü; ayrılma anksiyetesi, utanç deneyimi ve suçluluk hissi şeklinde tanımlamıştır (37).

Bilişsel davranışçı modelde ise, Clark ve Wells, kişilerde sosyal durumlara karşı var olan olumsuz düşünce ve beklentiler üzerinde durmuştur. Bunlar sıklıkla, yetersiz performans sergileme, becerememe, hayal kırıklığına uğratma, alaya alınma gibi düşüncelerdir. Bu düşünceler kişide kaygı ve korku duygularını doğurur. Olay sonrasında kişi yaşadığı deneyim üzerine yanlı şekilde düşünerek bunu işlemler, ruminasyon sürece eklenir. Bu süreçten elde edilen yanlı veriler de bir sonraki olayın öncesinde kişide olumsuz beklentiler, kaygı ve korku hissi ve kaçınma davranışları yaratır. Böylece bir kısır döngü oluşur. Bu kısır döngünün devam etmesini sağlayan en önemli etmenler ise güvenlik arama davranışları ve dikkatin odağındaki kaymadır (38, 39).

#### **2.1.5. Klinik Görünüm**

Diğer anksiyete bozuklukları ile kıyaslandığında SAB oldukça erken bir ortalama başlangıç yaşına sahiptir. Ortalama başlangıç ergenli dönemlerinin ortalarına denk gelir ve yaklaşık 15 yaşında zirveye ulaşır (22). Buna rağmen tanı alma yaşı genellikle 20 yaşların ortaları ya da sonlarına denk gelmektedir. Başlangıç yaşı ile ilk tanı yaşı arasındaki belirgin zaman farkı, kişilerin yaşadıkları durumun ne olduğunu tam olarak bilememeleri ve bozukluğun doğasında olan yabancılara yaklaşma konusundaki çekingenliklerinden kaynaklanıyor olabilir (21).

Yapılan çalışmalar ve analizler, sosyal anksiyete bozukluğunda erken başlangıcın, artmış depresyon ve alkol kötüye kullanımı riskiyle korele olduğunu göstermektedir (40). Diğer taraftan, geç başlangıçlı SAB yaşayan kişilerde, bu

durumun birincil olmaktan çok, başka bir rahatsızlığa ya da sosyal duruma ikincil olarak gelişmiş olmasının daha olası olduğu görülmektedir (22).

Amerika Birleşik Devletleri'nde SAB yaşayan kişilerin oldukça az bir kısmının, yaşadıkları sosyal kaygı sebebiyle gerçek anlamda bir profesyonel yardım aradığını görülmektedir (41). Bu kişilerin bir çoğu yaşadıkları sosyal kaygı ve yarattığı sıkıntılara bir şekilde uyum sağlayarak yaşam tarzlarını bu doğrultuda şekillendirip 'normalize' ederler. Onları çoğunlukla profesyonel yardım aramaya iten şey ise temelde yaşadıkları sıkıntılara ek olarak yeni bir durumun gelişmesidir (21,22).

### **2.1.6. Prognoz**

Sosyal anksiyete bozukluğu genellikle erken yaşlarda başlar ve kronik bir seyir gösterir (19). Hastalığın erken yaşlarda başlaması komorbidite için bir risk faktörü olarak değerlendirilebilir (40). Komorbid görülebilen durumlar sıklıkla majör depresif bozukluk, madde kullanım bozuklukları, kişilik bozuklukları ve diğer kaygı bozukluklarıdır (42). SAB 'nun önemli bir parçası olan başkaları ile iletişime geçmekte yaşanan güçlük aynı zamanda kişilerin yardım istemelerinde ve tedaviye başlamalarında gecikmelere yol açarak süreci olumsuz etkiler (21). Tedavi edilmediği durumlarda okulu bırakma, çalışma verimliliğinde azalma, sosyal ve romantik ilişkilerde bozulmalar, sosyoekonomik yönden gerileme, hayat kalitesinde düşüş ve intihar girişimleri ile sonuçlanabilir (10, 19, 43).

### **2.1.7. Ayırıcı Tanı Utangaçlık**

Utangaç duyma, insanın fizyolojik olarak sergilediği doğal davranış örüntülerinden biridir. SAB olan kişiler sıklıkla bu durumu deneyimlerler ve önemli bir kısmı bunu bir mizaç özelliği olarak görerek normalize etme girişiminde bulunurlar ancak yaşanan zorlanmalar bu kişilerin özel hayatlarını, sosyal ve çalışma yaşantılarını olumsuz yönde etkilemesi ile ayırıştır (21, 44, 45).

### **Agorafobi**

Agorafobi, SAB'na benzer şekilde kişilerin sosyal ortamlardan kaçınmasına neden olabilecek bir rahatsızlıktır ancak agorafobide asıl olan kişilerin kendi güvenlikleri ile ilgili korkuları ve bunun neticesinde sergiledikleri kaçınmadır. Bu kişiler çoğunlukla yanlarında başkalarının bulunduğu durumlarda daha rahat hissederler ve semptomları azalır. SAB'da ise asıl olanın kişinin başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceğine dair korkuları olması sebebi ile ortamda başkalarının bulunması kişiyi rahatsız edebilir ve semptomlarının şiddetini arttırabilir (44, 45).

### **Panik bozukluğu**

Panik bozukluğunda, panik ataklar sıklıkla herhangi bir tetikleyici olmadan ortaya çıkarlar ve buradaki asıl belirleyici durum, kişinin yeniden atak geçireceğine dair beklenti ve kaygıdır. SAB yaşayan kişiler de panik atak geçirebilirler ancak bu ataklar sıklıkla kişilerin başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceğine dair inançları ile artmış sosyal tehdit algıları ve bu durumun yarattığı korku neticesinde oluşur (19).

### **Yaygın anksiyete bozukluğu**

Yaygın anksiyete bozukluğunda, sosyal kaygılara ek olarak yaşamın diğer alanlarına yönelik (örn: sağlık, ekonomik, güvenlik vb) de belirgin kaygılar kendini göstermektedir (19).

### **Majör depresif bozukluk**

Majör depresif bozukluk yaşayan kişiler, depresif dönemlerinde çökkünlük, özgüven kaybı, ilgi-istekte azalma, hayattan zevk alamama, enerji azlığı gibi semptomları sebebi ile sosyal ortamlardan kaçınabilirler ancak sonrasında depresif dönemin geçmesi ve semptomların düzelmesi ile sosyal alanlara yönelik kaygı ve kaçınmaları ortadan kalkar. SAB'da ise sosyal ortamlarda duyulan kaygı ve korkular sıklıkla birincil nitelik taşımakta, bu durumun kişinin yaşam kalitesini bozması ile üzerine ikincil olarak depresif şikayetler eklenmektedir (44, 45).

### **Kaçınan kişilik bozukluğu**

Kaçınan kişilik bozukluğu kriterleri, SAB'ninkilerle büyük ölçüde örtüşmekle birlikte genellikle kaygı düzeyleri daha yüksek ve yaşam kaliteleri daha

düşüktür. Bir arada görülmeleri de sık rastlanan bir durumdur. SAB yaşayan kişiler sıklıkla farmakolojik tedavilerden fayda görebilirken, genellikle kaçınan kişilik bozukluğu olan kişiler ilaç tedavilerinden fayda görmez ve terapiye yönlendirilirler (19, 44).

### **Spesifik fobi**

Spesifik fobiler zaman zaman sosyal ortamlarda rastlanabilecek durumlardan oluşabilirler ancak bilişsel düzlemlerinde SAB da olduğu gibi olumsuz değerlendirilmekten korkma belirgin değildir ayrıca spesifik bir alana özgü olmaları ile ayrışır (19).

### **Beden dismorfik bozukluğu**

Beden dismorfik bozukluğu olan bireyler, SAB'da olduğu gibi başkalarının olumsuz değerlendirmesinden ziyade, öncelikle bu kusurlara ilişkin kendi değerlendirmeleriyle ilgilenirler. Sıklıkla dışarıdan görülemeyen, hayali kusurlarından endişe duyarlar ve bu düzlemde kimi zaman sosyal kaçınma ve geri çekilme gösterebilirler. Ayırıcı tanı için kritik olan kaçınma ve kaygının nedenidir (45).

### **Otizm spektrum bozukluğu**

Otizm spektrum bozukluğunda, sosyal kaygı ve sosyal iletişim eksiklikleri izlenebilir ancak bunlar haricinde sıklıkla anormal davranış paternleri, sosyal ortamları okumada yetersizlikler ve ötekilere karşı ilgisizlik görülebilir. Buna karşın SAB'li bireylerde ötekilerin düşüncelerine yönelik artmış bir ilgi görülür ve sıklıkla bu kişiler zorlansalar da uygun sosyal ilişkilere ve sosyal iletişim kapasitesine sahiptirler (19).

## **2.2. PANİK BOZUKLUK**

Panik bozukluk ve panik atakların çok sık görülen ve birliktelikleri oldukça fazla olan iki durum olması sebebiyle aralarındaki ayırım oldukça önemlidir (46).

Panik ataklar, kısa süre içerisinde doruk noktasına ulaşan ve çarpıntı, terleme, nefes açlığı, bulantı gibi fiziksel belirtiler ile kontrolünü kaybetme, delirme, ölüm

korkusu gibi düşüncelerin eşlik ettiği yoğun korku ve içsel sıkıntının hissedildiği durumlardır. Çoğunlukla sebepsiz yere ancak bazen tetikleyici bazı nedenler neticesinde de oluşabilirler. Panik ataklar tek başlarına bir ruhsal bozukluk olarak değerlendirilmezler (18).

Panik bozukluk, tekrarlayan panik ataklarla seyreden ve kişilerde panik atak geçirmek konusunda kaygı ve endişelenmelerin olduğu, buna ikincil olarak kişilerde maladaptif davranış değişikliklerinin gözlemlendiği bir bozukluktur. Panik atakların sıklığı değişken olabilmesine rağmen atak geçirmeye yönelik hissedilen korku ve kaygı süredir (46, 47).



### 2.2.1. Tarihçe

Panik atak geçiren kişilerin belirgin fiziksel semptomlar göstermesi, uzun süre bu durumun kişilerdeki hastalıklardan kaynaklandığını düşündürmüştür. İki dünya savaşının yaşanmasının ardından, askerlerin deneyimledikleri panik ataklarda yoğun kardiyak semptomların gözlenmesi sonucunda bu kişilerde 'huzursuz kalp' (48), 'asker kalbi' (49), efor sendromu, hiperventilasyon sendromunu gibi organik veya fonksiyonel hastalıklar olduğu düşünülmüyordu (50). Bu durumu psikolojik açıdan ele alan kişilerden ise Domrich kaygı ataklarının kişinin duygusal durumu ile ilişkili olabileceğini düşünmüş ardından Maudsley ilk kez melankoli ile panik ataklar arasında bir bağlantı olabileceğini öne sürmüştür. Sonraki süreçte ise Freud kaygı nevrozu kavramını tanımlayarak, anksiyete bozukluğu ismini de literatüre kazandırmıştır (51). 1980 lere gelindiğinde Klein, yaptığı farmakolojik çalışmalar ve gözlemler neticesinde panik bozukluğun hem psikolojik hem de fiziksel özelliklerine dikkati çekerek panik bozukluğun DSM-III tarafından tanımlanmasını sağlamıştır (50).

DSM-III-R ile birlikte ilk kez 'beklenti anksiyetesi' bir tanı kriteri sayılmış ve agorafobiden eşlik edebilece bir klinik durum olarak bahsedilmiştir (52). DSM-IV e gelinmesi ile birlikte, agorafobili ve agorafobisiz olmak üzere iki ayrı panik bozukluk tanısı oluşturulmuş (17), DSM-5'te ise bu iki durum, panik bozukluk ve agorafobi, ayrı tanımlar olarak tanımlanmıştır (18, 53).

### 2.2.2. Tanı ve Sınıflandırma Panik Bozukluk DSM-5'e göre tanı ölçütleri

#### A. Yineleyen ve beklenmedik panik atakları.

Bir panik atağı, dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden en az dördünün ortaya çıktığı, birden yoğun bir korku ya da içsel bir sıkıntının bastırıldığı durumdur.

1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması.
2. Terleme.
3. Titreme ya da sarsılma.

4. Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma duyumu.
5. Soluğun tıkanıdığı duyumu.
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma.
7. Bulantı ya da karın ağrısı.
8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu.
9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu.
10. Uyuşmalar (duyumsuzluk ya da karıncalanma duyuları)
11. Gerçekdışılık (derealizasyon) ya da kendine yabancılaşma (depersonalizasyon)
12. Denetimi yitirme ya da “çıldırma” korkusu
13. Ölüm korkusu

**B.** Ataklardan en az birinden sonra, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi de bir ay ya da daha uzun süreyle olur.

1. Başka panik ataklarının olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla ilgili olarak sürekli bir kaygı duyma ya da tasalanma.
2. Ataklarla ilgili uyum bozukluğu oluşturan davranış değişiklikleri gösterme.

**C.** Bu bozukluk, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

**D.** Bu bozukluk başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

### **2.2.3. Epidemiyoloji**

Panik bozukluğun ve panik atakların ülkeler arası epidemiyolojisini araştıran bir çalışmada panik bozukluğun ülkeler arası yaşam boyu prevalansı %1,7 ve 75 yaşında tahmini riskin %2,7 olduğu, panik ataklar için ise bu sayıların sırasıyla %13,2 ve %23,0 olduğu bulunmuştur (53). Panik bozukluk, kadınlarda erkeklere

oranla daha sık görülür. Avrupa yaygınlık çalışmalarında kadın-erkek oranı panik bozukluğu için 2.5 ve agorafobi için ise 3.1 olarak bulunmuştur (54). Ortalama başlangıç yaşı 20'li yaşların ortasından 30'lu yaşların başına uzanır ancak yine de çok daha erken ya da ileri yaşlarda da başlangıçlar olabilir (55). PB, evli olmayanlarda, işi olmayanlarda, düşük eğitim seviyesi olanlarda ve şehirde yaşayanlarda daha sık görülür (4, 53).

Panik bozukluğun kişilere ve topluma getirdiği maliyetin araştırıldığı çalışmalarda, rahatsızlığın kişilere ve topluma getirdiği maliyet, incelenen diğer yaygın zihinsel bozukluklardan daha yüksek bulunmuştur (56,57). Bu kişilerin işsizlik oranlarının genel topluma göre daha yüksek olduğu, çalışma süreleri açısından yıl içinde daha fazla iş gününü kaçırdıkları ve iş arkadaşlarına göre daha az üretken oldukları gözlenmiştir (58).

#### **2.2.4. Etiyolojik Faktörler**

**2.2.4.1. Biyolojik faktörler:** Epileptik nöbetler, panik atak oluşturmaları açısından incelendiğinde, temporal bölgeden kaynaklanan nöbetlerde panik semptomlarına benzer semptomların daha sık yaşandığı görülmüştür. Temporal bölge ile limbik sistem yakın komşuluk göstermesi ve bu bölgenin nöbetlerde sıklıkla etkilenmesinin bu korelasyonu açıklayabileceği düşünülmüştür (59). Görüntüleme çalışmalarında da parahipokampal bölge, amigdala, insula, hipotalamus gibi limbik sistem parçaları ile temporal ve frontal bölgelerin panik ataklarla ilişkili olabileceğine dair bulgular edinilmiştir (60). Panik bozukluk yaşayan kişilerde amigdala, temporal korteks ve raphe bölgesinde 5-HT<sub>1A</sub> reseptör bağlanmasının azaldığı bulunmuştur. Bu kişilere başlangıçta antidepresan tedaviler sonrasında postsinaptik reseptör yoğunluğu normal seviyeye gelmiş ancak hipokampus ve raphedeki 5-HT<sub>1A</sub> reseptör yoğunluğundaki azalma normal seviyeye dönmemiştir (61).

**2.2.4.2. Genetik faktörler:** Anksiyete bozuklukları içerisinde panik bozukluğu, olası genetik yüklülük açısından en iyi kanıt düzeylerine sahiptir. Bu

genetik yüklülüğün ilgili spesifik genlerinin tespit edilmesi çalışmaları devam etmektedir (62). Yapılan çalışmalar, birinci derece yakınlarında panik bozukluk tanısı olan kişilerde, olmayanlara göre artmış risk tespit etmişlerdir (63).

**2.2.4.3. Psikososyal faktörler:** Çocukluk çağı travmalarının panik atak ve panik bozukluk için önemli bir risk faktörü olduğu tespit edilmiştir. Yine çocukluk çağında ayrılma kaygısı ve okul fobisi olan çocukların ilerine panik bozukluk geliştirme olasılığının kontrollere kıyasla daha fazla olduğu bulunmuştur. Aile ile kurulan güvensiz bağlanma deneyimi de panik bozukluk ile ilişkilendirilmiştir (64).

**2.2.4.4. Psikolojik görüşler:** Freud, ani başlangıçlı, uyarılma ve yoğun bir kaygı ile kendisini gösteren tabloyu anksiyete nevrozu olarak tanımlamış, panik atakların da yaşanılan bu anksiyeteyi yaratan uyaranlara karşı yetersiz kalan savunma düzeneklerinin neticesinde geliştiğini öne sürmüştür (65). Panik bozukluğun gelişiminde etkili olduğu düşünülen etkenlerine bakıldığında, bağımlılık ve özerklik, davranışsal ketlenmeler, benliğin savunma düzenekleri ve ayrılık anksiyetesi ön plana çıkmaktadır (66).

Beck anksiyete bozukluklarını, kişinin çevre ve kendisi üzerinde kontrolünün olmadığı veya var olan kontrolünün kendisini güvende hissetmesi için yetersiz olduğu, iç veya dış tehditlere savunmasız kaldığı algısı olarak tanımlanan bir kırılganlık, zarar görebilirlik düşüncesi olarak açıklamaktadır (67). Kişi ilk panik atağını yaşadıkdan sonra bu atakların tekrarlayacağına dair kaygılanmaya başlar. Bu kaygılanma kişiyi kendi içsel duyularına ve dışsal uyaranlara karşı daha hassas hale getirir. Atakların tekrarlanması ile birlikte kişide kontrol kaybı düşüncesi pekişir böylece kişi üzerinde kontrolü olmadığını düşündüğü bu durumlardan kaçınma davranışları sergiler (68). Casey ve arkadaşları, bireyin panik ataklarla başa çıkma becerisini panik özyeterliliği olarak adlandırmışlar ve panik bozukluk yaşayan bir çok kişide bunun düşük olduğunu öne sürmüşlerdir (68). Clark'a göre ise içsel ve dışsal uyaranların tehdit olarak algılanması ile kaygı oluşur, kaygının artması ile birlikte katastrofik düşüncelerin de tabloya dahil olması ile kişi panik atak geçirebilir (69, 70).

### 2.2.5. Klinik Görünüm

Her panik atak, panik bozukluğunun göstergesi değildir. Sosyal anksiyete bozukluğu ya da spesifik fobilerde de kaçınılan durumlara maruz kalındığında kişiler panik atak geçirebilirler. Bu rahatsızlıkları yaşayan kişiler, yaşadıkları korkunun kaynağının son derece farkındadırlar ve bunu olay anında da ifade edebilirler; oysa panik bozukluk yaşayan kişilerde korku aniden ortaya çıkar, çoğunlukla bir sebep tarafından başlatılmamıştır ve kişiler yaşadıkları korkunun nedenini deneyimledikleri esnada açıklamakta ve kavramakta zorlanırlar (47).

Panik bozukluk sıklıkla geç ergenlik veya erken yetişkinlik döneminde (25 ila 35 yaş arasında) başlar (71). Kişiler ilk panik atak deneyimlerinden sonra yeni bir atak geçirme ihtimali sebebiyle korkuya kapılabilir ve ataklar arasında huzursuzluk, gerginlik, kaygı hissedebilirler. Bu endişeli dolu bekleyiş; dikkatte, uyanıklıkta ve uyarılabilirlikte artışa neden olarak kişilerin atak eşiklerini düşürüp bir sonraki atağın gelişim riskini arttırır (72).

Panik bozukluk yaşayan kişiler, sıklıkla bir ruh sağlığı profesyoneline başvurmak yerine genel tıbbi bakım alabilecekleri merkezlere ya da kardiyoloji, göğüs hastalıkları, nöroloji gibi özelleşmiş uzmanlık alanlarında çalışan hekimlere başvururlar. Bunun sebebi rahatsızlığın fiziksel semptomlarının kişilerde yarattığı korku ve katastrofik düşünceleridir (73).

