



TC.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SOSYAL KAYGI VE KAÇINMA DAVRANIŞLARININ
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERLE İLİŞKİSİ**

Çağrı Akyol Çevirir

Tez Danışmanı

Doç. Dr. F. Gökben HIZLI SAYAR

İstanbul, 2020

TC.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SOSYAL KAYGI VE KAÇINMA DAVRANIŞLARININ
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERLE İLİŞKİSİ

Çağrı Akyol Çevirir

Tez Danışmanı
Doç. Dr .F. Gökben HIZLI SAYAR

İstanbul, 2020



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 184102090
Öğrenci Adı Soyadı	: Çağrı Akyol Çevirir
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Doç. Dr. F.Gökben HIZLI SAYAR
Tezin Başlığı	: Sosyal Kaygı ve Kaçınma Davranışlarının Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 02.01.2020	Saati	: 15:00
-----------------	--------------	-------	---------

Öğrenci Savunmaya : ☒ GELDI

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

☒ OY BIRLIGI ☐ OY ÇOKLUGU

- ☒ Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez **KABUL** edilmiştir.
- ☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin **DÜZELTİLMESİ** için ay **EK SÜRE** verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)
- ☐ Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin **REDDEDİLMESİ** kararı alınmıştır.

Savunmada Tezin Başlığı : ☒ Değişmedi. ☐ Değişti.

Tezin Yeni Başlığı :

Öğrenci Savunmaya : ☐ GELMEDİ

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

☐ OY BIRLIGI ile **REDDEDİLMİŞTİR.**

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Doç. Dr .F. Gökben HIZLI SAYAR	
Üye	Dr .Öğr. Üyesi Hüseyin ÜNÜBOL	
Üye	Doç. Dr. Korkut ULUCAN	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Sosyal Kaygı ve Kaçınma davranışlarının demografik bilgilerle incelenmesi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

.../.../.....

Adı SOYADI

İmza

TEŞEKKÜR

Öncelikle verdikleri maddi manevi destekle bana her anlamda yardımcı olan Değerli Aileme, bu süreçte her türlü destek, bilgi ve deneyimini sunan sayın hocam Doç.Dr.F.Gökben Hızlı Sayar' a, bu çalışmamda bana desteklerini, yardımlarını esirgemeyen, başta Dr.Öğ.Üyesi Ayşe Berna Sarı olmak üzere tüm arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Sosyal Kaygı ve Kaçınma Davranışlarının

Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi

ÖZET

Sosyal fobi pek çok toplumda, birçok kişinin yaşamını gittikçe kötü etkilemeye başlayan yaygın bir rahatsızlıktır. Yapılan araştırmalarda düşük sosyoekonomik düzey, hiç evlenmemiş olmak, düşük eğitim seviyesi, hastalığın erken dönemlerinde teşhisi gibi sosyodemografik etkenler, mikro-makro travmalar, genetik yatkınlık, erken çocukluk deneyimleri başlıca risk etmenleri içinde sayılmaktadır.

Araştırmada; 18-40 yaş aralığındaki 261 sayıdaki normal popülasyona; Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSKÖ) ile sosyodemografik özelliklerin ilişkilerini değerlendirildiği sosyodemografik veri formu uygulandı. Araştırma verileri SPSS 23.00 ile değerlendirilmiş olup; Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis analizleri uygulandı. Araştırmada; LSKÖ puanlarının kadınlarda erkeklere kıyasla anlamlı ölçüde yüksek olduğu, 18-22 yaş arası olanlarda diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca eğitim düzeyi lise olanlarda; lisans ve lisansüstü olan kişilere göre LSKÖ puanları daha yüksektir. Sosyal kaygıya dikkat çekmeyi hedefleyen bu çalışmanın sonuçları, risk grubundaki hastalarda ölçek uygulanması ve tablonun erken tespitinin önemini düşündürmektedir. Daha ileri çalışmalar daha geniş örneklem ile farklı popülasyonlarda uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sosyal Fobi, Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği, anksiyete

The Relationship between Social Anxiety and Avoidance Behaviors and Sociodemographic Characteristics

ABSTRACT

Social phobia is a common discomfort in many societies, which has begun to adversely affect the lives of many people. The socio-demographic factors such as low socioeconomic level, never-married, low education level, early diagnosis of the disease, micro-macro traumas, genetic predisposition, and early traumatic childhood experiences are considered among the main risk factors in the researches. In the study; 261 normal population in the 18-40 age range; A sociodemographic data form was used to evaluate the relationship between sociodemographic characteristics and the Liebowitz Social Anxiety Scale. Research data were evaluated with SPSS 23; Mann-Whitney U and Kruskal Wallis analyzes were performed. In the study; LSS scores were found to be significantly higher in females than in males and higher in females aged 18-22 compared to other age groups. In addition, the education level of high school; LSAS scores are higher than those who have undergraduate and graduate degrees. In this study, which aims to draw attention to social anxiety, it is recommended that the scale be applied to the patients in the risk group and the scale and sampling of the studies should be extended academically.

Keywords: Social Phobia (Social Anxiety Disorder), Liebowitz Social Anxiety Scale, Anxiety

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ	vii
KISALTMALAR LİSTESİ	viii
GİRİŞ	1
1.BÖLÜM LİTERATÜR	4
1.1 Kaygı Tanımı	4
1.2.Sosyal Fobi.....	5
1.2.1 Sosyal Fobi Tanımı	5
1.3.Sosyal Fobi Bozukluğu Tanı Ölçütleri.....	7
1.4 Sosyal Fobi Bozukluğu Etiyolojisi.....	9
2. BÖLÜM	10
PSİKOLOJİK FAKTÖRLER	10
2.1. Psikodinamik Model	10
2.2 Akılcı- Duygusal Görüş	11
2.3 Psikobiyolojik Model	11
2.4 Öğrenme/ Koşullanma Modelleri.....	11
2.5 Bilişsel model.....	11
2.6 Kendilik sunumu (Self presentation) modeli	12
2.7 Varoluşçu Görüş.....	12
2.8 Davranışçı Model	13
2.9 Çevresel Faktörler	13
2.10 Sosyal Beceri Modeli	13

2.11 Gelişimsel etmenler.....	13
2.12 Biyolojik ve Genetik Faktörlerin Etkisi	14
3.BÖLÜM SOSYAL FOBİ BOZUKLUĞU EPİDEMİYOLOJİSİ.....	15
3.1 Sosyal Fobi Bozukluğuna Eşlik Eden Bozukluklar	16
3.2 Sosyal Fobi Bozukluğunda Tedavi	18
3.3 İlaç Tedavisi	20
3.4 Sosyal Fobi Bozukluğunda Aile Eğitimi.....	21
3.5 Bireysel Tedaviler	22
4.YÖNTEM VE ARAÇLAR.....	23
4.1 Araştırmanın Amacı:	23
4.2 Araştırmanın Yöntemi :	23
4.3 Yöntem	23
4.4. Araştırmanın Modeli	23
4.5 Veri Analiz Yöntemi	24
4.6 Evren ve Örneklem	24
4.7 Sosyo-Demografik Veri Formu.....	24
4.8 Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSKÖ) :	24
4.9 Araştırmanın Soruları ve Hipotezi	25
5.BULGULAR.....	26
6.TARTIŞMA.....	33
7.SONUÇ ve ÖNERİLER	38
7.1 Sonuçlar;	38
7.2 Öneriler	38
8. KAYNAKÇA	40
EKLER	45
ÖZGEÇMİŞ	46