Panik bozukluk ile birlikte görülebilen diğer psikiyatrik durumlar agarofobi, major depresif bozukluk, somatizasyon bozuklukları ve diğer anksiyete bozukluklarıdır (74). En sık görülen tıbbi komorbiditeler ise astım, hiperventilasyon ve kardiyovasküler bozukluklardır (75).

### 2.2.6. Prognoz

Panik bozukluk sıklıkla kronik gidişat gösteren, dönem dönem semptomların artış ya da azalış gösterebildiği bir psikiyatrik bozukluktur. Prognozu kişiden kişiye farklılık gösterir. Bi izlem çalışmasında, olguların %30'unun remisyona, %50 sinin kısmi remisyona girdiği kalan %20 lik kısmın ise şikayetlerinde düzelme olmadığı bazılarının ise semptomlarında artış olduğu görülmüştür (76).



### **2.2.7. Ayırıcı Tanı Tıbbi Rahatsızlıklar**

Panik bozukluk, geçirilen panik ataklara eşlik eden belirgin bedensel belirtiler sebebi ile sıklıkla tıbbi rahatsızlıklar ile karışabilir. Kardiyovasküler hastalıklar (mitral kapak prolapsusu, paroksizmal atriyal taşikardi vb), akciğer hastalıkları (astım, pulmoner emboli), endokrinolojik hastalıklar (hipertiroidi, feokromasitoma, karsinoid sendrom, hipoglisemi vb), ilaç intoksikasyonları (nikotin, amfetamin, kokain) gibi tıbbi durumlar ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken bazı durumlardır (5, 47).

#### **Agorafobi**

Agorafobide kişinin bulunduğu yer (toplu taşımalar, açık-kapalı alanlar, kalabalık ortamlar vb) yaşadığı kaygı ve korkunun asıl tetikleyicisiyken, panik bozuklukta sıklıkla belirgin bir tetikleyici etken olmadan, ansızın ve beklenmedik şekilde kaygı ve korku atakları görülür (4).

#### **Yaygın anksiyete bozukluğu**

Yaygın anksiyete bozukluğunda kaygı süreğen şekilde kendisini gösterir, sıklıkla belirli bir sebebe bağlı değildir. Zaman zaman artıp azalan bir seyir göstermesine karşın sıklıkla panik ataklarda görülen şiddette kaygı görülmez (5).

#### **Özgül fobi**

Özgül fobilerde kaygı, spesifik bir uyarana bağlı ortaya çıkar, uyarının ortadan kalkması ile kaygı yatıştır çoğu zaman özgül uyarın ile karşılaşılmadığı sürece sıkıntıya yol açmaz (4).

#### **Sosyal anksiyete bozukluğu**

Sosyal anksiyete bozukluğunda belirgin olan bilişsel süreç kişinin sosyal ortamlarda başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceğine dair inançlarıdır. Oysa panik bozuklukta kişilerin asıl korkuları panik atak geçirme ihtimallerine dairdir. Sosyal anksiyete bozukluğunda kişinin yanında başkalarının olması semptomların şiddetini arttırabilirken, panik bozuklukta sıklıkla rahatlaticı bir etmen olarak karşımıza çıkabilir (4, 5).

## **2.3. BEDEN İMAJI**

Beden imajı, vücutlarının gerçekte nasıl görüldüğüne bakılmaksızın, insanların kendi bedenlerine ilişkin sahip oldukları öznel “resimdir” (77). Kişinin bedenine yönelik, kendilik algısını ve tutumlarını kapsayan çok boyutlu bir yapıdır. (örn. düşünceler, duygular ve davranışlar) Beden imajı tutumları iki alt yapıdan oluşmaktadır. Beden imajı değerlendirmesi ‘evaluation’, kişinin değerlendirici inançları ve duyguları ile ilişkili olacak şekilde görünüşünden duyduğu memnuniyet/memnuniyetsizliği yansıtır. Beden imgesi yatırımı ‘investment’, kişinin dış görünüşünün ve bunun kendilik duygusu üzerindeki etkisinin önemini yansıtır (6).

### **2.3.1. Tarihçe**

Beden imajı kavramı ilk kez bir psikolojik fenomen olarak Alman yazar Schilder tarafından “Kendi bedenimizin zihnimizde oluşturduğumuz resmi, yani bedenin kendimize görünme şekli” şeklinde formüle edilmiştir (78). Beden imajı hakkındaki sonraki literatürel bilgiler, uygulamalı klinik kaygılardan büyük ölçüde etkilenmiştir. Nörolojik hastalıklar üzerine yapılan çalışmalarda özellikle ihmal sendromlarında görülen "hayalet uzuv", "ototopagnozi", "hemiasomatognozi" gibi fenomenler incelenerek vücut deneyiminin nöropatolojik biçimlerini anlamaya yönelik klinik girişimlerle başladı (79,80). Psikoloji alanında yapılan çalışmaların büyük kısmı ise bilinen psikiyatrik rahatsızlığı olmayan kişilerde (örneğin üniversite öğrencileri, gönüllü kişiler) kavramın anlaşılması ve geliştirilmesi amacıyla yapılmıştır. Psikiyatrik hastalıklar arasında en çok yeme bozuklukları ve beden dismorfik bozukluk ile çalışılmıştır (8).

### **2.3.2. Tanı ve Sınıflandırma**

Beden imajı, kişilerin fiziksel benliklerine yönelik tutumları olarak algılanabilir. Bu tutumlar değerlendirme, bilişsel ve davranışlar kısımları içerebilir. Beden imajı, kişinin yalnızca fiziksel görünüşünü değil aynı zamanda beden yeterliliğini (fitness kapasitesini) ve biyolojik bütünlüğünü (sağlık algısını) da kapsar

(7). Fiziksel görünüş, bireyin kendisinin ve çevresinin, dış görünüşü ile ilgili değerlendirmelerine dair düşüncelerini kapsar. Beden yeterliliği, kişinin kendi bedeninin fiziksel kapasitesi ve yeterliliğine dair sahip olduğu görüşleri içerir. Biyolojik bütünlük, bireyin fiziksel sağlığı hakkındaki fikir ve görüşlerini içerir (81).

### **2.3.3. Epidemiyoloji**

2007 yılında 2206 üniversite öğrencisinin katılımı ile yapılan UCLA Body Project çalışmasında, kadın katılımcıların 4'te 1 inde, erkek katılımcıların 8'de 1 inde genel bir beden imaj tatminsizliği bulunmuştur. Minör hoşnutsuzluklar ise bu sonuca dahil edilmemiştir (82). 1995'te Cash ve Henry, 803 kadın katılımcı ile beden imgesi tatminsizliğinin prevalansını saptamaya çalışmıştır. Çalışmanın sonucunda 803 kadın katılımcının yaklaşık yarısında genel bir beden imgesi tatminsizliği saptanmıştır (83). Tiggemann'ın, 2004 yılında yaş farklılıklarına ilişkin yaptığı bir meta-analiz çalışmasında, beden memnuniyetsizliğinin farklı yaş gruplarında nispeten benzer olduğu sonucuna varmıştır (84).

### **2.3.4. Etiyolojik Faktörler**

**2.3.4.1. Biyolojik faktörler:** Suisman ve ark. yaptıkları ikiz-adaptasyon çalışmalarında, kadınlarda kalıtım ile beden imajı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilirken, erkeklerde belirgin bir korelasyon saptanmamıştır (85).

Beden imajı, ergenlik ve genç erişkinlik dönemindeki hızlı gelişen bedensel değişiklikler, orta yaşlarda metabolik hızın yavaşlaması ile kilo alma, fiziksel güçte azalma ve ileri yaşlarda yaşlılığın getirdiği fonksiyon kayıpları ile bir yaşam döngüsü boyunca şekillenir (86, 87).

Nörolojik hastalıklar (MS, inme vb), metabolik bozukluklar (diyabet, cushing hastalığı, metabolik sendrom), romatolojik hastalıklar (romatoid artrit vb), travma ve organ kayıpları kişilerde beden imajı bozukluğu gelişmesine sebep olabilir (88).

**2.3.4.2. Psikososyal faktörler:** Kişilerde beden imajı uyumsuzluğuna sebep olabilecek sosyokültürel faktörler göz önüne alınarak Üçlü Etki Modeli önerilmiştir (89). Söz konusu modelde ebeveynler, akranlar ve medya kişide beden imajı uyumsuzluğunda etkili olabilecek üç temel etmen olarak kabul edilir. Bu temel etkenler iki işlemleyici mekanizma, içselleştirme ve sosyal karşılaştırma, ile kişilerdeki beden imajı tatminini etkiler. Sosyal karşılaştırma, kişinin beden imajı oluşumundaki temel etkenlerden; ebeveynlerinden, akranlarından ve medyadan gördüklerini kendisi ile kıyaslayarak bu kıyaslamalardan çeşitli bilişsel sonuçlar çıkarmasıdır. İçselleştirme ise, temel etkenlerden kişiye sunulan beklenti ve davranışları benimsemesidir (90).

**2.3.4.3. Psikolojik görüşler:** Beden imajı kavramını Thomas F. Cash, bilişsel davranışçı perspektiften açıklamaya çalışmış, beden imajının gelişiminde uzaksal ve yakınsal etkenlerden bahsetmiştir. Uzaksal faktörler, kişinin geçmişte yaşadığı deneyimleri ifade eder. Bu deneyimler kişinin bireysel yaşamından, kişiler arası etkileşimlerinden edindiği tecrübelerle olduğu kadar içinde yaşadığı toplumun ve kültürün getirdiği fikir ve düşüncelerle de şekillenir. Yakınsal faktörler ise, uzaksal faktörler neticesinde şekillenmiş olan kişilik, temel inançlar ve bilişsel şemalar uyarınca yaşantılanan beden imajı deneyimlerini içeren mevcut yaşam olaylarıdır. Bu deneyimler kişilerdeki olumsuz şemaları aktive ederek beden imajı ile ilgili negatif fikir ve düşüncelerin gelişmesine neden olur. Bu düşünceler kişiye sıkıntı verici duygulara sebep olur, bununla başa çıkmak içinse kişi çeşitli davranışlarda bulunabilir. Sıklıkla kaçınma, gizlenme, telafi davranışları, aşırı kontrolcülük görülebilir. Tüm bu düşünce, duygu ve davranış kalıpları kişinin aile, sosyal ve iş uyumunu bozabilir (91).

Beden imajını anlamamıza yardımcı olan başka iki kavram ise beden imajı değerlendirmesi ve beden imajı yatırımıdır. Beden imajı değerlendirmesi, kişinin fiziksel benlik algıları ile içselleştirdiği fiziksel ideallerinin uyum veya farklılığı ile şekillenen yorumudur. Beden imajı yatırımı ise bireylerin fiziksel görünümüne verdikleri önemi ifade etmektedir ve kişilerin fiziksel görünümüne dayalı olarak kendileriyle ilgili bilgileri ne ölçüde organize ettikleri ve işledikleridir (92).

Beden imajı yatırımı, kişinin görünüşünü geliştirmek için gösterdiği ilgi ya da "ellerinden gelenin en iyisini yapmak" şeklinde düşünebileceğimiz, uyum sağlayıcı ve motive edici şekilde olabileceği gibi kişilerin görünüşleri ile benlik değerleri arasında doğrudan bir ilişki kurduğu ve sıklıkla uyum bozucu olan işlevsiz bir formda da olabilir (93).

### **2.3.5. Klinik Görünüm**

Olumsuz beden imajı sıklıkla çocukluk döneminde ortaya çıkmaktadır. Ergenlik öncesi kızların yaklaşık %50'si ve erkeklerin %30'u vücutlarından hoşlanmamaktadır (94). Yetişkinlerde kadınların yaklaşık %60'ı ve erkeklerin %40'ı olumsuz bir beden imajına sahiptir ve bu oranlar yaşam boyu sabit kalır (95).

Vücut ağırlığı, vücut memnuniyetsizliğiyle güçlü bir ilişki içinde olduğu tespit edilmiştir. Fazla kilolu olmak hem erkekler hem de kadınlar tarafından negatif beden imajı ile ilişkili bulunurken, zayıf olmak erkekler için negatif kadınlar içinse pozitif beden imajı ile ilişkili bulunmuştur (82).

Beden imajı sıklıkla benlik saygısı, duygusal istikrar, cinsel davranış ve yeme davranışı ile doğrudan ilişkilidir (96). Yeme bozuklukları, beden dismorfik bozukluk, cinsel işlev bozuklukları, sosyal anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik rahatsızlıklar ile dermatolojik, onkolojik, romatolojik ve yanık gibi tıbbi durumlarda da negatif beden imajı sıklıkla görülebilir (97).

### 3. YÖNTEM VE GEREÇLER

#### 3.1. ÇALIŞMA GRUBUNUN SEÇİMİ

Bu araştırma kesitsel türde, analitik bir çalışma olarak tasarlanmıştır. Örneklem grubu; etik kurul izninden sonraki süreyi takip eden 1 yıl içinde (01.05.2023 – 01.05.2024) Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Erişkin Psikiyatri Polikliniklerine başvuran kişilerden, araştırma hakkında bilgilendirilip ve gönüllü olmayı kabul eden kişilerden oluşturulmuştur. Çalışmayla ilgili bilgilendirilme sonrasında; çalışmaya katılmayı kabul edip onam formunu imzalayan kişilerin tümüne DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme - Klinisyen Versiyonu (SCID-5/CV) uygulanarak ve DSM-5 tanı ölçütlerine dayalı psikiyatrik görüşme yapılarak tanı kesinleştirilmiştir. Araştırmaya alınma ölçütleri uyarınca dahil edilme ve dışlanma kriterleri açısından değerlendirilen hastalar, kriterleri karşılamaları doğrultusunda çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastaların tedavilerine takip eden doktorunun uygun gördüğü şekilde devam edilmiş, çalışma süresince katılımcıların tedavisine müdahalede bulunulmamıştır. Çalışmaya dahil edilen hastaların tedavileri ile takipleri klinik ve poliklinik hekimi tarafından çalışmadan bağımsız şekilde sürdürülmüştür.

#### **Araştırmaya Alınma Ölçütleri:**

- 18 yaş üstü ve 65 yaş altı olmak.
- Okuma-yazma bilmek.
- Hasta ile yapılan klinik görüşme ve SCID değerlendirmesi neticesinde DSM-V tanı ölçülerince sosyal anksiyete bozukluğu ya da panik bozukluk tanısını ilk kez almak.
- Araştırmanın amacı ve uygulanan ölçekler açıklandıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul etmiş olup, aydınlatılmış onam formunu imzalamak.

#### **Hasta grubu için dışlama ölçütleri:**

- Medikal geçmişinde, sosyal anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğu tanısı ve bu tanıya yönelik tedavi almış olmak.
- Son 1 ay içerisinde klinisyen tarafından değerlendirilmiş ve majör travma olarak nitelendirilen yaşam olayı deneyimlemiş olmak.
- Ölçeklerin uygulanmasına engel teşkil edebilecek muhakeme yetisini etkileyen nitelikte psikiyatrik tanı (şizofreni spektrum bozuklukları, bipolar bozukluk, madde kullanımına bağlı zihin ve davranış bozuklukları, madde kullanımına bağlı duygudurum bozukluğu ya da psikotik bozukluk, mental retardasyon vb.) veya nörolojik tanı (demans vb.) almış olma ya da görüşmede

## **3.2. DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİ**

### **3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu**

Çalışmaya katılacak olan kişilerin özellikleri ve çalışmanın amacı gözetilerek araştırmacı tarafından hazırlanmış olan veri toplama formudur.

### **3.2.2. Liebowitz - Sosyal Anksiyete Ölçeği**

Liebowitz, 1987 yılında sosyal fobi yaşayan kişilerin bildirdikleri performans ve sosyal alandaki zorlukları değerlendirebilecek bir ölçeğin olmaması sebebi ile bu alandaki eksikleri gidermek amacıyla Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği'ni geliştirmiştir. Ölçek 24 maddeden oluşan bir öz değerlendirme ölçeğidir. Her madde 0 (yok ya da çok hafif), 1 (hafif), 2 (orta) ve 3 (şiddetli) puanlarından birini alacak şekilde puanlanır. Ölçek kendi içinde kaygı ve kaçınma olarak 2 alt parametre içerir. Maddeler ortaktır. Yüksek skorlar kaygı ve kaçınmanın şiddetini gösterir. Çiğdem Soykan ve Halise Devrimci Özgüven tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış olup, iyi bir güvenilirlik ve geçerliliğe sahip olduğu gösterilmiştir (98).



### 3.2.3. DSM-5 Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından hazırlanmış, 10 maddeden oluşan bir öz değerlendirme ölçeğidir ve beşli Likert tipi değerlendirme sağlar (0 = hiçbir zaman, 4 = zamanın tamamında). Ölçek panik bozukluğunun son yedi gün içinde kişilerin yaşamlarını ne ölçüde etkilediğini göz önünde bulundurur ve ölçek maddelerinden elde edilen puanlar panik bozukluğunun şiddetini göstermektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan 40'tır. Yüksek puanlar panik bozukluğunun şiddeti ile koreledir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kuzeymen Balıkçı ve ark. tarafından yapılmıştır ve güvenilir, geçerli şekilde uygulanabileceğini gösterilmiştir (99).

### 3.2.4. Çok Yönlü Beden-Kendilik İlişkileri Ölçeği

Winstead ve Cash tarafından 1984 yılında geliştirilen Çok Yönlü Beden-Kendilik İlişkileri Ölçeği kişilerin beden imajı yapılanmalarını ve bu yapıya yönelik tutumlarını ölçebilmek amacıyla geliştirilmiş 69 maddeden oluşan bir Likert tipi öz-bildirim ölçeğidir. Her madde, 1 (hiç katılmıyorum), 2 (katılmıyorum), 3 (kararsızım), 4 (katılıyorum), 5 (tamamen katılmıyorum) puanlarından birini alacak şekilde puanlanır. Bazı maddeler ters anlatımlar içerir ve bu maddeler 5, 4, 3, 2, 1 olacak şekilde tersten puanlanır. Ölçek kendi içerisinde 7 alt parametre içerir (100).

1. **Görünüşü değerlendirme** (5, 9, 17, 23, 32, 40\*). 6 adet maddeden oluşan, kişinin kendi görünüşü hakkında kendisinin ve çevresinin görüşleri üzerindeki fikirlerinin değerlendirildiği bir alt boyuttur.
2. **Görünüş yönelimi** (1, 2, 10, 18, 24, 25\*, 33\*, 34, 41\*, 42) 10 maddeden oluşan bu alt boyut; kişinin görünüşünü düzeltmek ve geliştirmek amacıyla takındığı tutum ve davranışları içerir.
3. **Fiziksel yeterliliği değerlendirme** (3, 11, 19, 26\*, 35\*, 43) 6 adet maddeden oluşan, kişinin bedensel kapasitesi ve yeterliliği hakkındaki öznel görüşlerini değerlendiren alt boyuttur.

4. **Fiziksel yeterlilik yönelimi** (4, 12\*, 13\*, 20, 27\*, 28, 36, 44, 45) 9 adet maddeden oluşan bu alt boyut, kişinin bedensel kapasite ve yeterliliğini arttırma ve geliştirme konusunda takındığı tutum ve davranışları kapsar.
5. **Sağlık değerlendirmesi** (6, 14\*, 21, 29\*, 37\*, 46) 6 maddeden oluşan, kişinin öznel sağlığı hakkındaki fikir ve düşüncelerini değerlendiren alt boyuttur.
6. **Sağlık yönelimi** (7, 8, 15, 16, 22, 30\*, 31\*, 38, 39\*, 47, 48) 11 adet maddeden oluşan bu alt boyut, kişinin öznel sağlığı, iyilik hali, hastalıklar açısından dayanıklılığı gibi konularda gelişim göstermek için takındığı tutum ve sergilediği davranışları değerlendirir.
7. **Beden alanlarından doyum** (49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57) 9 maddeden oluşan bu alt boyut, bedensel görünüş açısından kişinin beden parçalarından memnuniyetine dair öznel değerlendirmelerini kapsar.

\* İşaretleli maddeler ters anlatımlı maddeleri göstermektedir.

Türkçe çevirisi Orhan Doğan ve Selma Doğan tarafından yapılarak geçerlik ve güvenirlik çalışması yapmış, Türk toplumu için, 57 maddeden oluşmasına karar verilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının  $\alpha:0,94$  olduğunu saptanmıştır. Ölçeğin madde sayısının 57 ye düşürülmesi ile birlikte bir katılımcının alabileceği minimum puan 57, maksimum puan 285 olarak belirlenmiştir. Alt grupların toplam puanları içerdikleri madde sayılarına bölünerek ‘ortalama alt grup puanları’ hesaplanır. Ortalama puanın düşük olması beden imajı bozukluğunu gösterir (100).

### 3.2.5. Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği

Cash ve arkadaşları, 2004 yılında kişilerin beden imajı deneyimleri ile nasıl başa çıktıklarını ölçebilmek amacı ile Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeğini (Body Image Coping Strategies Inventory-BICSI) geliştirmiştir. 29 maddeden oluşan, kişinin kendisi tarafından doldurulan bir ölçektir. Ölçek 4'lü Likert tipi bir değerlendirme sağlar. Maddeler; 0 (Hiç katılmıyorum), 1 (Katılmıyorum), 2 (Katılıyorum) ve 3 (Tamamen katılıyorum) puanlarından birini alacak şekilde

puanlanır. Ölçek kendi içerisinde 3 alt parametre içerir. Alt ölçekler puanlanırken maddelerin ortalaması alınır. Yüksek puanlar, ilgili başa çıkma stratejisinin daha fazla kullanıldığını gösterir.

1. **Görünüşü düzeltme** (1-2-3-4-5-6-7-8-9-10. madde) 10 maddeden oluşan bu alt boyut, kişinin beden imajına yönelik olumsuz düşünce ve değerlendirmeleri uyarınca bu olumsuzluklara yönelik telafi ve düzeltme çabalarını kapsar.
2. **Olumlu mantıksal kabullenme** (11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21. madde) 11 maddeden oluşan bu alt boyut, kişinin beden imajına yönelik olumsuz düşünce ve değerlendirmelerinin aslında o kadar da gerçekçi ya da önemli olmadığına dair olumlayıcı ve mantıksal düşüncelerini değerlendirir.
3. **Kaçınma** (22-23-24-25-26-27-28-29. madde) 8 maddeden oluşan bu alt boyut, kişinin beden imajı ile ilgili olumsuz düşünce ve değerlendirmelerden kaçınma isteği ve derecesini değerlendirir.

Tayfun Doğan, Fatma Sapmaz ve Tarın Totan tarafından ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmıştır ve ölçeğin Türk toplumunda kullanılabilir olduğunu göstermişlerdir (101, 102).

### 3.2.6. Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği

Cash ve Fleming, 2002 yılında kişilerin beden imajlarının yaşamlarına ne ölçüde etki ettiğini ölçebilmek amacı ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği'ni (Body Image Quality of Life Inventory) geliştirmiştir. 19 maddeden oluşan, kısa ve hızlıca uygulanabilen bir ölçektir. Maddeler +3, +2, +1, 0, -1, -2, -3 puanlarından birini alacak şekilde puanlanır. Alınan artı değerler beden imajının olumluluk derecesini gösterirken eksi değerler olumsuzluk derecesini yansıtır. '0' puan işaretlenen maddenin yaşam niteliğine etkisi olmadığını gösterir. Ölçekten en yüksek +57 puan, en düşük -57 puan alınabilir. Ölçeğin kesme puanı yoktur. Ölçek kendi içerisinde 4 alt parametre içerir.

**1. Kendilik değeri üzerine etkisi (1-2-3-5-6-7-8. madde)**

**2. Günlük yaşantı üzerine etkisi (9-10-17-18-19. madde)**

**3. Karşı cinsle etkileşime etkisi (4-11-12-16. madde)**

**4. Tutum ve davranış üzerine etkisi (13-14-15. madde)**

Meral Demiralp ve Bahtiyar Demiralp ve ark. ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmıştır ve ölçeğin Türk toplumunda kullanılabilir olduğunu göstermişlerdir (6, 103).

### **3.2.7. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Klavuzu - Klinisyen Versiyonu (SCID-5/CV)**

DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme - Klinisyen Versiyonu (SCID-5/CV), ruhsal bozukluklarda yaşanan tanı güvenilirliği zayıflığının önüne geçmek, klinik görüşmelerin standardizasyonunu sağlamak ve tanı geçerlilik ve güvenilirliğini arttırmak amacıyla geliştirilmiştir. SCID-5, 10 modülden oluşmaktadır. 32 tanısal kategoride ayrıntılı tanı ölçütleri, 17 tanısal kategoride ise yalnızca araştırmacı sorular yer almaktadır. Modüller, psikotik belirtiler, psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar ile travma sonrası stres bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, diğer bozukluklar için araştırmacı sorular ve uyum bozukluğunu içermektedir. Elbir ve arkadaşları tarafından 2019 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Şizofreni, bipolar bozukluk, major depresif bozukluk, panik bozukluğu, distimik bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluğun tanı uyuma oranları mükemmel olarak bulunmuştur. Anksiyete bozukluğu kümesi altında yer alan yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, özgül fobi ve agorafobi tanılarında mükemmel güvenilirlik verileri gösterilmiştir (104).

### **3.3. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME**

Analizler IBM SPSS Statistics V23 programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak kategorik değişkenler için sıklık (n) ve yüzde (%), sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, medyan (ortanca), en küçük değer (minimum) ve en büyük değer (maksimum) verilmiştir. İki kategorik değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığı Pearson Ki-kare testi ile incelenmiştir. Sayısal değişkenlerin dağılımı normallik testleri (Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri) ve grafiksel yöntemler (histogram, qq-plot) ile değerlendirilmiştir. İki bağımsız grup arasında sayısal bir değişken bakımından fark olup olmadığına, parametrik test varsayımları sağlanıyorsa iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (Student's t-test), sağlanmıyorsa Mann-Whitney U testi ile bakılmıştır. İki sayısal değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığı, parametrik test varsayımları sağlanıyorsa Pearson korelasyon katsayısı (r), parametrik test varsayımları sağlanmıyorsa Spearman korelasyon katsayısı (rS) ile değerlendirilmiştir. Korelasyon katsayılarının büyüklüğü 0,00-0,19 aralığında ise çok düşük, 0,20-0,39 aralığında ise düşük, 0,40-0,59 aralığında ise orta, 0,60-0,79 aralığında ise yüksek, 0,80 ve üzerinde ise çok yüksek düzeyde ilişki olarak kabul edilmiştir. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi ( $\alpha$ , tip I hata) 0,05 alınmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. GRUPLARIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Katılımcıların yaş ortalaması 25,27 yıl olarak belirlenmiştir ve yaş aralığı 18 ile 48 yıl arasında değişmektedir. Cinsiyet dağılımına bakıldığında, katılımcılardan 46'sının (%65,71) kadın, 24'ünün (%34,29) erkek olduğu görülmektedir. Medeni durum açısından, katılımcıların 56'sı (%80) bekar, 13'ü (%18,57) evli ve 1 tanesi (%1,43) duldur.

Çalışma durumu incelendiğinde, katılımcıların 29'u (%41,43) çalışmakta, 41'i (%58,57) ise çalışmamaktadır. Eğitim seviyeleri değerlendirildiğinde, 2 kişi (%2,86) ilkokul, 4 kişi (%5,71) ortaokul, 26 kişi (%37,14) lise, 37 kişi (%52,86) üniversite ve 1 kişi (%1,43) lisans üstü eğitim almıştır. Gelir durumuna göre 25 katılımcı (%35,71) asgari ücretin altında, 21 katılımcı (%30) asgari ücrete, 24 katılımcı (%34,29) ise asgari ücretin üzerinde bir gelire sahiptir.

Sağlık durumu açısından, katılımcıların 56'sı (%80) ek hastalığı olmadığını belirtirken, 14'ü (%20) bir veya daha fazla ek hastalığı olduğunu bildirmiştir. En yaygın ek hastalık astım (n=4) olup, bunu diyabet (n=1) ve hipertansiyon (n=1) gibi diğer hastalıklar izlemektedir.

Soygeçmiş açısından, katılımcıların 49'u (%70) ailesinde herhangi bir ruhsal hastalık öyküsünün olmadığını belirtirken, 5'inde (%7,14) yaygın anksiyete bozukluğu ve 7'sinde (%10) panik bozukluğu olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların boy ortalaması 169,44 cm, kilo ortalaması ise 65,57 kg olarak kaydedilmiştir. Beden kitle indeksi ortalaması 22,72 olarak hesaplanırken, katılımcıların en düşük kilo ortalaması 58,39 kg, en yüksek kilo ortalaması ise 71,81 kg olarak belirlenmiştir. Kilo değişimi ise ortalama 13,43 kg olarak ölçülmüştür.

Katılımcılardan 4 ünde (%5,71) fiziksel anomali tespit edilmiştir.

Ameliyat izi açısından katılımcıların 19'u (%27,14) ameliyat izine sahip olduklarını belirtmiştir. Yine katılımcıların 20 tanesi (%28,57) ameliyat izi haricinde bir yara izine sahip olduğunu belirtmiştir.

Dövme yaptırmış olma açısından değerlendirilen katılımcıların 22 tanesinin (%31,43) dövmesi olduğu öğrenilmiştir. Piercing takmalarına göre ise, katılımcıların 22 tanesinin (%31,43) piercing kullandığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan katılımcıların 5 tanesi (%7,14) estetik müdahale yaptırmıştır. Benzer şekilde estetik ameliyat geçiren de 5 katılımcı (%7,14) olduğu öğrenilmiştir.

**Tablo 1.** Tanımlayıcı istatistikler (n=70)

		<b>n/Ort±S.S.</b>	<b>%/Medyan (Min-Maks)</b>
Yaş		25,27±7,01	23,5 (18-48)
Cinsiyet	Kadın	46	65,71
	Erkek	24	34,29
Medeni durum	Bekar	56	80,00
	Dul	1	1,43
	Evli	13	18,57
Çalışma durumu	Evet	29	41,43
	Hayır	41	58,57
Eğitim	İlkokul	2	2,86
	Ortaokul	4	5,71
	Lise	26	37,14
	Üniversite	37	52,86
	Lisans üstü	1	1,43
Gelir	Asgari ücret altı	25	35,71
	Asgari ücret	21	30,00
	Asgari ücret üstü	24	34,29
Ek hastalık	Yok	56	80,00
	Var	14	20,00
Soygeçmiş	Anksiyete Bozukluğu	5	7,14
	Bipolar Bozukluk	2	2,86
	Depresyon	1	1,43
	Hayır	49	70,00
	İntihar	1	1,43
	OKB	1	1,43
	Panik Bozukluk	7	10,00
	Şizofreni	3	4,29
Sosyal Anksiyete	1	1,43	

**Tablo 1.** (devam) Tanımlayıcı istatistikler (n=70)

Boy		169,44±8,94	169,5 (147-190)
Kilo		65,57±14,47	64,5 (38-120)
Beden kitle indeksi		22,72±4,06	22,12 (16,56-36,75)
En düşük kilo		58,39±11,82	56 (34-90)
En yüksek kilo		71,81±17,06	70 (41-124)
Kilo değişimi (En yüksek kilo - En düşük kilo)		13,43±10,52	10 (1-48)
Fiziksel anomali	Evet	4	5,71
	Hayır	66	94,29
Ameliyat izi	Yok	51	72,86
	Var	19	27,14
Yara izi	Yok	50	71,43
	Var	20	28,57
Dövme	Yok	48	68,57
	Var	22	31,43
Piercing	Yok	48	68,57
	Var	22	31,43
Estetik müdahale	Yok	65	92,86
	Var	5	7,14
Estetik ameliyat	Yok	65	92,86
	Var	5	7,14

Kadınların oranı her iki grupta da yüksektir, ancak gruplar arasında cinsiyet dağılımı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,314$ ).

Panik bozukluk grubunda çalışanların oranı (%62,86) SAB grubuna göre (%20) anlamlı olarak daha yüksektir ( $p<0,001$ ).

Gruplar arasında gelir durumu dağılımı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. SAB yaşayan kişilerin yarısından fazlası asgari ücretin altında bir gelir durumuna sahipken PB yaşayan kişilerin yarısından fazlası asgari ücretin üstünde bir gelir seviyesindedir ( $p=0,002$ ).

Panik bozukluk grubunda ameliyat izi olanların oranı (%40), SAB grubundan (%14,29) daha yüksek bulunmuştur, bu durum da istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,016$ ).

Panik bozukluk grubunda dövmesi olanların oranı daha yüksek bulunmuştur, bu fark da istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,039$ ).

Gruplar arasında ek hastalığa sahip olma ( $p=0,232$ ), yara izine sahip olma ( $p=0,290$ ) ve piercing kullanımını ( $p=0,122$ ) bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

**Tablo 2.** Kategorik değişkenlerin gruplara göre dağılımı

		Grup				Test İstatistiği ( $\chi^2$ )	P değeri
		SAB		PB			
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	21	60,00	25	71,43	1,014	0,314
	Erkek	14	40,00	10	28,57		
Çalışma durumu	Evet	7	20,00	22	62,86	13,246	<0,001
	Hayır	28	80,00	13	37,14		
Gelir durumu	Asgari ücret altı	19	54,29	6	17,14	12,808	0,002
	Asgari ücret	10	28,57	11	31,43		
	Asgari ücret üstü	6	17,14	18	51,43		
Ek hastalık	Yok	30	85,71	26	74,29	1,429	0,232
	Var	5	14,29	9	25,71		
Fiziksel anomali	Evet	3	8,57	1	2,86	-	-
	Hayır	32	91,43	34	97,14		
Ameliyat izi	Yok	30	85,71	21	60,00	5,851	0,016
	Var	5	14,29	14	40,00		
Yara izi	Yok	27	77,14	23	65,71	1,120	0,290
	Var	8	22,86	12	34,29		
Dövme	Yok	28	80,00	20	57,14	4,242	0,039
	Var	7	20,00	15	42,86		
Piercing	Yok	27	77,14	21	60,00	2,386	0,122
	Var	8	22,86	14	40,00		
Estetik müdahale	Yok	33	94,29	32	91,43	-	-
	Var	2	5,71	3	8,57		
Estetik ameliyat	Yok	31	88,57	34	97,14	-	-
	Var	4	11,43	1	2,86		

*Pearson Ki-kare testi*

Not: Fiziksel anomali, estetik müdahale ve estetik ameliyat geçiren kişi sayısının azlığı sebebi ile hipotez testi uygulanamamıştır.

Gruplar arasında beden kitle indeksi ve kilo değişimi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Gruplar arasında yaş dağılımı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0,001$ ). PB grubunun yaş ortancası/medyanı (27) SAB grubuna göre (21) anlamlı olarak daha yüksektir.

**Tablo 3.** Grupların yaş, beden kitle indeksi ve kilo değişimi bakımından karşılaştırılması

	SAB (n=35)		PB (n=35)		Test İstatistiği (Z)	p değeri
	Ort±S.S.	Medyan (Min-Maks)	Ort±S.S.	Medyan (Min-Maks)		
Yaş	21,94±3,51	21 (18-31)	28,6±8,04	27 (20-48)	-3,968	<0,001
Beden kitle indeksi	22,34±3,99	22,06 (16,56-36,75)	23,09±4,16	22,6 (17,59-36,63)	-0,664	0,507
Kilo değişimi	11,34±8,27	10 (2-46)	15,51±12,14	12 (1-48)	-1,456	0,146

*Mann-Whitney U Testi*

#### 4.2. GRUPLARIN ÖLÇEK PUANLARI İLE İLİŞKİLERİNİN İNCELENMESİ

Gruplar arasında Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği total ölçek puanı ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ( $p=0,026$ ). PB grubunun total ölçek puan ortalaması (3,22) SAB grubuna göre (2,93) anlamlı olarak daha yüksektir.

Gruplar arasında görünüş değerlendirme alt parametresi puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ( $p=0,001$ ). PB grubunun görünüş değerlendirme alt parametresi puan ortalaması (3,47) SAB grubuna göre (2,73) anlamlı olarak daha yüksektir.

Gruplar arasında görünüş yönelimi alt parametresi ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p=0,05$ ).

Gruplar arasında fiziksel yeterliliği değerlendirme alt parametresi puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0,001$ ). PB grubunun fiziksel yeterliliği değerlendirme alt parametresi puan ortalaması (3,5) SAB grubuna göre (2,86) anlamlı olarak daha yüksektir.

Gruplar arasında fiziksel yeterlilik yönelimi alt parametresi puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Gruplar arasında sağlık değerlendirme alt parametresi puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Gruplar arasında sağlık yönelimi alt parametresi puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ( $p=0,045$ ). PB grubunun sağlık yönelimi alt parametresi puan ortalaması (3,22) SAB grubuna göre (2,88) anlamlı olarak daha yüksektir.

Gruplar arasında beden alanlarından doyum alt parametresi puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ( $p=0,011$ ). PB grubunun beden alanlarından doyum alt parametresi puan ortalaması (3,16) SAB grubuna göre (2,6) anlamlı olarak daha yüksektir.

**Tablo 4.** Grupların Çok Yönlü Beden-Kendilik İlişkileri Ölçeği alt parametreleri ve total skoru bakımından karşılaştırılması

Çok Yönlü Beden-Kendilik İlişkileri Ölçeği Total Skor ve Alt Parametreleri	SAB (n=35)		PB (n=35)		Test İstatistiği (t)	p değeri
	Ort±S.S.	Medyan (Min-Maks)	Ort±S.S.	Medyan (Min-Maks)		
Görünüşü Değerlendirme	2,73±0,9	2,83 (1,17-4,5)	3,47±0,86	3,5 (1,83-4,83)	-3,509	<b>0,001</b>
Görünüş Yönelimi	3,89±0,82	4 (2-5)	3,53±0,72	3,8 (2-4,7)	1,996	0,05
Fiziksel Yeterliliği Değerlendirme	2,86±0,79	2,83 (1,5-4,67)	3,5±0,6	3,5 (2,33-4,83)	-3,835	<b>&lt;0,001</b>
Fiziksel Yeterlilik Yönelimi	2,55±0,87	2,44 (1,22-4,11)	2,77±0,78	2,56 (1,78-4,89)	-1,123	0,265
Sağlık Değerlendirme	2,76±0,91	2,83 (1-4,83)	2,96±0,72	3 (1-4,17)	-1,048	0,299
Sağlık Yönelimi	2,88±0,78	2,82 (1,45-4,45)	3,22±0,6	3,27 (1,55-4,36)	-2,038	<b>0,045</b>
Beden Alanlarından Doyum	2,6±0,89	2,44 (1,56-4,89)	3,16±0,9	3,22 (1,22-5)	-2,602	<b>0,011</b>
Total Skor	2,93±0,61	2,84 (1,75-4,53)	3,22±0,44	3,19 (2,42-4,21)	-2,271	<b>0,026</b>

*İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (Student's t-test)*

Gruplar arasında Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği total puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0,001$ ). SAB grubunun total puan ortalaması (1,59) PB grubuna göre (1,29) anlamlı olarak daha yüksektir.

Gruplar arasında görünüşü düzeltme alt parametresi puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0,001$ ). SAB grubunun görünüşü düzeltme alt parametresi puan ortalaması (2,02) PB grubuna göre (1,31) anlamlı olarak daha yüksektir.

Gruplar arasında olumlu mantıksal kabullenme alt parametresi puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Gruplar arasında kaçınma alt parametresi puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ( $p=0,003$ ). SAB grubunun kaçınma alt parametresi puan ortalaması (1,41) PB grubuna göre (1,01) anlamlı olarak daha yüksektir.

**Tablo 5.** Grupların Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği alt parametreleri ve total skoru bakımından karşılaştırılması

Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Total Skor ve Alt Parametreleri	SAB (n=35)		PB (n=35)		Test İstatistiği (t)	p değeri
	Ort±S.S.	Medyan (Min-Maks)	Ort±S.S.	Medyan (Min-Maks)		
Görünüşü Düzeltme	2,02±0,48	2 (0,9-3)	1,31±0,49	1,3 (0,3-2,2)	6,13	<0,001
Olumlu Mantıksal Kabullenme	1,33±0,58	1,36 (0,27-2,55)	1,48±0,57	1,55 (0,09-2,55)	-1,109	0,272
Kaçınma	1,41±0,56	1,38 (0,5-2,75)	1,01±0,54	1 (0,13-2,38)	3,112	0,003
Total Skor	1,59±0,28	1,59 (1,14-2,24)	1,29±0,3	1,31 (0,59-2)	4,368	<0,001

*İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (Student's t-test)*

Gruplar arasında Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği total puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0,001$ ). PB grubunun total ölçek puan ortalaması (17,51) SAB grubuna göre (-1,91) anlamlı olarak daha yüksektir.