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1. Demografik Bilgilere Dair Tanımlayıcı Bulgular.....	26
Tablo 2. Katılımcıların Liebowitz SKÖ Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması	28
Tablo 3. Katılımcıların Liebowitz SKÖ ve Alt Boyut Puanlarının Yaş Grupları Açısından Karşılaştırılması.....	29
Tablo 4. Katılımcıların Liebowitz SKÖ ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Durumları Açısından Karşılaştırılması	30
Tablo 5. Katılımcıların Liebowitz SKÖ ve Alt Boyut Puanlarının Gelir Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması.....	31
Tablo 6. Katılımcıların Liebowitz SKÖ Puanlarının Psikiyatrik Tanıları Açısından Karşılaştırılması	32

KISALTMALAR LİSTESİ

Bdt: Bilişsel Davranışçı Tedavi

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

LSAS: Liebowitz Social Anxiety Scale

LSKÖ: Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

RIMA: Reversibl Monoamin Oksidaz İnhibitörleri

SSRI: Selective Serotonin Reuptake Inhibitors

GİRİŞ

Günümüzde, çocukluk çağında başlayan ruhsal problemlerin etkilerinin, yalnızca çocukluk ve/veya ergenlik çağıyla sınırlı kalmadığı, yetişkinlik çağında da bu etkilerin devam ettiği literatürde kabul görmüş durumdadır (Durukan ve ark., 2008). Sosyal fobi de genellikle çocukluk çağında başlayan ve tedavi edilmezse yetişkinlik döneminde devam edebilen bir rahatsızlıktır.

Sosyal kaygı bozukluğu olan bireyler, başkaları tarafından yetersiz olarak değerlendirileceklerine dair mantıksız bir inanca sahiptir (Purdon, 2001). Bu korku sonucunda oluşan kaçınma davranışları, kişinin özel hayatına zarar verir ve iş hayatında ciddi anlamda bozulmalara sebep olur. Zaman içinde kendine güvenini yitiren birey, sosyal ortamlara girmeyi reddeder (Karamustafaoğlu ve Yumrukçal, 2001). Kişilerde davranışsal inhibisyon gözlemlenir.

Tehdid edici bakışlara maruz kalmak, insanların gözlerini üzerinde hissetmek hemen hemen herkesi rahatsız edebilen bir durumdur. Bakışların anlamı, amacı hususunda emin olunamayan durumlar söz konusu olduğunda, bu durum sosyal fobisi olan bireyler için ürkütücü bir hal alır (Greist 1995).

Kişide aşırı derecede başkaları tarafından izlenme ve değerlendirilme kaygısına neden olduğu bilinmektedir. Bu korku toplum içinde heyecanlanma veya basit bir utangaçlık hissinden çok daha ciddi boyutlarda, bireylerin yaşam kalitesini ve işlevselliğini boza bilen bir korkudur. Bu rahatsızlığa sahip olan bireyler tedavi edilmezse, ömürleri boyunca değerlendirilecekleri, izlenecekleri durumlardan kaçınırlar. Yapılan birçok araştırma bu bozukluğun sosyallikten kaçmaktan çok daha fazlası olduğunu göstermiştir. Genellikle ergenlikte başladığı gözlemlenmiştir.

Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, kişiye Sosyal Fobi teşhisi konması için bu durumların 6 ay veya daha uzun sürmesi gerekmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2016). Birçok çalışma sonucunda sosyal fobinin oluşmasında psikolojik, biyolojik ve çevresel faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir.

Sosyal fobi 14 sosyodemografik faktörlere göre değişkenlik gösterebilen bir rahatsızlıktır: sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi, medeni durumu, erken teşhis, gelir düzeyi.. gibi (Witchen ve Fehm'den akt. Uzun, 2016).

Sosyal kaygı ülkelere ve kültürlere göre değişkenlik gösterdiği bilinmektedir. Yapılan birçok çalışmada, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, sosyal sınıfın düşük olması, bireylerin evli olup olmaması, işsizlik, akademik başarıları, hastalığa erken teşhis konmamış olup, gerekli yardımın alınmamış olması, sosyodemografik veriler, genetik yatkınlıklar ve travmalar başlıca risk faktörleri olarak rol oynarlar (Witchen ve Fehm'den akt. Uzun, 2016).

Yapılan çalışmalar sonucunda psikolojik, biyolojik ve çevresel faktörlerin Sosyal Fobinin oluşmasında etkili olduğu düşünülmektedir (Corey, 2008; Hughes ve ark, 2009; La Greca ve Harrison, 2005; Baptista ve ark., 2012; Özdemir, 2004; Sübaşı, 2007; Morbel, 2015). Literatürde yapılan birçok araştırma, tüm türlerin özellikle insan yüzlerine karşı daha da fazla duyarlı olduğunu saptamıştır.

Sosyal kaygının gerekli tedavi uygulanmadığı takdirde kronikleşebiliş, yaşam boyu sürebileceği bilindiği gibi, erken yaşta ise tanısı konmazsa çocuklarda gelişim problemlerine yol açabileceğini de bilinmektedir.

Çekingenliklerini veya utangaçlıklarını tamamen normalleştiren, doğal karşılayan bireyler tedavi olmaya gerek duymayabilir. Bu durumun psikiyatrik bir bozukluk olduğunu ve kötü sonuçlara yol açabileceğini görmezden gelirler. Tedavi olunmayan sosyal kaygı, eğitim ve iş hayatında başarısızlığa, madde bağımlılığına yatkınlığa, arkadaşlık ilişkilerinde zayıflığa, depresyon ve intihar girişimlerine neden olabilir. Sosyal fobiye belirtileri diğer anksiyete bozukluklarıyla karıştırılmamalıdır.

Komorbid riskinin yüksek olduğu yapılan birçok klinik araştırmada belirtilmiştir. Depresyonun sosyal fobiye büyük oranda eşlik ettiği belirtilmektedir. Obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk, distimik bozukluk (özellikle kadınlarda) ve alkolün kötüye kullanımı da sosyal fobiye eşlik edebilir (Alicia ve ark.'tan akt. Uzun, 2016)

Hastalığın tedavisinde en etkili yöntemin bilişsel davranışçı tedaviler olduğu bilinmektedir. Bu tedavi yönteminin anksiyete semptomlarını gidermeye yönelik başarılı sonuçlar elde ettiği kabul görmektedir (Karakaya ve Öztop, 2013). Sosyal fobi tedavisinde farmakolojik tedavinin rolü oldukça büyüktür. Yapılan klinik çalışmalar

sonucunda merkezi sinir sistemindeki monoamin oksidaz enzimini geri dönüşümlü ve geri dönüşümsüz olarak inhibe eden ilaçlar ve serotonin geri alım inhibitörü grubu ilaçlar etkili görülüp, uygun bulunmuştur.

Araştırmanın ölçeği, Üsküdar Üniversitesi öğrencilerinden ve okul dışından 18-50 yaş aralığından rastgele seçilen gönüllü katılımcılar esas alınarak uygulanmıştır. Katılımcılara ulaşmak için dersliklerden yararlanılmıştır. Katılımcılara ilk olarak sözlü bilgilendirme yapılmış, ardından Sosyodemografik Veri Formu, Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ) (Liebowitz, 1987 ; Dilbaz ve Güz, 2001), yöneltmiştir. Ölçekler araştırmacı tarafından elektronik posta olarak yollanmış, araştırmacı ve bitiminde toplanmıştır. Toplamda 261 katılımcıdan elde edilen veriler ile çalışılmıştır.

Literatürde sosyal kaygı bozukluğu üzerine yapılan çalışmalarda, araştırmaların çoğu DSM kriterlerine göre psikiyatrik tanısı olan hasta katılımcılar eşliğinde yapılmıştır. Bu araştırmanın amacı tanı almış veya almamış 261 katılımcı ile, yaş, eğitim düzeyi, ekonomik gelir, cinsiyet gibi sosyodemografik faktörlere göre sosyal fobinin değişkenliğini incelemektir.

1.BÖLÜM

LİTERATÜR

1.1 Kaygı Tanımı

Kaygı kesin olmayan bir tehdit beklentisine yönelik, ruhsal ve bedensel değişikliklerle ilişkilendirilen, negatif bir duygu durumu olarak tanımlanmaktadır (Eysenck, 1992; Rachman, 2013). Kaygı geleceğe yönelik, bizi yaşamda tutmaya yarayan önemli bir duygudur. Hayatta olmamızı sağlayan en önemli alarmlarımızdan biridir.

Normal düzeyde olduğu sürece yararı olan kaygı, her insan da aynı derecede hissedilmemekle beraber bazı durumlarda artmakta ve normalin üstüne çıkmaktadır. Kaygı bozukluğunu her durumda öten bir alarm olarak tanımlayabiliriz. Bizleri hayatta tutmaktan ziyade her an tetikte tutup, her an kötü bir şey olacakmış hissiyatı yaratarak işlevini sorgulatabilir.

Anksiyete hoş olmayan duygulanım özelliklerine sahiptir. Kaygı ve bunaltı olarak da adlandırılan anksiyete, nefes almada güçlük, titreme, kalp çarpıntısı, terleme, uyuşma gibi fizyolojik belirtilere sahipken, aniden kötü bir şey olacakmış hissi ve korkusunu da barındırır. Birey her an başına bir şey gelecekmişçesine tetikte kalır.

Kaygı bozukluğuna sahip bir bireyin kaygı seviyesi, sağlıklı bir bireyin kaygı seviyesine göre oldukça yüksekte olup, bir süre sonra kişinin yaşam kalitesini bozan, işlevselliğini azaltan ve kişinin kontrol edemeyeceği düzeylere varan bir tehdit halini almaktadır (Karamustafaoğlu ve Yumrukçal, 2001).

Kaygı da mutsuzluk ya da mutluluk gibi bir duygulanımdır. Nasıl ki mutsuzluk, negatif gelişmelere karşı insanların verdiği olağan bir tepki olarak kabul görüyorsa kaygı da bir tehdit karşısında kişinin alarma geçmesini sağlayan bir duygulanımdır. Ancak özgül bir kaygı nedeni veya nesnesi olmaksızın kişi bu duygulanımı beklenenden uzun süre ve koşulların zorluğuyla orantısız yaşanan bir durum ise kaygı bozukluğundan söz edebiliriz.

Kaygı kişinin yeni koşullara alışmasında büyük rol oynayabilir. Kişinin, ruhsal gelişimin daha üst basamaklarına çıkmasına yardımcı olabilir. Kaygının maladaptif bir rolü olduğu gibi adaptif işlevini de göz ardı etmemek gerekir.

Ortada, madde, toksin, ilaç etkisi veya herhangi bir organik sebep yok ise hastanın hayat biçimi, sorunu arttıran, azaltan, tetikleyen durumlara ve kişinin baş etme mekanizmalarına dikkat edilmelidir.

Kaygı bozuklukları, mental bozuklukların en yaygın sınıflarındandır (Stein, 2008). Bununla birlikte bir çok kaygı bozukluğu alt sınıfları (panik bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve genel kaygı bozukluğu gibi kaygı bozuklukları vb.) mevcuttur.

1.2.Sosyal Fobi

1.2.1 Sosyal Fobi Tanımı

Sosyal kaygı bozukluğu da (sosyal fobi), yüksek görülme oranına sahip ciddi bir kaygı bozukluğu türüdür. Başlangıç yaşı 11'e kadar inebilmekte olup (Stein, 2008), 21 aylık prevalans oranı %7 olarak yer almaktadır (Kessler ve ark., 2005).

Bu oranlar, kaygı bozukluğunun hafife alınmaması gereken bir rahatsızlık olduğunu göstermektedir. Sosyal kaygıya sahip bir birey, başkaları tarafından gözlemlendiği, incelendiği durumlarda kaygı ve endişe duyar. Bu tür bireyler, böyle ortamlardan uzak duracak ve mümkün olduğunca sosyal etkileşime geçmekten (başkalarının önünde yemek yemek veya içmek, başkalarının önünde sahne almak, konuşma yapmak, yeni insanlarla tanışmak vb.) kaçınacaktır (APA, 1994). Sosyal fobisi olan kişiler, utanç duyulabilecek toplumsal ya da özgül herhangi bir eylemin gerçekleştirildiği belirli durumlardan sürekli olarak kaygı duyar ve kaçınır hale gelirler.

Sungur'a (1997) göre sosyal fobi bireyin dikkat odağı olacağını düşünmesi, kendini güç halde bırakacak şekilde davranması vb. sebepler ile sosyal ortamlarda bulunma korkusudur.Sosyal Fobide ilgi odağında yer alma korkusu söz konusudur (McKenzie, 2006). Aynı zamanda McKenzie sosyal fobiyi herkesin yaşayabileceği bir durumun abartılı hali olarak ele almıştır.

Hastalar başkalarının önünde bulunmaktan duydukları şiddetli korku ve kaygının neden olacağı öznel ve nesnel belirtilerin fark edilmesinden korkarlar. Bu belirtileri (yüz kızarması, terleme, titreme vb.) kontrol altına almaya çalıştıkça ne kadar güçsüz kaldıklarını görmekten dolayı da kendilerine öfkeli dirler (Güleç, 2003).

Sosyal kaygı bozukluğu olan bireyler, başkaları tarafından yetersiz olarak değerlendirileceklerine dair mantıksız bir inanca sahiptir (Purdon, 2001). Bu korku

sonucunda oluşan kaçınma davranışları, kişinin özel hayatına zarar verir ve iş hayatında ciddi anlamda bozulmalara sebep olur. Zaman içinde kendine güvenini yitiren birey, sosyal ortamlara girmeyi reddeder (Karamustafaoğlu ve Yumrukçal, 2001). Korku duyulan duruma maruz kalındığında, yüz kızarması, terleme, ağız kuruluğu, titreme, kas gerginliği, çarpıntı ve nefes darlığı gibi bedensel belirtiler gözlemlenir. Sosyal performans için konulan yüksek hedefler ve mükemmeliyetçi tutum, kişinin sosyal kaygısının sürmesine sebep olan faktörler arasındadır (Clark ve Wells, 1995; Rapee ve Heimberg, 1997).

Sosyal fobiye sahip bireylerin ötekilerin yaptıkları şeyleri çok büyük, kendi yaptıkları şeyin ise değersiz, önemsiz gördükleri bilinmektedir. Dolayısıyla, kendisini ortaya koymakta, ötekiyle (bir başkasıyla) ilişki kurmakta zorlanırlar. Literatürde yapılan araştırmalarda sosyal fobisi olan bireylerin yüz resimlerine hassasiyetleri üzerinde durulmuştur. Herhangi bir rahatsızlığa sahip olmayan bireyler bu resimleri normal yorumlarken, sosyal fobiye sahip bireyler bu resimleri çok yargılayıcı bulduklarını dile getirmişlerdir.