Gruplar arasında kendilik alt parametresi puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0,001$ ). PB grubunun kendilik alt parametresi puan ortalaması (10,2) SAB grubuna göre (0,86) anlamlı olarak daha yüksektir.

Gruplar arasında günlük yaşantı alt parametresi puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ( $p=0,016$ ). PB grubunun günlük yaşantı alt parametresi puan ortalaması (2,43) SAB grubuna göre (-1,37) anlamlı olarak daha yüksektir.

Gruplar arasında karşı cins ile etkileşim alt parametresi puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ( $p < 0,001$ ). PB grubunun karşı cins ile etkileşim alt parametresi puan ortalaması (3,97) SAB grubuna göre (-0,66) anlamlı olarak daha yüksektir.

Gruplar arasında davranış alt parametresi puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 6.** Grupların Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği alt parametreleri ve total skoru bakımından karşılaştırılması

Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği Total Skor ve Alt Parametreleri	SAB (n=35)		PB (n=35)		Test İstatistiği (t)	P değeri
	Ort±S.S.	Medyan (Min-Maks)	Ort±S.S.	Medyan (Min-Maks)		
Kendilik	0,86±8,17	0 (-21-19)	10,2±5,31	10 (-1-21)	-5,675	<0,001
Günlük Yaşantı	-1,37±6,95	-1 (-14-12)	2,43±5,91	3 (-12-15)	-2,463	0,016
Karşı Cins ile Etkileşim	-0,66±5,72	-1 (-11-11)	3,97±4,15	4 (-7-11)	-3,874	<0,001
Davranış	-0,74±5,01	-1 (-9-8)	0,91±4,56	1 (-9-8)	-1,447	0,153
Total Skor	-1,91±21,65	-4 (-40-47)	17,51±14,67	18 (-17-43)	-4,396	<0,001

*İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (Student's t-test)*

Panik Bozukluk hastalarında DSM-5 Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği puanları ile Çok Yönlü Beden-Kendilik İlişkileri Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

### 4.3. GRUPLARDA ÖLÇEK PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

**Tablo 7.** Panik bozukluk hastalarında DSM-5 Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği puanları Çok Yönlü Beden-Kendilik İlişkileri Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiler

Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği Total Skor ve Alt Parametreleri	Panik Bozukluk Şiddeti	
	r	p
Görünüşü Değerlendirme	0,030	0,864
Görünüş Yönelimi	-0,057	0,746
Fiziksel Değerlendirme	-0,082	0,640
Fiziksel Yönelim	-0,131	0,454
Sağlık Değerlendirme	-0,028	0,871
Sağlık Yönelimi	-0,143	0,413
Beden Doyumu	0,009	0,959
Total Skor	-0,097	0,579

*Pearson Korelasyon Katsayısı*

Panik Bozukluk hastalarında DSM-5 Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği puanları ile Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 8.** Panik bozukluk hastalarında DSM-5 Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği puanları ile Baş Etme Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiler

Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Total Skor ve Alt Parametreleri	Panik Bozukluk Şiddeti	
	r	p
Görünüşü Düzeltme	0,108	0,537
Olumlu Kabullenme	-0,218	0,207
Kaçınma	0,142	0,417
Baş Etme Ölçeği Toplam	-0,028	0,875

*Pearson Korelasyon Katsayısı*

Panik Bozukluk hastalarında DSM-5 Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği puanları ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 9.** Panik bozukluk hastalarında Panik Bozukluğu Şiddeti ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiler

Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği Total Skor ve Alt Parametreleri	Panik Bozukluk Şiddeti	
	r	p
Kendilik	-0,243	0,160
Günlük Yaşantı	-0,021	0,904
Karşı Cins	-0,172	0,324
Davranış	-0,288	0,093
Yaşam Niteliği Ölçeği Toplam	-0,235	0,175

*Pearson Korelasyon Katsayısı*

Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği total skoru ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği total ve alt parametre skorları arasında; görünüşü değerlendirme, fiziksel yeterliliği değerlendirme, sağlık değerlendirmesi, beden alanlarından doyum alt parametreleri ve ölçek total puanı ile anlamlı ve negatif yönlü ilişkiler bulunmuştur. Bulunan ilişkiler görünüşü değerlendirme, fizik yeterliliği değerlendirme alt parametreleri ve ölçek total skoru ile düşük düzeyde; sağlık değerlendirme ve beden alanlarından doyum alt parametreleri ile orta düzeyde anlamlı tespit edilmiştir.

Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği kaygı skoru ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği total ve alt parametre skorları arasında; fiziksel yeterliliği değerlendirme, sağlık değerlendirmesi, beden alanlarından doyum alt parametreleri ile anlamlı ve negatif yönlü ilişkiler bulunmuştur. Bulunan ilişkiler fiziksel yeterliliği değerlendirme ve sağlık değerlendirme alt parametreleri ile düşük düzeyde, beden alanlarından doyum alt parametresi ile orta düzeyde anlamlı tespit edilmiştir.

Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği kaçınma skoru ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği total ve alt parametre skorları arasında; görünüşü değerlendirme, fiziksel yeterliliği değerlendirme, sağlık değerlendirmesi, beden alanlarından doyum alt parametreleri ve ölçek total puanı ile anlamlı ve negatif yönlü ilişkiler bulunmuştur. Bulunan ilişkiler fiziksel yeterliliği değerlendirme alt parametresi ile düşük düzeyde; görünüşü değerlendirme, sağlık değerlendirmesi, beden alanlarından doyum alt parametreleri ve ölçek total puanı ile orta düzeyde anlamlı tespit edilmiştir.

**Tablo 10.** Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile Çok Yönlü Beden-Kendilik İlişkileri Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiler

	Liebowitz Kaygı		Liebowitz Kaçınma		Liebowitz Total Skor	
	r	p	r	p	r	p
<b>Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği Total Skor ve Alt Parametreleri</b>						
Görünüşü Değerlendirme	-0,236	0,172	<b>-0,435</b>	<b>0,009</b>	<b>-0,354</b>	<b>0,037</b>
Görünüş Yönelimi	0,125	0,475	-0,105	0,550	0,011	0,951
Fiziksel Yeterliliği Değerlendirme	<b>-0,364</b>	<b>0,031</b>	<b>-0,377</b>	<b>0,025</b>	<b>-0,392</b>	<b>0,020</b>
Fiziksel Yeterlilik Yönelimi	0,089	0,613	-0,057	0,744	0,017	0,925
Sağlık Değerlendirmesi	<b>-0,390</b>	<b>0,021</b>	<b>-0,400</b>	<b>0,017</b>	<b>-0,417</b>	<b>0,013</b>
Sağlık Yönelimi	-0,229	0,185	-0,282	0,101	-0,270	0,117
Beden Alanlarından Doyum	<b>-0,464</b>	<b>0,005</b>	<b>-0,506</b>	<b>0,002</b>	<b>-0,512</b>	<b>0,002</b>
Total Skor	-0,259	0,133	<b>-0,405</b>	<b>0,016</b>	<b>-0,351</b>	<b>0,039</b>

*Pearson Korelasyon Katsayısı*

Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği total skoru ile Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği total ve alt parametre skorları arasında görünüşü düzeltme ve olumlu mantıksal kabullenme alt parametreleri ile anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Görünüşü düzeltme alt parametresi ile pozitif yönlü ve düşük düzeyde; olumlu

kabullenme alt parametresi ile ise negatif yönlü ve orta düzeyde ilişki tespit edilmiştir.

Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği kaygı skoru ile Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği total ve alt parametre skorları arasında görünüşü düzeltme ve olumlu mantıksal kabullenme alt parametreleri ile anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Görünüşü düzeltme alt parametresi ile pozitif yönlü ve orta düzeyde; olumlu mantıksal kabullenme alt parametresi ile ise negatif yönlü ve düşük düzeyde ilişki tespit edilmiştir.

Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği kaçınma skoru ile Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği total ve alt parametre skorları arasında olumlu mantıksal kabullenme alt parametresi ile negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

**Tablo 11.** Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiler

	Liebowitz Kaygı		Liebowitz Kaçınma		Liebowitz Total Skor	
	r	p	r	p	r	p
Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Total Skor ve Alt Parametreleri						
Görünüşü Düzeltme	<b>0,471</b>	<b>0,004</b>	0,242	0,161	<b>0,377</b>	<b>0,026</b>
Olumlu Mantıksal Kabullenme	<b>-0,371</b>	<b>0,028</b>	<b>-0,465</b>	<b>0,005</b>	<b>-0,441</b>	<b>0,008</b>
Kaçınma	0,214	0,216	0,288	0,094	0,265	0,124
Baş Etme Ölçeği Toplam	0,108	0,538	-0,061	0,728	0,025	0,887

*Pearson Korelasyon Katsayısı*

Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği total skoru ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği total ve alt parametre skorları arasında; kendilik, günlük yaşantı, karşı cins ile etkileşim alt parametreleri ve ölçek total skoru ile negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği kaygı skoru ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği total ve alt parametre skorları arasında; kendilik, günlük yaşantı, karşı cins ile etkileşim alt parametreleri ve ölçek total skoru ile anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Karşı cinsle etkileşim ve günlük yaşantı alt parametreleri ile

negatif yönlü ve düşük düzeyde, kendilik alt parametresi ve ölçek total skoru ile negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir.

Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği kaçınma skoru ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği total ve alt parametre skorları arasında; kendilik, günlük yaşantı, karşı cins ile etkileşim alt parametreleri ve ölçek total skoru ile negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

**Tablo 12.** Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiler

Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği Total Skor ve Alt Parametreleri	Liebowitz Kaygı		Liebowitz Kaçınma		Liebowitz Total Skor	
	r	p	r	p	r	p
Kendilik	-0,420	0,012	-0,588	<0,001	-0,532	0,001
Günlük Yaşantı	-0,357	0,035	-0,457	0,006	-0,430	0,010
Karşı Cins	-0,339	0,046	-0,465	0,005	-0,425	0,011
Davranış	-0,177	0,308	-0,115	0,510	-0,154	0,376
Yaşam Niteliği Ölçeği Toplam	-0,404	0,016	-0,518	0,001	-0,487	0,003

*Pearson Korelasyon Katsayısı*

Panik bozukluk grubunda Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği görünüşü düzeltme alt parametresi ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği görünüş yönelimi alt parametresi arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Panik bozukluk grubunda Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği kaçınma alt parametresi ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği görünüşü değerlendirme alt parametresi arasında negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Panik bozukluk grubunda Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği kaçınma alt parametresi ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği beden alanlarından doyum alt parametresi ve total ölçek skoru arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Sosyal anksiyete bozukluğu grubunda Beden İmgesi Baş Etme Ölçeği Görünüşü Düzeltme Alt Parametresi ile Beden Benlik Öz-İlişki Ölçeği Görünüş

Yönelimi Alt Parametresi arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sosyal anskiyete bozukluğu grubunda Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği görünüşü düzeltme alt parametresi ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği sağlık değerlendirmesi alt parametresi arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sosyal anskiyete bozukluğu grubunda Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği olumlu mantıksal kabullenme alt parametresi ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği; görünüşü değerlendirme, fiziksel değerlendirme, beden alanlarından doyum alt parametreleri ve total ölçek skoru arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği olumlu mantıksal kabullenme alt parametresi ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği sağlık yönelimi alt parametresi arasında ise pozitif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Sosyal anskiyete bozukluğu grubunda Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği kaçınma alt parametresi ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği; görünüşü değerlendirme, sağlık Değerlendirme, sağlık yönelimi, beden doyumunu alt parametreleri ve total ölçek skoru arasında negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği kaçınma alt parametresi ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği fiziksel değerlendirme alt parametresi arasında ise negatif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

**Tablo 13.** Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiler

	Görünüşü Değerlendirme		Görünüş Yönelimi		Fiziksel Yeterliliği Değerlendirme		Fiziksel Yeterlilik Yönelimi		Sağlık Değerlendirme		Sağlık Yönelimi		Beden Alanlarından Doyum		Beden-Benlik İlişkisi Toplam	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
<b>SAB (n=35)</b>																
Görünüşü Düzeltme	0,293	0,087	<b>0,632</b>	<b>&lt;0,001</b>	-0,023	0,894	0,306	0,074	<b>-0,362</b>	<b>0,032</b>	0,107	0,542	-0,094	0,591	0,211	0,224
Olumlu Mantıksal Kabullenme	<b>0,499</b>	<b>0,002</b>	0,120	0,494	<b>0,496</b>	<b>0,002</b>	0,280	0,103	0,331	0,052	<b>0,394</b>	<b>0,019</b>	<b>0,565</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,519</b>	<b>0,001</b>
Kaçınma	<b>-0,434</b>	<b>0,009</b>	-0,037	0,832	<b>-0,654</b>	<b>&lt;0,001</b>	-0,321	0,060	<b>-0,405</b>	<b>0,016</b>	<b>-0,415</b>	<b>0,013</b>	<b>-0,465</b>	<b>0,005</b>	<b>-0,51</b>	<b>0,002</b>
Total Ölçek Skoru	<b>0,335</b>	<b>0,049</b>	<b>0,446</b>	<b>0,007</b>	0,029	0,870	0,238	0,169	-0,169	0,332	0,150	0,389	0,140	0,423	0,262	0,128
<b>PB (n=35)</b>																
Görünüşü Düzeltme	0,040	0,821	<b>0,618</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,111	0,527	0,047	0,790	-0,013	0,940	0,086	0,623	0,032	0,854	0,244	0,158
Olumlu Kabullenme	-0,002	0,992	-0,271	0,115	-0,188	0,279	-0,074	0,675	0,199	0,251	0,232	0,181	0,018	0,917	-0,025	0,886
Kaçınma	<b>-0,438</b>	<b>0,009</b>	-0,111	0,524	-0,286	0,096	-0,251	0,146	-0,249	0,149	0,048	0,783	<b>-0,343</b>	<b>0,044</b>	<b>-0,371</b>	<b>0,028</b>
Baş Etme Ölçeği Toplam	-0,196	0,259	0,101	0,566	-0,216	0,212	-0,152	0,384	0,014	0,934	0,243	0,160	-0,138	0,428	-0,063	0,719

*Pearson Korelasyon Katsayısı*

Panik bozukluk grubunda Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği görünüş değerlendirme alt parametresi ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği kendilik ve günlük yaşantı alt parametreleri arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Panik bozukluk grubunda Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği görünüş değerlendirme alt parametresi ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği karşı cins ile etkileşim alt parametresi ve total ölçek skoru arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Panik bozukluk grubunda Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği fiziksel değerlendirme alt parametresi ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği davranış alt parametresi ve total ölçek skoru arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Panik bozukluk grubunda Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği sağlık yönelimi alt parametresi ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi günlük yaşantı alt parametresi arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Panik bozukluk grubunda Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği sağlık yönelimi alt parametresi ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi total ölçek puanı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Panik bozukluk grubunda Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği total ölçek puanı ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği günlük yaşantı ve karşı cins ile etkileşim alt parametreleri arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Panik bozukluk grubunda Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği total ölçek puanı ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği total ölçek puanı arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sosyal anksiyete bozukluğu grubunda Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği görünüş değerlendirme alt parametresi ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği kendilik, karşı cins ile etkileşim, davranış alt parametreleri ve total ölçek skoru ile arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sosyal anksiyete bozukluğu grubunda Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği görünüş değerlendirme alt parametresi ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği günlük yaşantı alt parametresi ile arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sosyal anksiyete bozukluğu grubunda Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği fiziksel değerlendirme alt parametresi ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği kendilik, günlük yaşantı, karşı cins ile etkileşim, davranış alt parametreleri ve total ölçek skoru ile arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sosyal anksiyete bozukluğu grubunda Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği fiziksel yeterlilik yönelimi alt parametresi ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği günlük yaşantı, karşı cins ile etkileşim, davranış alt parametreleri ve total ölçek skoru ile arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sosyal anksiyete bozukluğu grubunda Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği sağlık değerlendirmesi alt parametresi ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği kendilik, günlük yaşantı, karşı cins ile etkileşim alt parametreleri ile arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sosyal anksiyete bozukluğu grubunda Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği sağlık değerlendirmesi alt parametresi ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği total ölçek puanı arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sosyal anksiyete bozukluğu grubunda Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği sağlık yönelimi alt parametresi ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği kendilik, günlük yaşantı, karşı cins ile etkileşim, davranış alt parametreleri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sosyal anksiyete bozukluğu grubunda Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği sağlık yönelimi alt parametresi ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği total ölçek puanı arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sosyal anksiyete bozukluğu grubunda Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği beden alanlarından doyum alt parametresi ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği günlük yaşantı ve davranış alt parametreleri arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sosyal anksiyete bozukluğu grubunda Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği beden alanlarından doyum alt parametresi ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği kendilik ve karşı cins ile etkileşim alt parametreleri ve total ölçek skoru arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sosyal anksiyete bozukluğu grubunda Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği total ölçek skoru ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği günlük yaşantı, karşı cins ile etkileşim, davranış alt parametreleri ve total ölçek skoru ile arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sosyal anksiyete bozukluğu grubunda Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği total ölçek skoru ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği kendilik alt parametre puanı arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

**Tablo 14.** Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiler

	Görünüşü Değerlendirme		Görünüş Yönelimi		Fiziksel Yeterliliği Değerlendirme		Fiziksel Yeterlilik Yönelimi		Sağlık Değerlendirme		Sağlık Yönelimi		Beden Alanlarından Doyum		Beden Kendilik İlişkisi Total Skoru	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
<b>SAB (n=35)</b>																
Kendilik	<b>0,605</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,174	0,318	<b>0,409</b>	<b>0,015</b>	0,312	0,068	<b>0,354</b>	<b>0,037</b>	<b>0,519</b>	<b>0,001</b>	<b>0,654</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,599</b>	<b>&lt;0,001</b>
Günlük Yaşantı	<b>0,573</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,317	0,064	<b>0,421</b>	<b>0,012</b>	<b>0,4</b>	<b>0,017</b>	<b>0,385</b>	<b>0,022</b>	<b>0,481</b>	<b>0,003</b>	<b>0,56</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,623</b>	<b>&lt;0,001</b>
Karşı Cins ile etkileşim	<b>0,704</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,293	0,087	<b>0,495</b>	<b>0,003</b>	<b>0,42</b>	<b>0,012</b>	<b>0,356</b>	<b>0,036</b>	<b>0,481</b>	<b>0,003</b>	<b>0,63</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,664</b>	<b>&lt;0,001</b>
Davranış	<b>0,679</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,219	0,206	<b>0,566</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,558</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,286	0,095	<b>0,534</b>	<b>0,001</b>	<b>0,483</b>	<b>0,003</b>	<b>0,651</b>	<b>&lt;0,001</b>
Yaşam Niteliği Ölçeği Total Skoru	<b>0,756</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,296	0,085	<b>0,551</b>	<b>0,001</b>	<b>0,487</b>	<b>0,003</b>	<b>0,418</b>	<b>0,013</b>	<b>0,601</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,705</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,752</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>PB (n=35)</b>																
Kendilik	<b>0,342</b>	<b>0,044</b>	0,082	0,639	0,238	0,168	0,086	0,623	0,086	0,623	0,111	0,524	0,172	0,324	0,249	0,149
Günlük Yaşantı	<b>0,343</b>	<b>0,044</b>	0,130	0,457	0,307	0,072	0,287	0,095	0,151	0,386	<b>0,492</b>	<b>0,003</b>	0,027	0,879	<b>0,392</b>	<b>0,020</b>
Karşı Cins	<b>0,487</b>	<b>0,003</b>	0,207	0,233	0,266	0,123	0,193	0,266	0,129	0,462	0,333	0,050	0,116	0,506	<b>0,395</b>	<b>0,019</b>
Davranış	0,139	0,424	0,157	0,369	<b>0,432</b>	<b>0,010</b>	0,274	0,111	0,167	0,337	0,124	0,479	0,130	0,456	0,313	0,067
Yaşam Niteliği Ölçeği Total Skoru	<b>0,443</b>	<b>0,008</b>	0,189	0,276	<b>0,42</b>	<b>0,012</b>	0,287	0,095	0,180	0,300	<b>0,371</b>	<b>0,028</b>	0,146	0,402	<b>0,457</b>	<b>0,006</b>