Köknel (1999), sosyal fobinin genelde genç yaşlarda başladığını ve sosyal fobiyi gerçekçi olmayan kaygı ve korku devleti olarak gördüğünü ileri sürdü. Bu korkular ve endişeler topluluk içinde olmak, konuşmak, karşı cinsten biriyle olmak gibi ortamlarda ortaya çıktı. Sosyal kaygıda bireylerin utanmaktan utanma durumu anlaşılmıştır. Utancım ortaya çıkarsa ne yapacağım düşüncesi kaygıyı arttıran bir kısır döngüdür. Bu bireylerde mükemmeli yapma, mükemmel olma kaygısı da gözlemlenir. Kişilerin ben idealini gerçekleştirmesi oldukça zordur. Bunu başaramayan kişi tekrardan bir kaygılanır. Bu tabloya fiziksel belirtiler de eşlik ettiğinde, kişi kaçınmayı tercih eder. Geri çekildikçe yalnızlaşma ve depresyon eşlik edebilir.

Tipik başlangıcı geç ergenlik ve erken erişkinlik olan bu hastalığın yaygın ve sınırlı tip olmak üzere 2 alt tipi bulunur. Yaygın tipinde birden çok durumda kaygı yaşanırken, sınırlı tipinde kaygı sadece belirli bir durumda ortaya çıkmaktadır. Sosyal fobi tedavi edilmezse kronik gidiş gösteren bir rahatsızlıktır. Tedavi olunmazsa nadiren düzeldiği gözlemlenmiştir.

Sosyal kaygı, ilk olarak 1966 yılında Marks ve Gelder tarafından klinik bir semptom olarak tanımlanmıştır. Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabının 3. baskısında (DSM 3) yer almıştır. Sosyal fobi kavramı ilk kez 1903'de Janet (phobies des

situations sociales) tarafından, piyano çalarken ve yazı yazarken başkaları tarafından gözlenme, incelenme kaygısı duyan hastaları tanımlamak için kullanılmıştır. Sosyal fobi, bireyin başkaları tarafından değerlendirileceği birden çok durumdan sürekli korkma, utanç duyacağı, gülünç duruma düşecek biçimde davranacağından, aşağılanacağından, yargılanacağından korkma durumu olarak tanımlanmıştır.

Sosyal kaygıda iki temel duygunun utanç ve korku olduğunu gözlemlenmiştir. Bu rahatsızlığa sahip bireylerde ergenlik döneminde karşı cinsle olan ilişkilerde, davranışlarda bir tutukluğun eşlik ettiği bilinmektedir. Bireyler topluluk karşısında konuşmada, arızalı bir malı geri götürüp iade etmekte, otoriteyi temsil eden biriyle iletişim kurmakta güçlük çekerler.

Sosyal fobi belirtileri geçmişte DSM-I ve DSM-II’de yer almamıştır. Sosyal fobinin tanı kitabı olarak kullanılan DSM kaynaklarına girmesi DSM-III’te gerçekleşmiştir.

1.3.Sosyal Fobi Bozukluğu Tanı Ölçütleri

Sosyal fobi alanında çalışmış klinisyenler, tanı koyabilmek için belli başlı ölçütleri kullanmışlardır. Günümüzde uzmanlar tarafından DSM-V tanı kriterleri göz önünde tutularak tanı konulmaktadır. DSM-V’te tanım olarak kişinin başkalarının kendini değerlendirebilecek toplumsal ve sosyal ortamlarda belirgin, gözlemlenebilen şekilde korku duyması olarak belirtilmektedir (APA, 2013).

Sosyal kaygı tanı kriterleri, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının 5. baskısında [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition (DSM-5)] sıralanmıştır (APA 2013)

DSM 5’te (APA 2013) ise sosyal fobi teriminin yerini sosyal anksiyete bozukluğu almıştır. Bu değişikliğin ana sebebi, sosyal koşullara ilişkin yaşanan anksiyetenin daha iyi ifade edilebildiğine karar vermiş olmalarıdır. DSM-5’te ayrıca önceki basımlarda yer alan “sosyal ortamlarda yaşanan anksiyete ve korkunun fazla ve yersiz olduğuna ilişkin düşünce” ölçütüne yer verilmemiş, yaşanan anksiyetenin ve korkunun söz konusu gerçek tehdide göre orantısız olabileceği ölçütü yer bulmuştur.

Aşağıda bu çalışmada esas aldığım DSM 5 Sosyal fobi ölçütleri belirtilmektedir.

A. Kişi, başkalarınca değerdendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da anksiyete yaşar. 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 değerdendirilebilecek bir şekilde davranmaktan ya da anksiyete duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar (küçük düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde; başkaları tarafından dışlanacağı ya da başkalarının kırılmasına yol açacak bir biçimde).

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

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

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

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

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

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

İ. Korku, anksiyete ya da kaçınma, panik bozukluğu, beden algısı bozukluğu ya da otizm açılımı kapsamında bozukluk gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

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

Belirleyici: Yalnızca Eylem Gerçekleştirme Sırasında: Korku toplum içinde konuşma ya da performans sergileme ile sınırlıysa” (APA 2013)

1.4 Sosyal Fobi Bozukluğu Etiyolojisi

Sosyal fobi, yaşam boyu görülme sıklığı oldukça fazla olmasına rağmen bu konuda, kaynağını saptamaya yönelik çalışmalar çok yoktur.

Araştırmamın bu kısmında sosyal fobinin etiyojisinini açıklamaya yönelik, genetik faktörler, davranışsal ketlenmeyi hedef alan açıklamalar, ailesel etkenler, bağlanma kuramına yönelik bilgilendirmeler, duygusal ve bilişsel oluşumlara dayalı açıklamaları konu alınacaktır.

Walker, Stein ve Chartiere 2001 yılında yaşları 15 ve 64 arasında değişen, sosyal fobi tanısı almış katılımcılar üzerinde bir araştırma yapmışlardır. Yaptıkları çalışma sonucunda sosyal fobinin oluşmasında, aile içi çatışmalar, çocukluk döneminde üç seferden fazla göç etmek, bir yetişkin ile yakinen ilişki kurulamaması, evden kaçmak, sınıfta kalmak, okuldan atılmak, çocukluk döneminde cinsel veya fiziksel istismara maruz kalmak gibi tetikleyici risk faktörleri ele almışlardır.

Genellikle erken yaşlarda, ergenlik döneminde başladığı bilinen sosyal kaygı bozukluğu, gençlerin en işlevsel dönemlerinde sosyal yetilerini geliştirmelerine mani olabilir.

Turner ve arkadaşları (1986), sosyal fobinin, bireylerin, akademik, sosyal ve profesyonel yaşamlarının üzerinde negatif etkilerini ele almışlardır.

2. BÖLÜM

PSİKOLOJİK FAKTÖRLER

2.1. Psikodinamik Model

Psikanalizin sosyal kaygıyı ele alma biçimini belirtmeden önce anksiyete ve korkunun Sigmund Freud tarafından nasıl ele alındığı konuşulmalıdır. "Anksiyete kaynağı bilinemeyebilen bir tehlikeyi bekleme veya tehlikeye hazırlanma özel durumunu anlatır. 'Korku' korkulacak belli bir nesneyi gereksinir. 'rküntü' ise kişinin tehlikeli bir duruma kendisini ona hazır hissetmeksizin girmeyi beklediği durumu anlatır; sürpriz etkeni vardır (Gabbard 1979)."

Psikanalitik kurama göre sosyal fobinin altında intrapsişik nedenlere bağlı kaygı yatmaktadır. Bu çatışma benlik ile altbenlik, ya da benlik ile üst benlik arasında yaşanmaktadır. Bu anlaşmazlık sonucu ortaya çıkan anksiyete, yer değiştirmek için bir nesneye yönlendirilmelidir (Davison & Neale, 2004)

Dinamik kurama göre sosyal fobinin oluşmasında bilinçdışı utanç duygusu ve libidinal dürtüler rol oynar (Topçu, 2004).

Dinamik yaklaşım, insanların sağlıklı gelişimleri için doyum sağlayıcı bir bağlanma gerektiğini esas alır. Bağlanma esnasında bebeğe bakım veren kişi ile bebek arasında yakınlık sağlanır. Bu yakınlık, bebeğin yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan yetilerin öğrenimine destek olur, nesne ilişkilerinin kavramsallaşması bu süreçte içselleştirilir. Nesne ilişkilerinin temelli, bu erken yaşta güvenli ve sürekli bağlanma ile olur. Bakıcısının temsilini (çoğu zaman anne) içselleştiren bebek artık kendini güvende hisseder. Bakım veren kişi, sürekli ve doyum sağlayıcı bir sembol olduğu sürece bebek kendini tehlikelere karşı güvende hisseder ve emniyet duygusuna sahip olmaya başlar. Psikanalitik kuram, erken ilişkilerin sürekliliğinin ve kalitesinin nesne ilişkilerinde önemini belirtir. Nesne ilişkilerindeki bozukluklar kaygıyı meydana getirir.

2.2 Akılcı- Duygusal Görüş

Bu model bireylerin bir takım duygulanım ve davranışlara eğilimi olduğundan bahseder. Bu eğilimler akılcı veya mantık dışı düşüncelerin ürünüdür (Corey, 2008).

Bu görüş, kimi insanın mutluluğa, coşkuya daha fazla eğilimli olmasından, kimisinin ise melankoliye ya da mutsuzluğa yatkın düşüncelere sahip olduğunu benimser.

Sosyal fobinin temelinde mantık dışı düşüncelerin yattığı vurgulanır. Sosyal fobisi olan bireylerin mükemmel, kusursuz görünme çabaları esnasında rahatsızlık duymamalarının gerektiği düşüncesine inandıkları bilinir (Purdon, 2001).

2.3 Psikobiyolojik Model

Psikobiyolojik model, savunma ve güvenlik modelini esas alır. Sosyal fobi ve anksiyete oluşumu, doğuştan savunma mekanizmasının çok güçlü veya zayıf olmasıyla, ebeveyn rolünün disiplin ağırlıklı olmasıyla veya ebeveyn rolünde işbirliği yöneliminin zayıf olmasıyla ilişkilendirilir. Kaygı oluşumunun bu dinamiklere göre değişkenlik gösterdiğini ileri sürer.

Psikobiyolojik model aynı zamanda, sosyal fobinin oluşmasında biyolojik ve çevresel faktörlerin arasındaki etkileşimi ele alır (Austin ve Sciarra, 2015)

Bireylerin aile öyküleri ele alınan bir araştırmada, ailesinde sosyal fobi olan bireylerde, ailesinde sosyal fobi olmayan bireylere göre daha çok gözlemlendiği açığa çıkmıştır.

2.4 Öğrenme/ Koşullanma Modelleri

Öğrenme ve koşullanma modelleri, sosyal fobi oluşumunu, travmatik koşullandırıcı yaşantı sonucuna bağlar. Gözlemsel koşullanma ise bir olay veya nesne karşısında korku yaşanmasının fobi gelişimi için yeterli olacağını varsayar.

2.5 Bilişsel model

Bilişsel yaklaşım, kaygı bozukluklarında kaygı yaşayan bireyin durum ve potansiyel tehlike hakkındaki düşüncelerine odaklanır (Atkinson'dan akt. Haspolat, 2016).

Bilişsel yaklaşım sosyal fobi oluşumunu, korkulan sosyal durum karşısında, doğuştan veya genetik bazlı kaygı oluşumunun tetiklenmesinin yanı sıra, önceki yaşantı ve deneyimlerine ait olumsuz düşünce etkileşimlerine bağlı kabullenmeler olarak görür. Hastanın bilişleri söz konusudur. Bu çarpık ve fobiye yol açan bilişler esas alınır. Korkulan durum karşısında rahatsız edici bedensel belirtiler ortaya çıkar ve bireyi çevresi, gözlemcileri tarafından olumsuz değerlendirileceğine dair gerçekçi olmayan düşüncesine odaklanmasına sebep olur.

Bu kurama göre sosyal fobisi olan kişilerin olumsuz değerlendirileceklerine ilişkin düşünce ve inançlarına kanıt bulmak için dikkatlerini seçici olarak olumsuz durumlara yoğunlaştırmaları ve bunun sonucunda büyük bir kaygı yaşadıkları belirtilir. Asıl kaygıları başkalarına nasıl göründüklerine dair başkalarına verdikleri izlenimlerinden kaynaklanır (Topçu, 2004). Ancak Weeks, Heimberg, Rodebaugh ve Norton'a göre (2007) bireyler yalnızca negatif değerlendirilmeye karşı duyarlı değil, herhangi bir şekilde değerlendirilmeye karşı da kaygı duyarlar.

Wells ve Clark 1997 yılında sosyal fobiye yönelik bilişsel bir model sunmuştur. Bu modele göre (Vassilopoulos, 2004) sosyal kaygıya sahip bireylerin, "her zaman akıllı olmalıyım" ya da "ben değersizim" gibi bir dizi çarpık varsayımlara sahip oldukları belirtilmiştir.

2.6 Kendilik sunumu (Self presentation) modeli

Kendilik sunumuna göre insanlar iki durum karşısında sosyal anksiyete yaşarlar. Diğer insanlar üzerinde olumlu izlenim bırakmakta ısrarlı ise ve istediği izlenimi bırakabilme konusunda kendiyle ilgili şüpheleri varsa..

2.7 Varoluşçu Görüş

Varoluşçu görüşe göre insanlar, kaygı sayesinde uyanık ve aktif olarak yaşamaktadırlar. İnsanlar zaman içinde kaygı duydukları durumlara maruz kalır ve hayatla yüzleşirler. Ölüm gerçekliğini kabullenmekte güçlük yaşayan birey kaygıyı sürdürür (Corey, 2008). Dolayısıyla aslında gerçek kaygı, yaşamın sona ereceğinin ve dünyanın bir hiç olabileceği durumunun farkına varılmasıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

2.8 Davranışçı Model

Bu model sosyal fobi gelişiminin nedenlerini doğrudan koşullanma, gözlemsel öğrenme ve bilgi aktarımı olarak üç ana yolla ele alır.

Doğrudan koşullanma, bireyin sosyal bir ortamda travmatik deneyiminden kaynaklanırken, gözlemsel öğrenmede ise kişinin sosyal bir ortamda başka birinin olumsuz deneyimini gözlemlemesinden kaynaklanmasıyla açıklanır. Yapılan araştırmalarda yaklaşık %50 oranında hastanın doğrudan koşullanma yoluyla sosyal fobi geliştirdiği gözlemlenmiştir (Türkçapar, 1999).

Bilgi aktarımı yoluyla sosyal fobi geliştirmenin ana sebebi ise, kişinin bizzat deneyimlemeden veya deneyimleyen birine şahit olmaksızın, duyduklarıyla ve öğrendikleriyle sosyal korku ve bu konuda negatif tutumlar geliştirmesidir.

2.9 Çevresel Faktörler

Sosyal kaygıya sebebiyet veren psikolojik ve biyolojik faktörlerin yanı sıra çevresel faktörlerin etkisi de yadsınamaz. Çevresel faktörlere, bireyin sosyoekonomik durumu, sosyokültürel durumu, sosyal çevresinin yapısını, eğitim düzeyi, ebeveyn yaklaşımı, bireyin yaşadığı yeri, özsaygısı, öz şefkatini, medyanın tutumu vb. Bir çok farklı değişkenin sosyal fobide etkili olduğu görülmüştür (La Greca ve Harrison, 2005; Baptista ve ark., 2012; Özdemir, 2004; Sübaşı, 2007; Morbel, 2015).