*Pearson Korelasyon Katsayısı*

Panik bozukluk grubunda Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği davranış alt parametresi ile Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği kaçınma alt parametresi ve total ölçek skoru arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sosyal anksiyete bozukluğu grubunda Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği olumlu mantıksal kabullenme alt parametresi ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği günlük yaşantı alt parametresi ile arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sosyal anksiyete bozukluğu grubunda Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği olumlu mantıksal kabullenme alt parametresi ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği kendilik, karşı cins ile etkileşim alt parametreleri ve ölçek total skoru arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sosyal anksiyete bozukluğu grubunda Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği kaçınma alt parametresi ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği kendilik, günlük yaşantı ve karşı cins ile etkileşim alt parametreleri arasında negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sosyal anksiyete bozukluğu grubunda Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği kaçınma alt parametresi ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği davranış alt parametresi ve total ölçek skoru arasında negatif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

**Tablo 15.** Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişkiler

	Görünüşü Düzeltme		Olumlu Mantıksal Kabullenme		Kaçınma		Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği Total Skoru	
	r	p	r	p	r	p	r	p
<b>SAB (n=35)</b>								
Kendilik	-0,143	0,413	<b>0,536</b>	<b>0,001</b>	<b>-0,438</b>	<b>0,009</b>	0,098	0,577
Günlük Yaşantı	-0,052	0,766	<b>0,343</b>	<b>0,043</b>	<b>-0,502</b>	<b>0,002</b>	-0,037	0,835
Karşı Cins ile Etkileşim	-0,003	0,985	<b>0,511</b>	<b>0,002</b>	<b>-0,545</b>	<b>0,001</b>	0,099	0,570
Davranış	0,149	0,392	0,271	0,115	<b>-0,603</b>	<b>&lt;0,001</b>	-0,027	0,878
Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği Total Skoru	-0,037	0,833	<b>0,510</b>	<b>0,002</b>	<b>-0,610</b>	<b>&lt;0,001</b>	0,045	0,797
<b>PB (n=35)</b>								
Kendilik	0,014	0,936	-0,015	0,932	-0,076	0,666	-0,040	0,818
Günlük Yaşantı	0,155	0,373	-0,033	0,853	0,018	0,920	0,074	0,673
Karşı Cins ile Etkileşim	0,149	0,392	0,063	0,718	-0,129	0,460	0,068	0,699
Davranış	-0,196	0,260	-0,132	0,450	<b>-0,378</b>	<b>0,025</b>	<b>-0,396</b>	<b>0,018</b>
Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği Total Skoru	0,049	0,779	-0,042	0,812	-0,174	0,317	-0,089	0,612

*Pearson Korelasyon Katsayısı*

#### 4.4. SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİN ÖLÇEK PUANLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Panik bozukluk hastalarında (n=35) DSM-5 Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği ile yaş, beden kitle indeksi ve kilo değişimi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

**Tablo 16.** Panik bozukluk hastalarında (n=35) DSM-5 Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği Skoru ile yaş, beden kitle indeksi ve kilo değişimi arasındaki ilişkiler

	Yaş		Beden kitle indeksi		Kilo değişimi	
	rs	p	rs	p	rs	p
DSM-5 Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği Skoru	-0,140	0,421	-0,028	0,875	0,064	0,714

*Spearman Korelasyon Katsayısı*

Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında (n=35) Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği toplam ve alt boyutları ile yaş, beden kitle indeksi ve kilo değişimi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

**Tablo 17.** Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında (n=35) Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği toplam ve alt boyutları ile yaş, beden kitle indeksi ve kilo değişimi arasındaki ilişkiler

	Yaş		Beden kitle indeksi		Kilo değişimi	
	rs	p	rs	p	rs	p
Liebowitz Kaygı	-0,125	0,474	-0,141	0,418	0,215	0,214
Liebowitz Kaçınma	0,103	0,555	-0,170	0,329	0,146	0,402
Liebowitz TotalSkor	-0,043	0,807	-0,171	0,326	0,207	0,232

*Spearman Korelasyon Katsayısı*

Panik bozukluk hastalarında (n=35) beden kitle indeksi (BMI) ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği fiziksel değerlendirme alt parametresi arasında negatif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Panik bozukluk hastalarında (n=35) beden kitle indeksi (BMI) ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği sağlık değerlendirmesi alt parametresi arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Panik bozukluk hastalarında (n=35) beden kitle indeksi (BMI) ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği total ölçek skoru arasında negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında (n=35) Yaş ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği görünüş yönelimi alt parametresi arasında negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında (n=35) yaş ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği sağlık değerlendirmesi ve sağlık yönelimi alt parametreleri arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

**Tablo 18.** Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği toplam ve alt boyutları ile yaş, beden kitle indeksi ve kilo değişimi arasındaki ilişkiler

SAB (n=35)	Yaş		Beden kitle indeksi		Kilo değişimi	
	rs	p	v	p	rs	p
Görünüşü Değerlendirme	-0,033	0,851	-0,162	0,353	-0,314	0,066
Görünüş Yönelimi	<b>-0,465</b>	<b>0,005</b>	-0,203	0,243	-0,078	0,655
Fiziksel Yeterliliği Değerlendirme	0,260	0,131	0,060	0,731	-0,281	0,103
Fiziksel Yeterlilik Yönelimi	0,304	0,075	0,077	0,662	0,066	0,708
Sağlık Değerlendirme	<b>0,383</b>	<b>0,023</b>	0,138	0,429	-0,105	0,547
Sağlık Yönelimi	<b>0,385</b>	<b>0,022</b>	0,290	0,091	-0,075	0,668
Beden Alanlarından Doyum	0,246	0,155	-0,001	0,994	-0,292	0,089
Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği Total Skoru	0,132	0,448	0,016	0,928	-0,197	0,258
PB (n=35)	v	p	rs	p	rs	p
Görünüşü Değerlendirme	-0,119	0,496	-0,319	0,062	-0,071	0,686
Görünüş Yönelimi	-0,322	0,059	-0,318	0,063	-0,315	0,065
Fiziksel Yeterliliği Değerlendirme	-0,246	0,154	<b>-0,654</b>	<b>&lt;0,001</b>	-0,275	0,109
Fiziksel Yeterlilik Yönelimi	-0,016	0,928	-0,301	0,079	-0,134	0,444
Sağlık Değerlendirme	-0,315	0,065	<b>-0,378</b>	<b>0,025</b>	-0,276	0,109
Sağlık Yönelimi	0,082	0,638	-0,137	0,431	-0,157	0,368
Beden Alanlarından Doyum	-0,019	0,915	-0,289	0,092	-0,058	0,740
Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği Total Skoru	-0,131	0,452	<b>-0,480</b>	<b>0,004</b>	-0,236	0,172

*Spearman Korelasyon Katsayısı*

Panik bozukluk hastalarında (n=35) yaş ile Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği görünüşü düzeltme alt parametresi arasında negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Panik bozukluk hastalarında (n=35) yaş ile Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği total ölçek puanı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında (n=35) kilo değişimi ile Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği kaçınma alt parametresi arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

**Tablo 19.** Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği toplam ve alt boyutları ile yaş, beden kitle indeksi ve kilo değişimi arasındaki ilişkiler

	Yaş		Beden kitle indeksi		Kilo değişimi	
	rs	p	rs	p	rs	p
<b>SAB (n=35)</b>						
Görünüşü Düzeltme	-0,312	0,068	-0,053	0,764	0,082	0,639
Olumlu Mantıksal Kabullenme	0,129	0,461	0,104	0,553	-0,288	0,093
Kaçınma	-0,166	0,340	0,290	0,091	<b>0,394</b>	<b>0,019</b>
Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği Total Skoru	-0,141	0,418	0,160	0,358	0,043	0,804
<b>PB (n=35)</b>						
Görünüşü Düzeltme	<b>-0,585</b>	<b>&lt;0,001</b>	-0,056	0,748	-0,093	0,597
Olumlu Mantıksal Kabullenme	0,162	0,351	0,163	0,349	0,060	0,731
Kaçınma	-0,094	0,592	-0,016	0,926	0,192	0,270
Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği Total Skoru	<b>-0,371</b>	<b>0,028</b>	-0,052	0,767	-0,015	0,933

*Spearman Korelasyon Katsayısı*

Panik bozukluk hastalarında (n=35) Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği alt parametreleri ve ölçek total skoru ile yaş, BMI ve kilo değişimi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında (n=35) BMI ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği günlük yaşantı alt parametresi arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır.

Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında (n=35) kilo değişimi ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği karşı cins ile etkileşim alt parametresi ve total ölçek skoru arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır.

Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında (n=35) kilo değişimi ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği davranış alt parametresi arasında negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır.

**Tablo 20.** Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği toplam ve alt boyutları ile yaş, beden kitle indeksi ve kilo değişimi arasındaki ilişkiler

	Yaş		Beden kitle indeksi		Kilo değişimi	
	rs	p	rs	p	rs	p
<b>SAB (n=35)</b>						
Kendilik	0,092	0,598	-0,034	0,848	-0,234	0,175
Günlük Yaşantı	0,066	0,708	<b>-0,353</b>	<b>0,037</b>	-0,253	0,143
Karşı Cins ile Etkileşim	0,191	0,271	-0,243	0,159	<b>-0,344</b>	<b>0,043</b>
Davranış	0,170	0,330	-0,334	0,050	<b>-0,423</b>	<b>0,011</b>
Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği Total Skoru	0,158	0,364	-0,305	0,075	<b>-0,396</b>	<b>0,018</b>
<b>PB (n=35)</b>						
Kendilik	0,133	0,447	-0,170	0,329	-0,093	0,593
Günlük Yaşantı	-0,060	0,730	-0,166	0,341	-0,058	0,741
Karşı Cins ile Etkileşim	-0,092	0,599	-0,224	0,195	-0,203	0,242
Davranış	0,225	0,194	-0,326	0,056	-0,249	0,149
Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği Total Skoru	0,091	0,603	-0,289	0,092	-0,167	0,338

*Spearman Korelasyon Katsayısı*

## 5. TARTIŞMA

Beden imajı, önemi gittikçe artan ve hala günümüzde üzerine birçok çalışma yapılabilecek kapsamı ve sınırları gittikçe genişleyen bir alan olarak karşımıza çıkıyor. PsycINFO aramaları ve PubMed'in veri tabanları incelendiğinde beden imajı memnuniyetsizliği ile ilgili: 1970'lerde 726 tane makale, 1250 alıntı, 1980'lerde 1428 makale ve 1785 alıntı, 1990'larda 2477 makale ve 2766 alıntı bulunmaktadır. Bu makale ve alıntı sayıları, devam eden yıllarda da artmaya devam etmiştir (8).

Beden imgesi ile ilgili yapılan çalışmaların büyük kısmı, bilinen psikiyatrik rahatsızlığı olmayan kişilerde (örneğin üniversite öğrencileri, gönüllü kişiler...) kavramın anlaşılması ve geliştirilmesi amacıyla yapılmıştır. Psikiyatri ya da klinik psikoloji kapsamında hastalar üzerinde yapılan çalışmaların çoğu ise yeme bozukluğu alanında ve çoğunlukla kadın hastalar üzerinde yapılmıştır (8).

Bu sebepler neticesinde, gün geçtikçe klinik uygulamalarımızda daha çok göz önünde tutmamız gereken beden imajı kavramı ile bu kavramla yakından ilişkili olduğunu düşündüğümüz, sosyal anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk arasındaki ilişkiyi inceledik.

### 5.1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ

Katılımcıların yaş ortalaması 25,27 yıl olarak belirlenmiştir ve yaş aralığı 18 ile 48 yıl arasında değişmektedir. Gruplar arasında yaş dağılımı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. PB grubunun yaş ortancası/medyanı (27) SAB grubuna göre (21) anlamlı olarak daha yüksektir. SAB için başlangıç yaşının ortalama 15 yaş civarı olduğu düşünülmektedir ancak tanının genellikle hastalığın başlangıç semptomlarından 10-15 yaş sonrasında yani 20 yaşlarının ortaları ve sonlarına doğru konulduğu görülmüştür (21). Ortalama başlangıç yaşı 20'li yaşların ortasından 30'lu yaşların başına uzanır ancak yine de çok daha erken ya da ileri yaşlarda da başlangıçlar olabilir. (55) Bu açıdan değerlendirildiğinde

grupların yaş ortalamaları ve aralarındaki anlamlı fark beklendik bir durum olup literatür ile uyumludur.

Cinsiyet dağılımına bakıldığında, katılımcılardan 46'sının (%65,71) kadın, 24'ünün (%34,29) erkek olduğu görülmektedir. Kadınların oranı her iki grupta da yüksektir, ancak gruplar arasında cinsiyet dağılımı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. SAB prevelansının kadınlarda, erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu ve çoğunlukla kliniğinin daha ağır seyrettiği gözlenmiştir (20). Panik bozukluk, kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülür. Avrupa yaygınlık çalışmalarında kadın-erkek oranı panik bozukluğu için 2.5 ve agorafobi için ise 3.1 olarak bulunmuştur (54). Bu açıdan bakıldığında grupların cinsiyet dağılımları literatür ile uyumlu olarak iki grupta da kadınların oranı daha fazla olacak şekilde bulunmuştur. Bu sebeple gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmaması beklendik bir durumdur.

Medeni durum açısından, katılımcıların 56'sı (%80) bekar (hiç evlenmemiş), 13'ü (%18,57) evli ve 1 tanesi (%1,43) dul (eşi vefat etmiş) olduğu görülmüştür. Bekar olmak da SAB prevelansında artış ile korele bulunmuştur. (21). PB, evli olmayanlarda daha sık görülür (53). Katılımcıların %80 nin bekar olması, hem SAB hem de PB yaşayan kişilerde bekar olmanın hastalık prevelansında artış ile korele olması ile uyumludur.

Çalışma durumu incelendiğinde, katılımcıların 29'u (%41,43) çalışmakta, 41'i (%58,57) ise çalışmamaktadır. PB grubunda çalışanların oranı (%62,86) SAB grubuna göre (%20) anlamlı olarak daha yüksektir. SAB'ın kişilerin psikososyal uyumunu ve işgücüne katılımını olumsuz anlamda etkilediğine ilişkin birçok çalışma yapılmıştır. İşe gitmeme – işten ayrılma, sosyal izolasyon gibi durumlara yol açarak toplumu psikosoyekonomik yönden olumsuz etkiler (22). PB, işi olmayanlarda daha sık görülür (53). Bu kişilerin işsizlik oranları genel topluma göre daha yüksektir (58). Katılımcı grubunun %58,5 inin çalışmıyor olması, hem SAB hem de PB yaşayan kişilerin çalışma hayatlarında problemler yaşayabileceği ve işten ayrılma, iş bulamama gibi durumlarla karşılaşabilecekleri literatürdeki çalışmalarda da gösterilmiştir.

Eğitim seviyeleri değerlendirildiğinde, 2 kişi (%2,86) ilkokul, 4 kişi (%5,71) ortaokul, 26 kişi (%37,14) lise, 37 kişi (%52,86) üniversite ve 1 kişi (%1,43) lisans üstü eğitim almıştır. Eğitim seviyesi ile SAB prevelansı arasında negatif korelasyon bulunmuştur (21). SAB yaşayan bireylerin eğitime müdahale etme ve sosyal zorluklar nedeniyle okulu bırakma olasılığının iki kat daha fazla olduğunu bildirmiştir (105,106). PB, düşük eğitim seviyesi olanlarda daha sık görölür (53). Katılımcılardan lise ve üniversite eğitimi almış olanların toplam oranı %91,5 bulunmuştur. Bu açıdan değerlendirildiğinde katılımcılar literatürle uyumsuz olarak ortalama – ortalama üstü bir eğitim düzeyine sahip bulunmuştur.

Katılımcıların boy ortalaması 169,44 cm, kilo ortalaması ise 65,57 kg olarak kaydedilmiştir. BMI ortalaması 22,72 olarak hesaplanırken, katılımcıların en düşük kilo ortalaması 58,39 kg, en yüksek kilo ortalaması ise 71,81 kg olarak belirlenmiştir. Kilo değişimi ise ortalama 13,43 kg olarak ölçölmüştür. Gruplar arasında beden kitle indeksi ve kilo değişimi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Literatüre baktığımızda çelişkili sonuçlar bulunmaktadır. Haghighi ve ark. yaptıkları bir çalışmada kaygı ile kilo arasında doğrusal olmayan anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Çok düşük ve çok yüksek BMI puanlarına sahip katılımcılar için daha düşük kaygı puanları bulurken, yalnızca yüksek BMI skoruna sahip hastalar en yüksek kaygı puanlarına sahip bulunmuştur (107). Bir başka çalışmada katılımcılar arasında BMI ile sosyal kaygı düzeyi arasında bir ilişki saptanmamıştır (108). Literatür taramasında doğrudan panik bozukluk yaşayan kişiler ile BMI arasında karşılaştırma yapan çalışmaya rastlanmamıştır. Bu veriler işığında SAB grubunun BMI medyan değeri 22,06 (normal sınırlarda), PB grubunun BMI medyan değeri 22,6 (normal sınırlarda) gelmiştir. Literatürde yer alan çalışmaların önemli bir kısmı ile uyumlu şekilde BMI ile SAB ve PB arasında ilişki bulunmamıştır.

Ameliyat izi açısından katılımcıların 19'u (%27,14) ameliyat izine sahip olduklarını belirtmiştir. PB grubunda ameliyat izi olanların oranı (%40), SAB grubundan (%14,29) daha yüksek bulunmuştur, bu durum da istatistiksel olarak anlamlıdır. Yapılan literatür taramasında ameliyat izi ile anksiyete bozuklukları arasında ilişki kurmayı hedefleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. İki grup arasındaki anlamlı farklılığın, grupların yaş ortalaması arasında 6 yıl fark olması ile ilişkili olabileceği düşünölmüştür. Özellikle de bu 6 yıllık farkın yaşamın en aktif

dönemlerinden olan 20 li yaşlarda bulunmasının, kişilerin fiziksel travma geçirme ve buna bağlı ameliyat olma olasılığını arttırdığını düşündük. Buna bağlı olarak yaptığımız literatür taramasında SAB ve PB yaşayan kişilerin geçmişlerinde fiziksel travma (düşme, yaralanma vb.) geçirmesi ile ilgili çalışmaya rastlamadık.

Dövme yaptırmış olma açısından değerlendirilen katılımcıların 22 tanesinin (%31,43) dövmesi olduğu öğrenilmiştir. PB grubunda dövmesi olanların oranı daha yüksek bulunmuştur, bu fark da istatistiksel olarak anlamlıdır. Literatür araştırması yapıldığında, doğrudan dövme sahibi olmak ile SAB ve PB arasında bir ilişki kuran çalışmaya rastlanmamaktadır ancak dövme sahibi olan kişilerle yapılan çalışmalardan kişilerin en sık dövme yaptırma sebeplerinin kendilerini ifade etmek (109–111), güzel görünmek ve benzersiz olmak olduğu görülmüştür (112). Clark ve Wells, SAB yaşayan kişilerde sosyal durumlara karşı var olan olumsuz düşünce ve beklentiler üzerinde durmuştur. Bunlar sıklıkla, yetersiz performans sergileme, becerememe, hayal kırıklığına uğratma, alaya alınma gibi düşüncelerdir. Bu düşünceler kişide kaygı ve korku duygularını doğurur (39). Bulgularımız, SAB yaşayan kişilerin kendilerini ifade etmekten çekinmeleri, güzel görünme çabalarının olumsuz düşünce ve beklentileri ile geçiştirilmesi gibi nedenlerle dövme yaptırmaktan kaçındıkları şeklinde açıklanabilir. Bir başka neden ise yine gruplar arasındaki ortalama yaş farkı ve bu farkın 21 ile 27 yaşlar arasında olması olabilir.

## 5.2. HİPOTEZLERİN İNCELENMESİ

**Hipotez 1.** Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında, kaygı ve kaçınmaların şiddeti arttıkça Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği total ve alt parametre skorlarında azalma görülecektir.