2.10 Sosyal Beceri Modeli

Sosyal beceri yaklaşımına göre sosyal yeti eksikliği sosyal kaygıya neden olan başlıca etkidir. Koşullanma dönemleri ve negatif değerlendirilmeye aşırı duyarlılık hastalık oluşumunda büyük rol oynar. Bu etkenler korkunun şiddetini büyük oranda artırır ve pekiştirir ancak bu model sosyal fobiden ziyade çekingen kişilik bozukluğu için daha çok geçerlidir.

2.11 Gelişimsel etmenler

Erken çocukluk dönemi ve ergenlik döneminde, kişide duygusallık, davranışsal ketlenme, aşırı duyarlılık ve dikkatlilik dikkate alınması gereken sinyallerdir. Ebeveynler arasında ilişki bozukluğu, çocuğu aşırı kollayıcı tutum, çocuğun yetiştirilme tarzı konusunda anne-baba arası uyumsuzluk, dengesizlik, çocuğun benlik saygısını olumsuz

etkiler ve bu rahatsızlığın negatif pekiştirilmesine yol açar. Utangaçlık ve sosyal kaygı birbirinden iyi ayırt edilebilmelidir. Sosyal fobiye sahip çocukların genelde utangaç, sessiz, ürkek veya içine kapanık olarak nitelendirilebilirler. Toplum içine girmekten, toplum içinde bulunmaktan ve izlenmekten rahatsız olabilirler. Dikkat odağı olmayı reddeden çocuk, yaşlıları ve arkadaşları ile sosyalleşmekte, oyun oynamakta ve oyun kurmakta güçlük çekebilirler

Çocuklarda kaygı, ağlama, huysuzluk, tedirginlik, donakalma veya yabancı insanların olduğu ortamlardan uzak durma olarak kendini gösterebilir. Erişkin kişiler, korkuların, kaygıların anlamsız veya yersiz olduğunu farkında olmasına rağmen çocuklar bunları fark etmeyebilirler. Kaygıya bağlı içsel sıkıntı çekmeleri okulda potansiyellerini kullanamamalarına ve yetilerini geliştirememelerine sebebiyet verebilir.

2.12 Biyolojik ve Genetik Faktörlerin Etkisi

Yapılan birçok araştırmada sosyal fobiye sahip bireylerin beyinlerinde kimyasal farklılıklar saptanmıştır. Bu bireylerin beyinde, serotonin (nörotransmitter) adı verilen kimyasal maddenin normale göre daha az bulunduğu gözlemlenmiştir. Bu rahatsızlığın oluşmasında çocukluk çağında ebeveynlerin tutumu ve yetiştirilme şeklinin önemi birçok araştırmada vurgulanmıştır. Ailesinde veya yakın akraba çevresinde sosyal fobi görülen kişilerin bu rahatsızlığa yatkınlığı daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

3.BÖLÜM

SOSYAL FOBİ BOZUKLUĞU EPİDEMİYOLOJİSİ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Fransa'da sosyal kaygı üzerine epidemiyolojik çalışmalar yapmıştır. Bu çalışmalar sonucunda sosyal fobinin yaşam boyu prevalansını %14.4 ile en çok rastlanan üçüncü ruhsal bozukluk olarak belirtmiştir (Lecrubier 1998).

Fobiler en sık görülen psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanmakta ve genel toplumda yaşam boyu prevalansı %5-10 civarındadır. Sosyal fobi son yıllarda araştırmacıların ve uzmanların giderek ilgisini çekmeye başlamıştır. Hastalık hakkında bilgiler arttıkça, sosyal kaygıya sanıldığından çok daha fazla rastlanıldığı anlaşılmaktadır.

Sosyal kaygı alanında yapılan birçok epidemiyolojik araştırmada, bu rahatsızlığın genellikle erken dönemde, ergenlik döneminde başladığı belirtilmiştir. Bazı sosyal gereklilikler veya profesyonel ihtiyaçlar hastalığı tetiklemediği takdirde 25 yaşından sonra görülmesinin çok nadir olduğu da belirtilmiştir (Topçu, 2004).

Psikiyatrik bozukluklara ait elde edilen son verilere göre sosyal fobi tablosunun toplum içinde yaygınlığının arttığı görülmüştür. Sosyal fobinin başlangıç yaşının 13-24 arası değişmekte olduğu bilinmektedir. Başlangıç yaşı tartışmalıdır ancak belirli sayıdaki sosyal fobiye sahip bireylerin yaşam boyu sürdüğü belirtilir (Dilbaz, 1997). Yapılan araştırmalarda yaygın tipinde sosyal fobi bozukluğunda başlangıç yaşı 22.6, çekingen kişilik bozukluğu ile birlikte 16.0, çekingen kişilik bozukluğu olmaksızın yaygın tip sosyal fobide 10.9 olarak bildirilmiştir (Dilbaz, 1997). Tedaviye başvuru yaşı genellikle hastalık başladıktan 15-20 yıl sonra olarak gözlemlenmiştir. Bu da takriben 30 yaşları gerçekleşir. Tedaviye geç başvurma sebepleri birçoğudur. Bireyler sosyal fobinin tedavisi olduğunu bilmemektedir ve çoğu zaman bu rahatsızlığı karakterinin bir parçası olarak normalleştirirler.

Ergenlerle yapılmış birçok çalışmada sosyal kaygının yaşam boyu görülme oranı %5-15 oranında gözlemlenmiştir (Heimberg ve ark. 2000). Başlangıç yaşı diğer kaygı bozukluklarına göre daha düşüktür bu da sosyal fobiyi çocuk ve ergenler için daha önemli kılmaktadır (Schneier ve ark. 1992).

Ülkemizde 1996 yılında yapılmış olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre erişkinlerde sosyal fobi görülme sıklığı son 12 ayda %1.8 olarak saptanmıştır (Kılıç ve ark. 1997).

Üniversite öğrencilerine 3 farklı çalışma yapılmıştır. Araştırmalar sonucunda sosyal fobi sıklığı %9.8-22 arasında bulunmuştur (İzgiç ve ark. 2000, Dilbaz 2002, Kırpınar ve ark. 1997).

Yapılan araştırmalarda sosyal kaygının kadınlarda (%62.7-%70) erkeklere göre daha sık gözlemlendiği ortaya çıkmıştır ancak klinik gözlemlere göre sonuçlar tersini göstermektedir. Bu durum, erkeklerin kadınlara oranla yardım alma konusunda daha girişken olduğuyla açıklanmıştır. Numune Eğitim ve Araştırma hastanesinde sosyal fobi üzerine hastaneye başvurmuş, 35'i kadın 70'i erkek olmak üzere 105 kişi ile yapılan bir çalışma sonucunda başvuruların 33% ünün kadın 66%sinin ise erkek olduğu, erkeklerin daha çok hastaneye başvurmuş olduğunu gösterdi (Güz, & Dilbaz, 2003).

Sosyal fobi oranları dünyanın değişik yerlerine göre değişmektedir. Tayvan'da 1000 kişiden 2'sinde görülürken, Yeni Zelanda'da bu oran 20 kat yüksektir (McKenzie, 2006). ABD'de yapılan Ulusal Eşitlik Taramasında, sosyal fobinin %13'lük görülme oranı ile majör depresif (%17) alkol bağımlılığı ve epizottan (%14) sonra en çok karşılaşılan üçüncü psikiyatrik bozukluk olduğu bildirilmiştir (Kulaksızoğlu ve ark., 2009).