SAB yaşayan hastalar yoğun şekilde başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceklerini düşünürler (39). Tıpkı fizik muayenede ve psikiyatrik değerlendirmede inspeksiyon ilk başvuru yöntemlerinden biri olduğu gibi, sosyal hayatta da kişiler başkalarını değerlendirirken ilk kanaatlerini kişinin görünüşünü değerlendirerek oluştururlar (113). Böylece negatif beden imajına sahip olan SAB hastalarının başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceğini düşünmesini bekleriz. Bu da kişilerin sosyal kaygısını artırır (114). Bir başka açıdan sosyal kaygısı fazla

olan kişiler, kendilerine dair güvensizlik, emin olamama gibi deneyimler yaşarlar ve bu durumlar kişilerin bedenleriyle olan ilişkilerini olumsuz etkiler (115). Bu sebeplerle SAB hastalarının beden imajı değerlendirmelerinin, psikopatolojilerinin merkezi bir konumunda olacağını, semptom şiddetleri ile beden imajı memnuniyetsizlikleri arasında pozitif ilişki olacağını düşündük.

Çalışmamızda SAB tanısı almış hastaların Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği total skoru ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği görünüşü değerlendirme, fiziksel yeterlilik değerlendirmesi, sağlık değerlendirmesi, beden alanlarından doyum alt parametreleri ve ölçek total puanı arasında anlamlı ve negatif yönlü ilişkiler bulunmuştur. SAB grubunda kişilerin kaygı ve kaçınmalarının şiddeti arttıkça beden imajı memnuniyet düzeylerinde azalma görülmüştür. Hipotezimiz literatürle uyumlu bulunmuştur (9,116–118). Literatürü incelediğimizde çalışmaların büyük kısmı, bilinen psikiyatrik rahatsızlığı olmayan kişilerde (örneğin üniversite öğrencileri, gönüllü kişiler...) kavramın anlaşılması ve geliştirilmesi amacıyla yapılmıştır (8). Psikiyatri ya da klinik psikoloji kapsamında hastalar üzerinde yapılan çalışmaların çoğu ise yeme bozukluğu alanında ve çoğunlukla kadın hastalar üzerinde yapılmıştır (8). Çalışmamızı önceki diğer araştırmalardan farklı kılan yönler, örneklem grubumuzun ayaktan polikliniklere başvuran hastalardan oluşuyor olması, bu kişilerden yalnızca ilk kez tanı almış olanların çalışmaya dahil ediliyor olması ve dolayısıyla herhangi bir ilaç ya da tedavi almamış kişilerden oluşuyor olmasıdır. Böylelikle SAB'ı olabildiğince yalın bir şekilde, çeşitli tedaviler ile semptomların hafifletilmemiş haliyle değerlendirme fırsatı bulmuş olduk. Böylelikle beden imajı ile ilişkisini de çok daha doğrudan bir şekilde değerlendirebildiğimizi düşünüyoruz. Yine çalışmamızda önemli bir nokta, kullandığımız çok yönlü beden benlik öz-ilişki ölçeğinin beden imajını farklı açılardan değerlendirmesi ve bize çeşitli alt parametrelerde inceleme imkanı sunmuş olmasıdır.

Beden imajı yönelimi kişilerin beden imajı değerlendirmeleri uyarınca kendilerini geliştirmeye yönelik sergiledikleri tutum ve davranışları ifade eder (7). Hartmann'ın metakognitif modeline göre, sosyal kaygısı yüksek kişiler, olumsuz değerlendirmeye maruz kalma korkusu nedeniyle, kendilerini daha fazla inceler ve kendi üzerine daha fazla düşünürler (119). Dolayısıyla bu kişilerin beden imajlarını geliştirmeye çalışarak başkaları tarafından daha olumlu değerlendirilmeye

çalayacağını ve böylelikle sosyal kaygılarını azaltmaya çalışacaklarını düşündük.

Çalışmamızda SAB tanısı almış hastaların Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği total skoru ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği, görünüş yönelimi, fiziksel yeterlilik yönelimi ve sağlık yönelimi alt parametreleri skorları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Literatüre baktığımızda, Amirian ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sosyal kaygısı yüksek olan kişilerin estetik ameliyat geçirme olasılıkları daha yüksek bulunmuştur. Araştırmacılar bunu beden imaj memnuniyetsizliklerini giderme çabası olarak yorumlamıştır (120). Yine de estetik ameliyat geçiren hastaları beden imajı yönelimleri açısından uygun kontrol gruplarıyla karşılaştıran çalışmalar çelişkili sonuçlar bulmuştur (121). Bu bilgiler ışığında SAB semptomları ile beden imajı yönelimi arasındaki ilişkiyi daha iyi anlayabilmek ve kesin bir yargıya varabilmek için yapılacak yeni çalışmaların gerekli görülmektedir.

**Hipotez 2.** Panik bozukluk hastalarında DSM-5 Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği puanı arttıkça Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkisi Ölçeği total ve alt parametre skorlarında azalma görülecektir.

Panik bozukluğunda hastalar yeniden panik atak geçirme beklentisindedir ve bu beklentiye, atak geçirirlerse olabileceğini düşündükleri felaket durumlarından duydukları kaygı ve korkular eşlik eder (67) Bu kişiler temelde çevre ve kendi üzerlerindeki kontrollerini kaybettikleri düşünürler. Bunun sonucu olarak da iç ve dış tehditlere karşı savunmasız oldukları düşünceleri pekişir. Bu da kişilerin kendilerini kırılgan ve zarar görebilir olarak algılamasına sebep olur (68) Biz çalışmamızı kurgularken PB yaşayan kişilerin kendilerini kırılgan ve zarar görebilir olarak algılamalarında beden imajı olumsuzluğunun önemli bir yer tuttuğunu düşündük. Özellikle beden imajının fiziksel ve sağlık değerlendirmeleri alt boyutlarında olabilecek olumsuz algıların, kişilerin kendilerini iç ve dış tehditlere karşı savunmasız değerlendirmelerinde önemli bir etken olacağı böylelikle kişilerin beden imajını bozacağı tahmininde bulunduk.

Araştırmamız neticesinde, DSM-5 Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği puanı ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkisi Ölçeği total ve alt parametre puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Hipotezimiz doğrulanmamıştır.

Yaptığımız literatür taramasında panik bozukluk şiddeti ile beden imajı arasında ilişki saptamış bir çalışmaya rastlamadık. Bu iki değişken arasında anlamlı biri ilişki olmamasını PB hastalarının beden imajı değerlendirmelerinin yaşadıkları psikopatolojinin merkezi bir konumunda olmamasından kaynaklanabileceğini düşündük. Bu alanda yapılacak ileriki araştırmaların aradaki ilişkinin daha net anlaşılabilmesi açısından önem teşkil ettiğini düşünmekteyiz.

**Hipotez 3.** Sosyal anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk hasta gruplarında, Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkisi Ölçeği total ve alt parametre skorları ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği skorları arasında pozitif korelasyon görülecektir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yaşam kalitesini, bireyin hedeflerini, beklentilerini, standartlarını ve kaygılarını dikkate alarak yaşamdaki konumunu kültür ve değerler çerçevesinde değerlendirmesi olarak tanımlamaktadır (122). Yapılan çeşitli araştırmalarda beden imajı bozukluğunun kişilerin yaşam kalitesini negatif etkilediğini ortaya konulmuştur (123) Biz de SAB ve PB gruplarında beden imajı memnuniyeti ile yaşam kalitesi arasında pozitif ilişki düşündük. Sonrasında bu iki grup arasında, bulduğumuz ilişkilerin gücünü karşılaştırmayı ve farklılık olup olmadığını değerlendirmeyi amaçladık.

Çalışmamızda Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği total ölçek skoru ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği total ölçek skoru arasında; SAB grubunda pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki, PB grubunda pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişkilidir. İki gruptaki hastaların da beden imajları üzerine yaptıkları bütüncül değerlendirmeler ve bu değerlendirmeler neticesinde takındıkları tutum ve davranışlarda bozulmalar arttıkça yaşam kalitelerinde azalma görülmüştür. SAB grubundaki hastalarda bu ilişkinin PB grubundakilere kıyasla çok daha belirgin olduğu bulunmuştur. Hipotezimiz literatürle uyumludur. Çalışmamızda SAB grubundaki hastaların beden imajlarını, PB grubundaki hastalara kıyasla daha olumsuz değerlendirdiği gördük (Tablo 4). Yine sosyal kaygının artması ile beden imajı bozulması arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu bulduk (Hipotez 1). Panik bozukluğun şiddetiyle ise böyle bir ilişki saptamadık (Hipotez 2). Bu açıdan değerlendirildiğinde beden imajının, SAB hastalarında yaşadıkları zorlanmanın

merkezi bir konumunda yer almakta ve doğrudan kişilerin yaşam kalitelerini etkilemekte olduğunu; PB hastalarında ise beden imajı değerlendirmelerinin yaşadıkları psikopatolojinin merkezi bir konumunda olmadığını düşündük. Bu durumun, SAB hastalarının beden imajı değerlendirmelerinin PB hastalarına göre yaşam kaliteleri ile daha ilişkili olmasını açıkladığını düşünüyoruz.

### **5.3. GRUPLARDA ÖLÇEK PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Panik bozukluk ve SAB gruplarında Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği görünüşü düzeltme alt parametresi ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği görünüş yönelimi alt parametresi arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Buradaki iki alt parametre de kişilerin görünüşlerini geliştirmeye ve iyileştirmeye yönelik takındıkları tutum ve davranışları değerlendirmektedir. İki farklı ölçeğin aynı durumu değerlendiren alt parametreleri arasındaki yüksek düzeyde anlamlı ilişki çalışmanın kendi içinde tutarlılığını desteklemesi açısından önem taşımaktadır.

Panik bozukluk ve SAB gruplarında Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği kaçınma alt parametresi ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği görünüşü değerlendirme alt parametresi arasında negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. İki gruptaki hastaların da görünüşleri ile ilgili olumsuz değerlendirmeleri arttıkça, bu durumu düzeltmeye ve geliştirmeye yönelik daha az çaba gösterdikleri ve kaçınma davranışı sergiledikleri görülmüştür. Elde edilen sonuçlar literatür ile uyumludur (102).

Sosyal anksiyete bozukluğu grubunda Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği olumlu mantıksal kabullenme alt parametresi ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği; görünüşü değerlendirme, fiziksel yeterliliği değerlendirme, beden alanlarından doyum alt parametreleri ve ölçek total skoru arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Cash ve arkadaşları, Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeğini geliştirmek için yaptıkları çalışmada kadınlarda olumlu mantıksal kabullenme ile beden imajı memnuniyetsizliği arasında negatif korelasyon bulmuştur. Erkeklerde ise bu iki parametre arasında ilişki saptanmamıştır (102).

Çalışmamızda SAB grubunun %60 ını kadınlar oluşturmaktadır. Bu durum göz önüne alınırsa elde ettiğimiz sonuç literatürle uyumlu görünmektedir.

Sosyal anksiyete bozukluğu grubunda Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği kaçınma alt parametresi ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği total ölçek skoru arasında negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Literatür ile uyumludur (102). Bu durum sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında beden imajı memnuniyetsizliği fazla olanların daha çok kaçınma stratejisi kullandığı şeklinde açıklanabilir.

Baş etme stratejileri, stresli durumlarla ilişkili psikolojik, duygusal ve fiziksel zorlanmaları azaltmaya yönelik uygulanan hayatta kalma mekanizmalarıdır (124). Bu mekanizmalar en temelde stresli durumla yüzleşmeyi ya da bu durumlardan kaçınmayı içerir (125). Biz de çalışmamızda SAB ve PB gruplarındaki hastaların kullandıkları beden imajı baş etme stratejilerinin, yaşam kalitelerini nasıl etkilediğini ölçmeyi amaçladık.

Sosyal anksiyete bozukluğu grubunda Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği total ölçek skoru ile Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği alt parametrelerinden; olumlu mantıksal kabullenme alt parametresi arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde, kaçınma alt parametresi arasında negatif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Sosyal anksiyete bozukluğu yaşayan hastaların, beden imajlarına yönelik olumlayıcı ve mantıksal düşünceleri arttıkça yaşam kaliteleri artarken, beden imajı ile ilgili düşünce ve değerlendirmelerden kaçındıkça ve onları görmezden geldikçe yaşam kaliteleri belirgin şekilde azalmıştır. Elde ettiğimiz sonuçlar literatür ile uyumludur (102, 126).

#### **5.4. SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİN ÖLÇEK PUANLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI**

Panik bozukluk hastalarında (n=35) BMI ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği fiziksel yeterlilik değerlendirmesi alt parametresi arasında negatif yönlü ve yüksek düzeyde, sağlık değerlendirmesi alt parametresi arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde, total ölçek skoru arasında negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Panik bozukluk hastaları iç ve dış tehditlere karşı

savunmasız olduklarını düşünürler (68). İç ve dış tehditlere karşı koyabilmek için de PB hastalarında fiziksel yeterliliğin ve sağlıklı olmanın önem taşıdığını düşünüyoruz. BMI skorlarındaki artışın PB hastalarında görünüşle ilgili değil de fiziksel yeterlilik ve sağlık değerlendirmeleri alanında memnuniyetsizliğe neden olması bu sebeplerle bizim için beklendik bir sonuçtur.

Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında (n=35) yaş ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği görünüş yönelimi alt parametresi arasında negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Literatüre bakıldığında, kişilerin yaşları büyüdükçe beden görünümlerine verdikleri önemin azaldığını gösteren çalışmalar mevcuttur (127). Tiggeman bunu, vücudun yaşlandıkça bozulması, kişilerin aynı derecede bedenlerinden memnuniyetsiz kalması, ancak bu durumun artık onlar için daha az önem taşıması şeklinde açıklamıştır (84). Çalışmamıza katılan SAB hastalarında yaş artışı ile görünüşlerini düzeltmeye ve geliştirmeye yönelik davranışlarda azalma görülmesinin, literatürle paralel olarak yaş arttıkça kişilerin görünüşlerine verdiklerin önemin azalması ile ilgili olduğunu düşündük.

Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında (n=35) kilo değişimi ile Beden İmgisinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği davranış alt parametresi arasında negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. Çalışmamızda büyük kilo değişimleri yaşayan SAB hastalarının yaşamlarında yeme düzeni, kilo kontrolü ve fiziksel egzersiz alanlarında davranışsal boyutta zorlanmalar yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği görülmüştür.

## 6. GÜÇLÜ YANLAR VE KISITLILIKLAR

Literatürü araştırdığımızda daha önce sosyal anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğunu, hastaların beden imajı değerlendirmeleri yönünden karşılaştırarak inceleyen 1 çalışma karşımıza çıkmıştır. Ülkemizde ise yapılmış çalışma bulunmamaktadır. Bizim çalışmamızın farklılığı, hastaların yalnızca beden imajlarını değerlendirmekle kalmayıp beraberinde beden imajları ile nasıl baş ettiklerini ve bunun yaşam kalitelerini nasıl etkilediğinin de araştırılmış olmasıdır. Çalışmamızın bir başka öne çıkan özelliği, hastalar çalışmaya dahil edilirken yalnızca ilk kez tanı almış olanlar seçilmiştir. Böylelikle hastaları, yaşadıkları sıkıntılar açısından en yalın halleriyle ve çeşitli tedavilerle semptomları hafifletilmemiş şekilde değerlendirmiş olduk. Çalışmamızın kısıtlılıklarında ise öncelikle kesitsel bir çalışma olması sebebiyle hastaların takiplerinde, semptom şiddetlerinin değişimi ile beden imajı değerlendirmeleri arasındaki değişimi gözlemleyememiş olduk. Hastalardan bilgi toplarken kullandığımız ölçeklerin özbildirim şeklinde olması, bildirim yanlılığı, zaman darlığı, cevaplama motivasyonu gibi kısıtlılıkları doğurmuştur, ancak çalışmamızda kullandığımız iki farklı ölçekteki aynı değişkeni ölçen iki alt parametrenin birbirleri ile yüksek ilişkili çıkması bu açıdan çalışmamızın iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Çalışmamızın tek merkezli olması ve kontrol grubu olmadan yapılmış olması yapabileceğimiz yorum sayısını sınırlandırmıştır. Çalışmamızın görece küçük örneklem sayısına sahip olması sebebiyle günümüzde önemi gittikçe artan kültürel değişkenlik açısından, değişik etnik gruplara yönelik bir değerlendirme sunma imkanı olmamıştır. Gelecekte yapılacak çalışmalar için daha geniş örneklem gruplarıyla, çok merkezli ve çok kültürlü çalışmalar yapılması önerilmektedir.

## 7. SONUÇLAR

1. Çalışmamızda SAB tanısı almış hastaların Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği total skoru ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği görünüşü değerlendirme, fiziksel yeterlilik değerlendirmesi, sağlık değerlendirmesi, beden alanlarından doyum alt parametreleri ve ölçek total puanı arasında anlamlı ve negatif yönlü ilişkiler bulunmuştur.

2. Çalışmamızda SAB tanısı almış hastaların Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği total skoru ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği, görünüş yönelimi, fiziksel yeterlilik yönelimi ve sağlık yönelimi alt parametreleri skorları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

3. Araştırmamız neticesinde, DSM-5 Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği puanı ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkisi Ölçeği total ve alt parametre puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

4. Çalışmamızda Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği total ölçek skoru ile Beden İmgisinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği total ölçek skoru arasında; SAB grubunda pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki, PB grubunda pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişkilidir.

5. Panik bozukluk ve SAB gruplarında Beden İmgisi Baş Etme Stratejileri Ölçeği kaçınma alt parametresi ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği görünüşü değerlendirme alt parametresi arasında negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

6. Sosyal anksiyete bozukluğu grubunda Beden İmgisi Baş Etme Stratejileri Ölçeği olumlu mantıksal kabullenme alt parametresi ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği; görünüşü değerlendirme, fiziksel yeterliliği değerlendirme, beden alanlarından doyum alt parametreleri ve ölçek total skoru arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

7. Sosyal anksiyete bozukluğu grubunda Beden İmgisi Baş Etme Stratejileri Ölçeği kaçınma alt parametresi ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği total ölçek skoru arasında negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

8. Sosyal anksiyete bozukluğu grubunda Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği total ölçek skoru ile Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği alt parametrelerinden; olumlu mantıksal kabullenme alt parametresi arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde, kaçınma alt parametresi arasında negatif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

9. Panik bozukluk hastalarında, BMI ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği fiziksel yeterlilik değerlendirmesi alt parametresi arasında negatif yönlü ve yüksek düzeyde, sağlık değerlendirmesi alt parametresi arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde, total ölçek skoru arasında negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

10. Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında, yaş ile Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği görünüş yönelimi alt parametresi arasında negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

11. Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında, kilo değişimi ile Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği davranış alt parametresi arasında negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır.

Bulgularımız SAB hastalarında semptom şiddetinin hastaların beden imajı değerlendirmeleri ile ilişkisini göstererek göz önünde bulundurulması gereken bir faktör olduğunu vurgulamaktadır. SAB ve PB hastalarında, beden imajı memnuniyetsizliği ile yaşam kalitelerinin azalması arasındaki ilişkinin gösterilmesi, beden imajı memnuniyetsizliğinin topluma nasıl bir yük getirdiğinin anlaşılabilmesi açısından önemlidir. Buna ek olarak beden imajı baş etme stratejilerini de çalışmamıza dahil ederek hastaların yaşadıkları zorlanmalarda hangi yöntemleri seçtiklerinde yaşamlarına daha olumlu katkıda bulduklarını tespit etmiş olup hastaların tedavilerinde üzerine çalışılabilecek yöntemler saptamış olduk. Bu bağlamda, araştırmamızın sonuçlarının, ileride yapılacak çalışmalara ışık tutarak, beden imajı kavramının klinik araştırmalar ve pratikte daha çok akılda tutulmasına, üzerinde düşünülüp geliştirmesine katkıda bulunacağına inanıyoruz.