3.1 Sosyal Fobi Bozukluğuna Eşlik Eden Bozukluklar

Sosyal kaygının bireyin yaşam kalitesini oldukça düşürdüğünü yapılan araştırmalardan biliyoruz. Sosyal fobiye ek tanı alan bireylerin işlevselliği oldukça bozulmaktadır. Psikolojik yükü oldukça artan bireyler oldukça negatif yönde etkilenmektedir. Sosyal fobi hastalarında komorbidite oldukça fazladır. Genellikle ergen yaşlarda başlayan karşı cinsle ilişkilerde göze çarpan ve davranışlarda tutukluk olan tablolar gözlemlenir. Ötekiyle ilişkide zorluk çeken birey zamanla yalnızlaşır. Çekingen ve tutuk olan bireye utanç eşlik edebilir. Utanmaktan utanma " utancım ortaya çıkarsa ne yaparım ?" gibi bir düşünce fiziksel belirtilerini karşı tarafa göstermemek için kaygı duyup, kaçınmaya başlayacağından kısır bir döngüye girer. Geri çekilen ve yalnızlaşan bireylere depresyon eşlik etmeye başlayabilir. Depresyonla birlikte enerji azlığı, iştah azlığı, uyku bozukluğu gözlemlenir. Kişi bu semptomları azaltmaya yarayan alkol gibi

maddelere yönelebilir ve bunlarla ilgili sorunlar başlayabilir. Kişinin hayatını alt üst edebilecek, yaşam kalitesini bozup, işlevsellikte ve davranışlarda geri çekilmelere yol açabilecek bir klinik tablo söz konusudur.

Sosyal fobisi olan hastaların %75-80'inde hayatlarının belirli bir döneminde başka mühim ruhsal bozukluklar görülmesinin öneminden bahsedilmiştir (Lecrubier 1998). Francis ve ark. tarafından 1992 yılında yapılan klinik bir çalışmada özkıyım düşüncesine sahip olan ergenlerin çoğunda yüksek oranda sosyal fobinin eşliği gözlemlenmiştir.

Almanya'da ergen ve genç yetişkinlerde yapılan çalışmalarda eşlik eden depresyon varlığında özkıyım düşünce ve girişiminin önemli oranda arttığı bulun muştur (Stein ve ark. 2001).

Yapılan çalışmalarda alkolizm ve mizaç bozukluklarının sosyal fobiye eşlik ettiği saptanmıştır (Koyuncu ve Binbay, 2014). Ek tanılar tedavi sürecini zorlaştırır. Toplamda 247 sosyal fobi hastasıyla yapılan bir klinik araştırmada atipik depresyon- depresyonun sosyal fobiye eşlik edip etmediği gözlemlenmeyi çalışılmıştır. Bu araştırma sonucunda atipik depresyonu olan hastalara, çok ciddi sosyal fobi semptomlarının eşlik ettiği gözlemlenmiştir (Koyuncu ve Binbay, 2014).

Sosyal kaygıya sahip bireylerde yaşam boyu ek olarak eşlik eden panik bozukluğunun görülme yaygınlığı %17 ile %50 arasında seyretmektedir. Sosyal fobiklerde majör depresyon görülme oranı ise %35 ile %80 arasında değişmektedir (Dilbaz, 1997).

Alkoliklerde sosyal fobi görülme yaygınlığı %8 ile %56 arasındadır. Sosyal fobikler hastalıklarıyla baş edebilmek için ilaç yerine alkol kullanırlar (Dilbaz, 1997). Kendler ve arkadaşları da (1992) yaptıkları araştırmalarda Sosyal Fobi majör depresyon, yaygın kaygı bozukluğu, panik bozukluğun yanı sıra alkolizm ve yeme bozuklukları komorbidite oranlarında anlamlı sonuç olduğunu belirtmişlerdir.

Obsesif-Kompulsif bozukluk tanısı alma oranı ise %4 ile %11 arasında değişiklik göstermektedir. Obsesif-Kompulsif olan bireyler obsesyonların içeriği nedeniyle çevresinde başka insanlar varken anksiyete gösterirken, sosyal fobisi olanlar bu kişiler tarafından değerlendirilecekleri düşüncesiyle yoğun bir kaygı yaşarlar (Dilbaz, 1997).

3.2 Sosyal Fobi Bozukluğunda Tedavi

Sosyal fobi gibi birçok psikolojik rahatsızlıkta, maddi engeller, etiketlenme korkusu, sahip olunan bir takım önyargılar, başkalarının ne düşüneceğine dair duyulan korkular ve bireylerin kendilerinin kaygılı olmadıklarına dair inançları sıkça rastlanan tedaviden kaçınma sebepleridir. Sosyal fobinin tedavisinde ilaç ve psikoterapi olmak üzere iki yönteme başvurulur. Bu yöntemler beraber uygulandığında çok daha etkili olduğu gözlemlenmiştir (Dilbaz, 1997).

En yaygın tedavi yöntemi, bilişsel davranışçı tedavileri olarak bilinmektedir (Yalçın ve Sütçü, 2016).

Bilişsel davranışçı terapi yöntemi anksiyete semptomlarına yönelik kalıcı çözümler üretmeyi hedefler. Bilişsel davranışçı ekole göre sosyal fobik bireyler başkaları tarafından olumsuz intiba bırakacaklarına, eleştirileceklerine ve yargılanacaklarına dair işlevsel olmayan inançlara sahiptir. Öncelik olarak bu olumsuz inanç ve bilişlerle çalışmak öngörülür. Duygu, düşünce ve davranışlar üzerine odaklanan bu ekolün ana hedefi otomatik düşünceler üzerinde çalışarak kişinin davranışlarında değişiklik yaparak kaygıyı da azaltmaktır. Davranışçı kısmında maruz bırakmak ve duyarsızlaştırma tekniklerinden söz edebiliriz ancak bilişsel davranışçı tedavi her hastayı kendi afektleri, bilişleri ve davranışları olmak üzere bütüncül ele alarak işlevsel olmayan bazı kabuller ve olumsuz inançlar üzerinde çalışır.

İlaç tedavisinin yanı sıra bilişsel davranışçı terapinin uygulanması bu hastalığın iyileşme şansını büyük oranda artırır. Bazen tek başına ilaç ya da yalnızca terapinin uygulanması tedavide başarı oranını düşürmektedir. Bilişsel davranışçı terapi ekolü, bu rahatsızlığa sahip bireylerin kaygılarının nedenini araştırmayı ve hastanın korkularıyla yüzleşmesini de hedefler. Birçok çalışma, bu tedavi ekolünün ilaçlardan daha etkili olduğunu göstermektedir.

Davranışçı tedavi yöntemleri ise hastalıktan muzdarip bireyleri, işlevsel olmayan inançlarıyla yüzleştirmeyi hedefleyen teknikler kullanır. Sosyal beceri eğitimi alan hastaya sosyal teşvik, düzeltici geri bildirim ve evde yapması için ödevler uygulanabilmektedir.

Sosyal fobi tedavisinde farmakolojik tedavide en etkili ilaçlar serotonin geri alım inhibitörleri olarak bilinen (SSRI) ilaçlardır. Bu ilaçların yanı sıra performans

anksiyetesin de de etkili olan beta blokörler, benzodiazepinler de bu alanda kullanılır (Dilbaz, 2000). İlaç tedavisini, psikoterapiyle bütünleştirip hastanın yaşam kalitesini yükseltip, işlevselliğini arttırmak hedeflenir.