## KAYNAKÇA

1. Simpson, H. B., Neria, Y., Lewis-Fernández, R., & Schneier, F. (Eds.). (2010). Anxiety disorders: Theory, research and clinical perspectives. Cambridge University Press. In.
2. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun 1;62(6):593.
3. Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC, Finkelstein SN, Berndt ER, Davidson JRT, et al. The Economic Burden of Anxiety Disorders in the 1990s. *J Clin Psychiatry*. 1999 Jul 15;60(7):427–35.
4. Öztürk O, Uluğahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2015:264.
5. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Pedro Ruiz. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 11th Edition. Wolters Kluwer Health, 2014;
6. Cash TF, Jakatdar TA, Williams EF. The Body Image Quality of Life Inventory: further validation with college men and women. *Body Image*. 2004 Sep;1(3):279–87.
7. Cash TF. Cash, T. F. Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*.
8. Cash TF. Body image: past, present, and future. *Body Image*. 2004 Jan;1(1):1–5.
9. Aderka IM, Gutner CA, Lazarov A, Hermesh H, Hofmann SG, Marom S. Body image in social anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, and panic disorder. *Body Image*. 2014 Jan;11(1):51–6.
10. Leichsenring F, Leweke F. Social Anxiety Disorder. Solomon CG, editor. *N Engl J Med*. 2017 Jun 8;376(23):2255–64.
11. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı, Tanı Ölçütleri El Kitabından, Çev.Yay.Yön Koroğlu E. Beşinci Baskı (DSM-5). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014.
12. Kearney CA. Social anxiety and social phobia in youth: characteristics, assessment, and psychological treatment. New York: Springer; 2005. (Series in anxiety and related disorders).
13. Ruscio AM, Brown TA, Chiu WT, Sareen J, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*. 2008 Jan;38(1):15–28.
14. Crocq MA. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015 Sep 30;17(3):319–25.
15. Işık E, Taner Y. Çocuk, Ergen Ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. İstanbul: Golden Print, 2006; S.409-424.
16. American Psychiatric Association [APA] (1980) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd Ed.). Washington, DC: Author.
17. American Psychiatric Association [APA] (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4rd Ed.). Washington, DC: Author.
18. American Psychiatric Association [APA] (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.). Washington, DC: Author.
19. Schneier F, Goldmark J. Social Anxiety Disorder. In: Stein DJ, Vythilingum B, editors. Anxiety Disorders and Gender [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2015 [cited

- 2024 Sep 27]. p. 49–67. Available from: [https://link.springer.com/10.1007/978-3-319-13060-6\\_3](https://link.springer.com/10.1007/978-3-319-13060-6_3)
20. Asher M, Asnaani A, Aderka IM. Gender differences in social anxiety disorder: A review. *Clin Psychol Rev.* 2017 Aug;56:1–12.
  21. Schneier FR. Social Phobia: Comorbidity and Morbidity in an Epidemiologic Sample. *Arch Gen Psychiatry.* 1992 Apr 1;49(4):282.
  22. Lecrubier Y, Wittchen HU, Faravelli C, Bobes J, Patel A, Knapp M. A European perspective on social anxiety disorder. *Eur Psychiatry.* 2000;15(1):5–16.
  23. Katzelnick DJ, Kobak KA, DeLeire T, Henk HJ, Greist JH, Davidson JRT, et al. Impact of Generalized Social Anxiety Disorder in Managed Care. *Am J Psychiatry.* 2001 Dec 1;158(12):1999–2007.
  24. Detweiler MF, Comer JS, Crum KI, Albano AM. Social Anxiety in Children and Adolescents: Biological, Developmental, and Social Considerations. In: *Social Anxiety* [Internet]. Elsevier; 2014 [cited 2024 Sep 28]. p. 253–309. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780123944276000108>
  25. Hattingh CJ, Ipser J, Tromp SA, Syal S, Lochner C, Brooks SJ, et al. Functional magnetic resonance imaging during emotion recognition in social anxiety disorder: an activation likelihood meta-analysis. *Front Hum Neurosci* [Internet]. 2013 [cited 2024 Sep 28];6. Available from: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fnhum.2012.00347/abstract>
  26. Bell CJ, Malizia AL, Nutt DJ. The neurobiology of social phobia.
  27. Lieb R, Wittchen HU, Höfler M, Fuetsch M, Stein MB, Merikangas KR. Parental Psychopathology, Parenting Styles, and the Risk of Social Phobia in Offspring: A Prospective-Longitudinal Community Study. *Arch Gen Psychiatry.* 2000 Sep 1;57(9):859.
  28. Robinson, J. L., Kagan, J., Reznick, J. S., & Corley, R. (1992). The heritability of inhibited and uninhibited behavior: a twin study. *Developmental psychology*, 28(6), 1030.
  29. Tripathi A, Das A, Kar SK. Biopsychosocial Model in Contemporary Psychiatry: Current Validity and Future Prospects. *Indian J Psychol Med.* 2019 Nov;41(6):582–5.
  30. Greene, A. M., Bailey, C. R., & Neumeister, A. (2013). A biopsychosocial approach to anxiety. In *Anxiety Disorders* (pp. 25-50). Routledge.
  31. Caster JB, Inderbitzen HM, Hope D. Relationship Between Youth and Parent Perceptions of Family Environment and Social Anxiety. *J Anxiety Disord.* 1999 May;13(3):237–51.
  32. Rapee RM, Melville LF. Recall of family factors in social phobia and panic disorder: Comparison of mother and offspring reports. *Depress Anxiety.* 1997;5(1):7–11.
  33. Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *Am J Psychiatry.* 1996 Feb 1;153(2):275–7.
  34. Feerick MM, Snow KL. The Relationships Between Childhood Sexual Abuse, Social Anxiety, and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in Women. *J Fam Violence.* 2005 Dec;20(6):409–19.
  35. McCabe RE, Antony MM, Summerfeldt LJ, Liss A, Swinson RP. Preliminary Examination of the Relationship Between Anxiety Disorders in Adults and Self-Reported History of Teasing or Bullying Experiences. *Cogn Behav Ther.* 2003 Nov;32(4):187–93.
  36. Freud, S. (1914/1953). On Narcissism: An Introduction (A. Strachey, Trans.). In J. Strachey (Ed.), *The Standard Edition Of The Complete Psychological Works Of Sigmund Freud* (Vol. 14, Pp. 67-102). London: Hogarth Press).
  37. Gabbard GO (1994) *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, Washington, APP Inc.
  38. Leigh, E. and Clark, D.M. (2018). *Cognitive therapy for social anxiety disorder in adolescents. CT-SAD-A Manual.*

39. Clark, D. M. and Wells, A. (1995). *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*, Guilford Press.
40. Kessler RC. Lifetime Co-occurrence of DSM-III-R Alcohol Abuse and Dependence With Other Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1997 Apr 1;54(4):313.
41. Magee WJ. Agoraphobia, Simple Phobia, and Social Phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1996 Feb 1;53(2):159.
42. Bögels SM, Alden L, Beidel DC, Clark LA, Pine DS, Stein MB, et al. Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010 Feb;27(2):168–89.
43. Olfson M, Guardino M, Struening E, Schneier FR, Hellman F, Klein DF. Barriers to the Treatment of Social Anxiety. *Am J Psychiatry*. 2000 Apr 1;157(4):521–7.
44. Dilbaz N. Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Epidemiyoloji, Etiyoloji, Klinik Ve Ayırıcı Tanı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2000;3:3-21.
45. Hidalgo RB, Barnett SD, Davidson JRT. Social anxiety disorder in review: two decades of progress.
46. Cackovic C, Nazir S, Marwaha R. Panic Disorder. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2023. PMID: 28613692.
47. Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB. Panic disorder. *Lancet*. 2006;368(9540):1023-1032.
48. Maclean WC. A Lecture on Diseases of the Heart in the British Army: The Cause and the Remedy. *Br Med J*. 1867;1(320):161-164.
49. Myers' Heart Disease among Soldiers. (1871). *The British and Foreign Medico-Chirurgical Review*, 47(94), 414–417.
50. Angst J. Panic disorder: History and epidemiology. *Eur Psychiatry*. 1998;13(S2):51s–5s.
51. Özer Ş. Anksiyete ve Anksiyete Bozukluklarının Kısa Tarihçesi. In: Tükel R, Alkın, T., editor. *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara: Pozitif Matbaacılık; 2006. In.
52. American Psychiatric Association [APA] (1987) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd Ed. - Revised)*. Washington, DC: Author.
53. De Jonge P, Roest AM, Lim CCW, Florescu SE, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the world mental health surveys: J ONGE ET AL . *Depress Anxiety*. 2016 Dec;33(12):1155–77.
54. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011 Sep;21(9):655–79.
55. Bandelow, B., & Domschke, K. (2015). Panic disorder. *Anxiety Disorders and Gender*, 31-48.
56. Batelaan N, Smit F, Graaf RD, Balkom AV, Vollebergh W, Beekman A. Economic costs of full-blown and subthreshold panic disorder. *J Affect Disord*. 2007 Dec;104(1–3):127–36.
57. Smit F, Cuijpers P, Oostenbrink J, Batelaan N, de Graaf R, Beekman A. Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *J Ment Health Policy Econ*. 2006;9(4):193-200.
58. Ettigi P, Meyerhoff AS, Chirban JT, Jacobs RJ, Wilson RR. The quality of life and employment in panic disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1997;185(6):368-372.
59. Ray A, Tao JX, Hawes-Ebersole SM, Ebersole JS. Localizing value of scalp EEG spikes: A simultaneous scalp and intracranial study. *Clin Neurophysiol*. 2007 Jan;118(1):69–79.
60. Sakai Y, Kumano H, Nishikawa M, Sakano Y, Kaiya H, Imabayashi E, et al. Cerebral glucose metabolism associated with a fear network in panic disorder.

61. Nash JR, Sargent PA, Rabiner EA, Hood SD, Argyropoulos SV, Potokar JP, et al. Serotonin 5-HT<sub>1A</sub> receptor binding in people with panic disorder: positron emission tomography study. *Br J Psychiatry*. 2008 Sep;193(3):229–34.
62. Smoller JW, Tsuang MT. Panic and Phobic Anxiety: Defining Phenotypes for Genetic Studies. *Am J Psychiatry*. 1998 Sep 1;155(9):1152–62.
63. Hettema JM, Neale MC, Kendler KS. A Review and Meta-Analysis of the Genetic Epidemiology of Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry*. 2001 Oct 1;158(10):1568–78.
64. Gorman, J. M., Papp, L. A., & Coplan, J. D. (1995). Neuroanatomy and neurotransmitter function in panic disorder. *Anxiety as symptom and signal*, 39-56.
65. Bremner JD, Charney DS, Stein DJ, Hollander E, Rothbaum BO. *Textbook of anxiety disorders*. 2010;
66. Clemens NA. *A Psychodynamic Perspective on Anxiety*.
67. Aaron T. Beck GERLG. *Anxiety disorders and phobias : a cognitive perspective*. New York: Basic Books; 1985.
68. Casey LM, Oei TPS, Newcombe PA. An integrated cognitive model of panic disorder: The role of positive and negative cognitions. *Clin Psychol Rev*. 2004 Sep;24(5):529–55.
69. Hofmann, S. G., Reinecke, M. A., & Clark, D. A. (2004). The cognitive model of panic. *Cognitive therapy across the lifespan: Evidence and practice*, 117, 136.
70. Clark DM. A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy* 1986;24:461–470.
71. Seguí J, Márquez M, García L, Canet J, Salvador-Carulla L, Ortiz M. Differential clinical features of early-onset panic disorder. *J Affect Disord*. 1999 Jul;54(1–2):109–17.
72. Tükel, R. (2002). Panik bozukluğu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(3), 5-13.
73. Meuret AE, Kroll J, Ritz T. Panic Disorder Comorbidity with Medical Conditions and Treatment Implications. *Annu Rev Clin Psychol*. 2017 May 8;13(1):209–40.
74. Konkan R, Yalçinkaya S, Erkiran M, Erkmen H. Panik Bozukluğu ve Komorbid Tanılar.
75. Manjunatha N, Ram D. Panic disorder in general medical practice- A narrative review. *J Fam Med Prim Care*. 2022 Mar;11(3):861–9.
76. Katschnig H, Amering M, Stolk JM, Ballenger JC. Predictors of quality of life in a long-term followup study in panic disorder patients after a clinical drug trial. *Psychopharmacol Bull*. 1996;32(1):149-155.
77. Schilder P. *The image and appearance of the human body*. Oxford: Kegan Paul; 2013.
78. Slade, P. D. (1994). What is body image?. *Behaviour research and therapy*.
79. Cumming WJ. The neurobiology of the body schema. *Br J Psychiatry Suppl*. 1988;(2):7-11.
80. Fisher, S. (1990). The evolution of psychological concepts about the body.
81. Winstead, B. A., & Cash, T. F. (1984, March). Reliability and validity of the Body-Self Relations Questionnaire: A new measure of body image. In meeting of the southeastern psychological association, New Orleans, LA.
82. Frederick DA, Jafary AM, Gruys K, Daniels EA. Surveys and the Epidemiology of Body Image Dissatisfaction. In: *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* [Internet]. Elsevier; 2012 [cited 2024 Oct 1]. p. 766–74. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780123849250001218>
83. Cash TF, Henry PE. Women's body images: The results of a national survey in the U.S.A. *Sex Roles*. 1995 Jul;33(1–2):19–28.
84. Tiggemann M. Body image across the adult life span: stability and change. *Body Image*. 2004 Jan;1(1):29–41.

85. Suisman, J. L., & Klump, K. L. (2011). Genetic and neuroscientific perspectives on body image. *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*, 2, 29-38.
86. Guash GP (1985) Bedensel Değişmeler ve Yabancılaşma Duygusu. *Ergenlik Psikolojisi, Çeviren B Onur, Ankara, Hacettepe Taş Kitapçılık*, s.140-155.
87. Ziyalar A (1985) Beden İmajı Kavramı. *Yeni Symposium*,1-2:31-40.
88. Kolb LC (1966) Disturbance of the Body Image. *American Handbook of Psychiatry*, S Arieti (Ed), New York, Basic Books.
89. Keery H, Van Den Berg P, Thompson JK. An evaluation of the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. *Body Image*. 2004 Sep;1(3):237–51.
90. Levine, M. P., & Harrison, K. (2004). Media's Role in the Perpetuation and Prevention of Negative Body Image and Disordered Eating.
91. Cash, T. F. (2012). Cognitive-behavioral perspectives on body image. In T. F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of body image and human appearance* (pp. 334–342). Elsevier Academic Press.
92. Cash TF. The influence of sociocultural factors on body image: Searching for constructs. *Clin Psychol Sci Pract*. 2005;12(4):438–42.
93. Cash TF, Melnyk SE, Hrabosky JI. The assessment of body image investment: An extensive revision of the appearance schemas inventory. *Int J Eat Disord*. 2004 Apr;35(3):305–16.
94. Wood KC, Becker JA, Thompson JK. Body image dissatisfaction in preadolescent children. *J Appl Dev Psychol*. 1996 Jan;17(1):85–100.
95. Garner, D. (1997). Body image survey results. *Psychology Today-New York-*, 30, 30-45.
96. Jáuregui-Lobera I, Bolaros Ros P. Body image and quality of life in a Spanish population. *Int J Gen Med*. 2011 Jan;63.
97. Cash, T. F., & Smolak, L. (Eds.). (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. Guilford press.
98. Soykan C, Ozguven HD. LIEBOWITZ SOCIAL ANXIETY SCALE: THE TURKISH VERSION ' ' .
99. Balıkcı K, Herdem A, Aydemir Ö, Grubu D. Reliability and validity of Turkish Form of Panic Disorder Scale. *Anatol J Psychiatry*. 2017;18(2):13.
100. Doğan, O. ve Doğan, S. 1992. Çok Yönlü Beden-Self İlişkileri Ölçeği el kitabı. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Basımevi, 29 s., Sivas.
101. Doğan T, Sapmaz F, Totan T. Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anatol J Psychiatry*.
102. Cash TF, Santos MT, Williams EF. Coping with body-image threats and challenges: validation of the Body Image Coping Strategies Inventory. *J Psychosom Res*. 2005 Feb;58(2):190–9.
103. Demiralp M, Demiralp B, Sarikoc G, Iyigun E, Acikel C, Basbozkurt M. Turkish version of the Body Image Quality of Life Inventory (BIQLI): a validity and reliability study. *Anatol J Psychiatry*. 2015;16:82.
104. Elbir M, Alp Topbas O, Bayad S, Kocabas T, Topak OZ, Cetin S, et al. Adaptation and Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5-Disorders - Clinician Version (SCID-5/CV) to the Turkish Language. *Turk J Psychiatry [Internet]*. 2019 [cited 2024 Oct 10]; Available from: <http://www.turkpsikiyatri.com/default.aspx?modul=doi&doi=u23431>
105. Stein MB, Torgrud LJ, Walker JR. Social Phobia Symptoms, Subtypes, and Severity: Findings From a Community Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 2000 Nov 1;57(11):1046.
106. Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The lancet*, 371(9618), 1115-1125.

107. Haghghi M, Jahangard L, Ahmadpanah M, Bajoghli H, Holsboer-Trachsler E, Brand S. The relation between anxiety and BMI – is it all in our curves? *Psychiatry Res.* 2016 Jan;235:49–54.
108. Dalla EE, Maziak A, Hamood S, AlRaeesi H, Mogharbel A, Omran S. Evaluating the impact of sociodemographics and BMI on social anxiety among the students of the University of Sharjah. *Adv Biomed Health Sci.* 2022 Jul;1(3):181–7.
109. Armstrong M, Roberts A, Owen D, Koch J. Contemporary college students and body piercing. *J Adolesc Health.* 2004 Jul;35(1):58–61.
110. Forbes GB. College Students with Tattoos and Piercings: Motives, Family Experiences, Personality Factors, and Perception by Others. *Psychol Rep.* 2001 Dec;89(3):774–86.
111. Greif J, Hewitt W, Armstrong ML. Tattooing and Body Piercing.
112. Swami V. Marked for life? A prospective study of tattoos on appearance anxiety and dissatisfaction, perceptions of uniqueness, and self-esteem. *Body Image.* 2011 Jun;8(3):237–44.
113. Kırpınar, İ. (2012). Genç psikiyatristin el kitabı: psikiyatrik muayene ve semiyoloji. Timaş Yayınları.
114. Stein, R. F. (1987). Comparison of self-concept of nonobese and obese university junior female nursing students. *Adolescence*, 22(85), 77-90.
115. Hofmann SG. Self-focused attention before and after treatment of social phobia. *Behav Res Ther.* 2000 Jul;38(7):717–25.
116. Izgiç F, Akyüz G, Doğan O, Kuğu N. Social Phobia among University Students and its Relation to Self-Esteem and Body Image. *Can J Psychiatry.* 2004 Sep;49(9):630–4.
117. Liao Y, Knoesen NP, Castle DJ, Tang J, Deng Y, Bookun R, et al. Symptoms of disordered eating, body shape, and mood concerns in male and female Chinese medical students. *Compr Psychiatry.* 2010 Sep;51(5):516–23.
118. Regis JMO, Ramos-Cerqueira ATA, Lima MCP, Torres AR. Social anxiety symptoms and body image dissatisfaction in medical students: prevalence and correlates. *J Bras Psiquiatr.* 2018 Jun;67(2):65–73.
119. Hartman LM. A metacognitive model of social anxiety: Implications for treatment. *Clin Psychol Rev.* 1983 Jan;3(4):435–56.
120. Amirian, M., Momeni, K., & Yazdanbakhsh, K. (2024). The Relationship Between Social Anxiety and the Desire for Cosmetic Surgery: The Mediating Role of Body Image and Appearance-Based Rejection Sensitivity.
121. Sarwer DB, Cash TF, Magee L, Williams EF, Thompson JK, Roehrig M, et al. Female College Students and Cosmetic Surgery: An Investigation of Experiences, Attitudes, and Body Image: *Plast Reconstr Surg.* 2005 Mar;115(3):931–8.
122. World Health Organization. (1996). WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996 (No. WHOQOL-BREF). World Health Organization.
123. Nayir T, Uskun E, Yürekli MV, Devran H, Çelik A, Okyay RA. Does Body Image Affect Quality of Life?: A Population Based Study. Ciccozzi M, editor. *PLOS ONE.* 2016 Sep 20;11(9):e0163290.
124. Snyder, C. R. (Ed.). (1999). *Coping: The psychology of what works.* Oxford University Press, USA.
125. Tobin DL, Holroyd KA, Reynolds RV, Wigal JK. The hierarchical factor structure of the coping strategies inventory. *Cogn Ther Res.* 1989 Aug;13(4):343–61.
126. Endler, N. S., & Parker, J. (1990). Coping inventory for stressful situations. Multi-Health systems incorporated.

127. Ålgars M, Santtila P, Varjonen M, Witting K, Johansson A, Jern P, et al. The Adult Body: How Age, Gender, and Body Mass Index Are Related to Body Image. J Aging Health. 2009 Dec;21(8):1112–32.

## **EKLER**

### **EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

Çalışmamızın ismi ‘Sosyal Anksiyete Bozukluğu ile Panik Bozukluk Tanılı Hastalarda Beden İmajı, Baş Etme Stratejileri ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi’ olup, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapmakta olan Dr. Yiğitcan AKTAN ve Doç. Dr. Sema BAYKARA tarafından yürütülmektedir.

Beden imajı, kişinin bedenine - bununla sınırlı olmamak üzere fiziksel görünümüne - yönelik, kendilik algısını ve tutumlarını kapsayan çok boyutlu bir yapıdır. Bu çalışmada; sosyal anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk hastalarında, hastalık şiddeti – beden imajı ilişkisi, baş etme stratejileri ve beden imajının yaşam kalitesine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmaya katılarak sosyal anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk ile beden imajı ve ilişkili durumların daha iyi anlaşılabilmesine katkıda bulunmuş olacaksınız.

Çalışmada; basılı kağıt materyali olan, bir kısmını doğrudan sizin dolduracağınız, bir kısmı görüşmeci tarafından doldurulacak anket ve benzeri soru formları uygulanacaktır. Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu, Çok Yönlü Beden Kendilik İlişkileri Ölçeği, Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği, Beden İmgesinin Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeği, Liebowitz – Sosyal Anksiyete Ölçeği, DSM-5 Panik Bozukluğu Şiddeti Ölçeği kullanılacaktır.

Katılımcılara ilk tanı aldıkları anda yukarıda ismi geçen ölçekler uygulanacaktır sonrasında araştırmacılar tarafından herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır. Bu çalışma bedensel ya da ruhsal sağlığa zarar verebilecek hiçbir öge içermemektedir. Katıldığınız takdirde size herhangi bir girişimsel işlem ya da görüntüleme yöntemi uygulanmayacak, kan tetkiki ya da benzeri test yapılmayacaktır. Çalışmaya katılma konusundaki kararınız tanı ve tedavi sürecinizi etkilemeyecektir.

Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılamama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir. İsmi her koşulda saklı tutulacaktır. Araştırmanın sadece veriler kısmı bilimsel makalelerde yayınlanabilir ve bilimsel toplantılarda sunulabilir. Bilimsel etik kuralları gereği tüm kişisel bilgileriniz saklı tutulacak, üçüncü kişi ve kurumlarca paylaşılmayacaktır.

Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında Őimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya Őimdi sorabilir veya e-posta adresinden ulaşabilirsiniz.

Katılıminız için teşekkür ederiz.



## EK 2: SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ TOPLAMA FORMU

1. Adınız-Soyadınız:

2. Yaşınız: ( )

3. Biyolojik Cinsiyet:  Kadın  Erkek  Diğer ( )

4. Medeni Durumunuz:  Bekâr  Evli  Boşanmış  Dul

5. Aktif olarak çalışıyor musunuz:  Evet  Hayır

6. Eğitim düzeyiniz:

Okula gitmemiş  İlkokul  Ortaokul  Lise  Üniversite  Lisans

Üstü

7. Gelir durumunuz:

Asgari ücretin altı  Asgari ücret  Asgari ücret x 2  Asgari ücret x 3

Asgari ücret x 5  Asgari ücret x 10 ve üstü

8. Doktor tarafından tanısı konmuş herhangi bir hastalığınız var mı?

Evet  Hayır

◆ Cevabınız evet ise, hastalığınız nedir? ( )

9. Ailede bilinen psikiyatrik rahatsızlık var mı?  Evet  Hayır

◆ Cevabınız evet ise; hangi aile üyenizde ve hangi psikiyatrik rahatsızlık?

( )

10. Daha önce hiç panik atak geçirdiniz mi?

11. Boyunuz: ( )

12. Kilonuz: ( )

13. Mevcut boyunuzdaki en düşük kilonuz: ( )

14. Mevcut boyunuzdaki en yüksek kilonuz: ( )

15. Vücudunuzda herhangi bir doğumsal fiziksel anormallik var mı?

Evet  Hayır

16. Ameliyat iziniz var mı?  Evet  Hayır

17. Yara iziniz var mı?  Evet  Hayır

18. Dövmeniz var mı?  Evet  Hayır

19. Piercing (vücut takısı) 'iniz var mı?  Evet  Hayır

20. Daha önce hiç estetik amaçlı bir müdahale (dolgu, botoks vb.) yaptırdınız mı?

Evet  Hayır

21. Daha önce hiç estetik amaçlı bir ameliyat geçirdiniz mi?  Evet

Hayır

İletişim Bilgileri:

- Cep telefonunuz :

- E-mail adresiniz:

## EK 3: LIEBOWITZ - SOSYAL ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

### LIEBOWITZ SOSYAL FOBİ BELİRTİLERİ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki formu dikkatle okuyun.

Sol kolondaki durumlarda duyduğunuz kaygının şiddetine göre, 1 ile 4 arasında puan verin. Sağ kolonda aynı durumlar tekrar sıralanmıştır. Bu defa bu durumlardan kaçınıyorsanız, kaçınmanın şiddetine göre yine 1 ile 4 arasında puan verin. Puanlamayı aşağıdaki tariflere göre yapın.

Teşekkürler.

Kaygı	Kaçınma
1: Yok ya da çok hafif	1: Kaçınma yok ya da çok ender
2: Hafif	2: Zaman zaman kaçınım
3: Orta derecede	3: Çoğunlukla kaçınım
4: Şiddetli	4: Her zaman kaçınım

Kaygı	Puan	Kaçınma	Puan
1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak		1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak	
2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak		2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak	
3. Dikkatleri üzerinde toplamak		3. Dikkatleri üzerinde toplamak	
4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak		4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak	
5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak		5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak	
6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek		6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek	
7. Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak		7. Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak	
8. Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek		8. Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek	
9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi		9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi	
10. Gözlemediği sırada çalışmak		10. Gözlemediği sırada çalışmak	
11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak		11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak	
12. Bir eğlenceye gitmek		12. Bir eğlenceye gitmek	
13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak		13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak	
14. Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması		14. Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması	
15. Gözlemediği sırada yazı yazmak		15. Gözlemediği sırada yazı yazmak	
16. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak		16. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak	
17. Umumi yerlerde yemek yemek		17. Umumi yerlerde yemek yemek	
18. Evde misafir ağırlamak		18. Evde misafir ağırlamak	
19. Küçük bir grup faaliyetine katılmak		19. Küçük bir grup faaliyetine katılmak	
20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek		20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek	
21. Umumi telefonları kullanmak		21. Umumi telefonları kullanmak	
22. Yabancılarla konuşmak		22. Yabancılarla konuşmak	
23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak		23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak	
24. Umumi tuvalette idrar yapmak		24. Umumi tuvalette idrar yapmak	

#### EK 4: DSM-5 PANİK BOZUKLUK ŞİDDETI ÖLÇEĞİ

DSM – 5 Panik Bozukluk Şiddeti Ölçeği						
<b>Bilgilendirme: Bu sorular panik atak hakkındaki düşünceler, hisler ve davranışlar hakkında sorulardır. Panik atak belli bir sebep olmadan birden hissedilen, dönemsel olan yoğun bir korkudur. Panik atağın semptomları şunlardır: kalp atışının hızlanması, nefes darlığı, rahatsızlık hissi, terleme, kontrol kaybetme korkusu ya da ölme korkusu. Lütfen her maddeyi işaretleyin.</b>						
	Son 7 gün boyunca	Hiçbir zaman	Bazen	Zamanın yarısında	Zamanın çoğunda	Zamanın tamamında
1.	Beklenmedik bir anda gelen ani dehşet, korku veya ürperme (ör. Panik atak) yaşadım.	0	1	2	3	4
2.	Daha fazla panik atağı geçireceğime dair kaygılı, endişeli veya sinirli hissettim	0	1	2	3	4
3.	Panik atakları yüzünden kontrolümü kaybedeceğime, öleceğime, delireceğime ve kötü şeyler olacağıma dair düşüncelerim oldu.	0	1	2	3	4
4.	Çarpıntı, terleme, nefes darlığı, baygınlık hissi, güçsüzlük yaşadım.	0	1	2	3	4
5.	Kas gerginliği hissettim, patlamaya hazır veya huzursuz hissettim ya da gevşemekte zorlandım ya da uyumakta zorlandım.	0	1	2	3	4
6.	Panik atağın meydana gelebileceği durumlardan kaçındım ya da bu durumlara yaklaşmadım ya da girmedim.	0	1	2	3	4
7.	Panik atakları nedeniyle ortamlardan erken ayrıldım ya da ortamlara çok kısa süreli katıldım.	0	1	2	3	4
8.	Panik atakların ortaya çıkabileceği durumlara hazırlanmak için çok zaman harcadım ya da hazırlanmayı ağırdan aldım (erteledim).	0	1	2	3	4
9.	Panik atakları hakkında düşünmekte kaçınmak için dikkatimi dağıttım.	0	1	2	3	4
10.	Panik ataklarla başa çıkmak için yardıma ihtiyaç duydum. (ör. Alkol kullanmak, batıl nesnelere, diğer insanlar)	0	1	2	3	4

## EK 5: ÇOK YÖNLÜ BEDEN KENDİLİK İLİŞKİLERİ ÖLÇEĞİ

ÇOK YÖNLÜ BEDEN KENDİLİK İLİŞKİLERİ ÖLÇEĞİ	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Dışarı çıkmadan önce görünüşüme daima dikkat ederim.	1	2	3	4	5
2. Kendimi en iyi gösterecek giysileri almaya dikkat ederim.	1	2	3	4	5
3. Fiziksel sağlık testlerinin çoğundan geçerim.	1	2	3	4	5
4. Üst düzeyde fiziksel güce sahip olmak benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
5. Bedenim cinsel yönden çekicidir.	1	2	3	4	5
6. Sağlığımı kontrol altında tutuyorum.	1	2	3	4	5
7. Fiziksel sağlığımı etkileyen etkenler hakkında çok şey biliyorum.	1	2	3	4	5
8. Bilinçli olarak sağlıklı bir yaşam tarzı geliştirdim.	1	2	3	4	5
9. Diğer insanların gördükleri halimden hoşnutum.	1	2	3	4	5
10. Fırsat buldukça aynada görünüşümü kontrol ederim.	1	2	3	4	5
11. Fiziksel yönden dayanıklı bir kişiyim.	1	2	3	4	5
12. Sportif yarışmalara katılmak benim için önemli değildir.	1	2	3	4	5
13. Fiziksel yönden iyilik halimi korumak için özel çaba harcamıyorum.	1	2	3	4	5
14. Sağlık durumum beklenmedik iniş çıkışlar göstermektedir.	1	2	3	4	5
15. Sağlıklı olmak yaşamımdaki en önemli şeylerden biridir.	1	2	3	4	5
16. Sağlığımı bozabilecek herhangi bir şeyi yapmam.	1	2	3	4	5
17. Birçok kişi benim iyi görüdüğüm düşüncesindedir.	1	2	3	4	5
18. Her zaman iyi görünmek benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
19. Fiziksel becerileri kolayca öğrenirim.	1	2	3	4	5
20. Fiziksel gücümü artıracak şeyler yaparım.	1	2	3	4	5
21. Nadiren hastalanırım.	1	2	3	4	5
22. Kendim için sık sık sağlıkla ilgili kitap ve dergiler okurum.	1	2	3	4	5
23. Giysisiz (elbisesiz) görünüşümü beğeniyorum.	1	2	3	4	5
24. Görünüşüm uygun olmadığında tedirgin olurum.	1	2	3	4	5

<b>ÇOK YÖNLÜ BEDEN KENDİLİK İLİŞKİLERİ ÖLÇEĞİ</b>	<b>Hiç katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Tamamen katılıyorum</b>
25. Genellikle nasıl görüldüğüme dikkat etmeden elime ne geçerse giyerim.	1	2	3	4	5
26. Bedensel spor ve oyunlarda yetersizim.	1	2	3	4	5
27. Atletik (sportif) becerilerim üzerinde pek düşünmem.	1	2	3	4	5
28. Fiziksel dayanıklılığımı geliştirmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
29. Bedenimin bir günden bir güne nasıl olacağını hiç bilemiyorum.	1	2	3	4	5
30. Hasta olduğumda hastalık belirtilerine fazla dikkat etmem.	1	2	3	4	5
31. Dengeli ve besleyici bir diyet almaya özel çaba harcamam.	1	2	3	4	5
32. Giydiklerimin üzerime uymasından hoşlanırım.	1	2	3	4	5
33. İnsanların görünüşümle ilgili düşüncelerine aldırım.	1	2	3	4	5
34. Saçlarımın güzel görünmesi için özel çaba harcarım.	1	2	3	4	5
35. Fizik yapımı beğenmiyorum.	1	2	3	4	5
36. Fiziksel yönden aktif (hareketli) olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
37. Sıklıkla hastalıklara karşı dayanıksız olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
38. Herhangi bir hastalık belirtisi ortaya çıktığında bedenimle yakından ilgilenirim.	1	2	3	4	5
39. Grip veya soğuk algınlığına yakalandığımda bu durumu önemsemem ve normal yaşamımı sürdürürüm.	1	2	3	4	5
40. Fiziksel yönden çekici değilim.	1	2	3	4	5
41. Nasıl görüldüğümü hiç düşünmem.	1	2	3	4	5
42. Fiziksel görünüşümü daima iyileştirmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
43. Fiziksel görünüşüm uyumludur.	1	2	3	4	5
44. Fiziksel sağlıkla ilgili çok şey biliyorum.	1	2	3	4	5
45. Yıl boyunca düzenli spor yaparım.	1	2	3	4	5
46. Fiziksel yönden sağlıklı bir kişiyim.	1	2	3	4	5
47. Fiziksel sağlığımdaki en küçük değişiklikleri bile fark ederim.	1	2	3	4	5
48. Kendimde bir hastalığın ilk belirtileri ortaya çıktığında tıbbi yönden yardım isterim.	1	2	3	4	5
49. Yüzümden hoşnutum (yüz şekli, görünüşü, cilt).	1	2	3	4	5

<b>ÇOK YÖNLÜ BEDEN KENDİLİK İLİŞKİLERİ ÖLÇEĞİ</b>	<b>Hiç katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Tamamen katılıyorum</b>
50. Saçımdan hoşnutum (rengi, sıklığı, yapısı).	1	2	3	4	5
51. Alt gövdemden hoşnutum (kalçalar, bacak, uyluk).	1	2	3	4	5
52. Orta gövdemden hoşnutum (mide, bel).	1	2	3	4	5
53. Üst gövdemden hoşnutum (göğüsler, omuz, kollar).	1	2	3	4	5
54. Kas yapısından hoşnutum (tonusu).	1	2	3	4	5
55. Ağırlığımdan hoşnutum (kilo).	1	2	3	4	5
56. Boyumdan hoşnutum.	1	2	3	4	5
57. Tüm görünüşümden hoşnutum.	1	2	3	4	5

## EK 6: BEDEN İMGESİ BAŞ ETME STRATEJİLERİ ÖLÇEĞİ

<b>Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği.</b>	<b>Hiç katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Tamamen katılıyorum</b>
1.Daha çekici görünmek için bir şeyler yaparım.	0	1	2	3
2.Görünüşümle ilgili hoşlanmadığım yönlerimi düzeltmek için fazladan zaman harcarım.	0	1	2	3
3.Görünüşümü değiştirmek için ne yapmam gerektiğini düşünürüm.	0	1	2	3
4.Fiziksel olarak çekici insanlarla kendi görünüşümü karşılaştırırım.	0	1	2	3
5.Görünüşümle ilgili hoşlanmadığım yönlerimi gizlemek için özel bir çaba harcarım.	0	1	2	3
6.En iyi şekilde görünebilmek için özel bir çaba harcarım.	0	1	2	3
7.Görünüşümle ilgili beğenmediğim yönlerimi nasıl gizleyeceğimi düşünürüm.	0	1	2	3
8.Farklı görünmeyi hayal ederim.	0	1	2	3
9.Ayna karşısında çok zaman harcarım	0	1	2	3
10.Diğer insanlardan görünüşümle ilgili olumlu tepkiler beklerim.	0	1	2	3
11.Görünüşümle ilgili bir olumsuzluk yaşadığımda, bir süre sonra kendimi daha iyi hissedeceğimi düşünürüm.	0	1	2	3
12.Kendi kendime görünüşümle ilgili bir olumsuzluğu abartıyor olabileceğimi söylerim.	0	1	2	3
13.Görünüşümle ilgili bir olumsuzluk yaşadığımda, kendime bu durumun geçeceğini söylerim.	0	1	2	3
14.Görünüşümden memnun olmadığımda kendime hissettiğimden daha iyi görünüyor olabileceğimi söylerim.	0	1	2	3
15.Görünüşümü beğenmediğimde, kendime, görünüşümle ilgili iyi özelliklerimi hatırlatırım.	0	1	2	3

<b>Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği.</b>	<b>Hiç katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Tamamen katılıyorum</b>
16.Görünüşümle ilgili bir olumsuzluk olduğunda bu durumdan neden olumsuz etkilendiğimi anlamaya çalışırım.	0	1	2	3
17.Kendime nasıl görüldüğümden daha önemli şeylerin olduğunu söylerim.	0	1	2	3
18.Kendime fiziksel görünüşümle ilgili olumsuz düşüncelerimin gerçekçi olmadığını söylerim.	0	1	2	3
19. Kendime, görünüşümle ilgili olumsuzlukların çok da önemli olmadığını söylerim.	0	1	2	3
20.Görünüşümle ilgili kendime hoşgörülüyümdür.	0	1	2	3
21.Görünüşümle ilgili olarak kendimi daha iyi hissetmemi sağlayacak bazı şeyleri bilinçli olarak yaparım.	0	1	2	3
22.Görünüşümle ilgili olumsuz bir durum karşısında bu durumun üstesinden gelmek için hiçbir girişimde bulunmam.	0	1	2	3
23.Görünüşümden hoşlanmadığımda aşırı yerim.	0	1	2	3
24.Görünüşümle ilgili olumsuz duygu ve düşüncelerimi görmezden gelmeye çalışırım.	0	1	2	3
25.Görünüşümden dolayı, içime kapanır ve diğer insanlarla daha az etkileşime girerim.	0	1	2	3
26.Aynada kendime bakmaktan kaçınırım.	0	1	2	3
27.Görünüşümle ilgili bir olumsuzluk olduğunda bunun üstesinden gelmek için kendimi yemeye veririm.	0	1	2	3
28.Görünüşümle ilgili beğenmediğim yönlerimi değiştirmek için bir şeyler yapma konusunda çaresiz olduğumu düşünürüm.	0	1	2	3
29.Görünüşümle ilgili olumsuz duygu ve düşüncelerimi görmezden gelmeye çalışırım.	0	1	2	3

## EK 7: BEDEN İMGESİNİN YAŞAM NİTELİĞİNE ETKİSİ ÖLÇEĞİ

Beden İmgesinin Yaşam Niteliğine Etkisi Ölçeği							
1. Kendimle ilgili temel duygularım (kişisel yeterlilik ve özdeğer duyguları)	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
2. Bir kadın veya erkek olarak yeterliliğime ilişkin duygularım (erkeklik veya dişilik duyguları)	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
3. Kendi cinsiyetimden olan insanlarla (hemcinslerimle) etkileşimlerim	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
4. Karşı cinsten olan insanlarla etkileşimlerim	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
5. Yeni insanlarla tanıştığımdaki deneyimlerim	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
6. İşte ya da okuldaki deneyimlerim	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
7. Arkadaşlarımla ilişkilerim	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
8. Aile üyelerimle ilişkilerim	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
9. Günlük yaşadığım duygularım	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
10. Genel olarak yaşamımla ilgili memnuniyetim	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
11. Karşı cins için eş olarak kabul edilebilirlik hissim	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
12. Karşı cins için çekiciliğimle ilgili memnuniyetim	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
13. Neyi ne kadar yiyeceğimi kontrol edebilme yeteneğim	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
14. Kilomu kontrol edebilme yeteneğim	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
15. Fiziksel egzersiz için aktivitelerim	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
16. Görünüşüme dikkat çekebilecek şeyleri yapma isteğim	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
17. Günlük kişisel bakım faaliyetlerim (örneğin, giyinmek ve güne fiziksel olarak hazır olmak)	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
18. Günlük yaşantımda ne kadar güvenli hissettiğim	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
19. Günlük yaşantımda ne kadar mutlu hissettiğim	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3