Sosyal fobi belirtilerini aza indirmek, korku ile ilgili abartılı düşüncelerin ve duyguların kontrolü, korkulan durumlardan fobik kaçınmayı azaltmak, yaşam kalitesini yükseltmek ve komorbid durumları tedavi etmek amaçlanmaktadır (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

Uzun yıllar ruhsal rahatsızlıklar ve özellikle kişinin hayatını tüm önemli alanlarda etkileme eğiliminde olan kaygı bozukluklarının yaşam kalitesi ve bireyin işlevselliğine olan negatif etkileri görmezden gelinmiş ve yalnızca bulgulardaki düzelmelere dikkat çekilmiştir. Günümüz modern çağında, hayat kalitesinin ön plana çıkmasıyla bu konuyla ilgili araştırmalar ve çalışmalar artmıştır.

Gevşeme egzersizleri ve sistematik duyarsızlaştırmanın da hastalığın iyileşmesinde büyük rol oynadığı bilinmektedir. Turner ve arkadaşları (1994) çok boyutlu bir tedavi geliştirmişlerdir. Bu tedavi yöntemi "sosyal etkinlik tedavisi" olarak da bilinmektedir.

3.3 İlaç Tedavisi

Sosyal fobi alanında en çok araştırma irreversible monoamin oksidaz inhibitörleri üzerine yapılmıştır. Yapılan çalışmalar sonucunda hastaların 2/3'ü olumlu sonuçlar elde etmiştir (Dilbaz, 1997).

Bireyler 6-9 ay boyunca fenelzini düzenli kullanmış ve bu süreçte rahat hissetmiş olsalar ilacı bıraktıklarında semptomların tekrardan görüldüğü saptanmıştır. Fenelzinin yanı sıra klinisyenler Reversibl Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (RIMA) üzerinde de çalışmalar yaparak bu iki ilacın uykusuzluk veya uyku hali, ağız kuruluğu ve baş ağrısı gibi yan etkileri üzerinde durmuşlardır.

1994'de Boer ve arkadaşları 30 kişi üzerinde SSRI tipi ilaçlarla çalışmışlardır. İlacın plasebo etkisi ve gerçek etkisini araştırmaya yönelik 16 hafta boyunca süren araştırmaları sonucunda umut verici sonuçlar elde etmişlerdir.

Benzodiazepin grubu ilaçlarında sosyal kaygı üzerinde etkisi araştırılmıştır. Alprozalam ile iki açık ve bir kontrollü olmak üzere çalışma gerçekleştirilmiştir. Açık çalışmalar 100% oranında iyi bildirim verirken, fenelzin ve plasebo ve bdt karşılaştıran çalışmada sonuc 32% olarak bulunmuştur. Klonzapem ile yapılan 6 çalışmadan çok verimli sonuçlar elde edilmesine rağmen sedasyon, irritabilite, koordinasyon bozukluğu gibi yan etkileri de görmezden gelinmemiştir.

Buspiron tipli ilaç tedavisinde korku ve kaçınmanın azalması için yüksek dozlara ihtiyaç duyulduğu gözlemlenmiştir (Dilbaz, 1997).

Beta blokerlar ile yapılan çalışmalarda, plasebo üstünlüğü saptanılmasına rağmen, bu ilaç grubunun sempatik sinir sistemini uyararak titreme gibi semptomları azalttığı gözlemlenmiştir.

Trisiklik antidepresanlar ile yapılan çalışmalarda imipramin ve klomipraminin belirgin bir iyileştirici etkisi bulunmamıştır (Dilbaz, 1997).

3.4 Sosyal Fobi Bozukluğunda Aile Eğitimi

Sosyal fobi gelişiminde aile bir risk faktörü olduğu gibi koruyucu da olabilmektedir.

Çukurova'da yapılan bir araştırmada sosyal kaygı düzeyi düşük 6 öğrenci ve sosyal kaygı düzeyi yüksek olan 6 öğrenci olmak üzere toplam 12 öğrenciyle anne-baba tutumlarını belirlemeye yönelik görüşmeler yapılmıştır. Araştırmaya katılan 12 öğrenciye Watson ve Friend (1969) tarafından geliştirilmiş ve Erkan (2002) tarafından Türkçe uyarlama çalışmaları yapılan Olumsuz Değerlendirilmekten Korkma ODK ile Sosyal Kaçınma ve Huzursuzluk SKH Ölçekleri sunulmuştur.. Çalışma sonucunda sosyal kaygı seviyesi yüksek öğrencilerin ailelerinde sosyal kaygı seviyesi düşük öğrencilerin ailelerine göre daha fazla otoriter ve koruyucu tutumlarla karşılaştıkları söylenebilir. Bu anlamda aileler çocuklarına daha esnek ve özverili yaklaşmalıdırlar.

Sosyal fobinin oluşumunda anne-baba tutumları ve mükemmeliyetçilik eğilimlerinin etkisi azımsanamaz.

Yapılan birçok araştırmada sosyal fobiye sahip bireylerin annelerinin de bu rahatsızlıktan muzdarip olduğu düşünülmüştür. Ebeveynler kendi rahatsızlıklarına farkındalık geliştirmediği takdirde, çocukları da bu tutumlarından etkileneceklerdir.

Anne-baba çocuklarına karşı tutumlarına dikkat etmenin yanı sıra profesyonel yardım almayı da ihmal etmemelidir. Burada ailenin yakın çevresine de görev düşmektedir. Sosyal fobiye neden olan çarpık düşünceler yapılandırılırken stresör faktörlerin de en aza indirgenmesi beklenir. Ebeveynler çocukları için kendilerini güvende hissedebilecekleri bir çevre araştırabilir, kendine olan güvenlerini tekrardan kazanmalarına yardımcı olacak aktivitelere yönlendirebilirler. Ebeveynler çekingenlik ile sosyal fobi arasındaki farkı iyice öğrenmelidirler. Her şeyden önce gerçekçi beklentiler içinde olmalıdırlar. Ailelerin bu hastalığı bir kişilik özelliği veya huy ile karıştırmayıp bir rahatsızlık olarak kavramaları önemlidir. Ailelerin çocuklarına farkındalık kazandırmak, içgörülerini arttırmak için psikoterapiye başlamaları önemlidir. Madde kullanımı, depresyon gibi ek rahatsızlıklar gözlemleniyorsa ilaç tedavilerini göz ardı etmemeleri gerekir. Tedavinin kalıcı olması açısından psikoterapi ve ilaç tedavisi eş zamanlı sürdürülmelidir. Anne ve babalara büyük bir iş düşmektedir.

Yapılmış araştırmalarda ülke genelinde, ebeveynlerin tutumu, mizacı, psikopatoloji düzeyleri, ve ocuk-ebeveyn bağlanma örüntüleri ile çocuklardaki kaygı seviyesi arasında ilişkiler vurgulanmıştır (r. Aslan ve ark. 1998, Erermiş ve ark. 2009, Hughes ve ark. 2009, Sümer ve şendağ 2009, Türkbay ve Shmen 2001). Bu alanda bilişsel davranışçı tedavi uygulanan çocuklara anne ve babanın da eşlik etmesi önemle önerilir. Aile içi kombine bir tedavi önemlidir. Tedaviye anne ve babanın da katılımıyla aile içi farkındalık ve i gr artar.

Hastanın izni doğrultusunda profesyonel desteğin, aile ile beraber alınması tedavi ve terapinin başarılı sonuçlar alması açısından faydalı olacaktır.

3.5 Bireysel Tedaviler

Sosyal fobisi olan bireylerin günlük hayatta pek çok zorluk yaşadığı bilinmektedir. Bu rahatsızlıktan hem bireyin kendisi hem de çevresi etkilenebilmektedir. Sosyal fobisi olan bireylerin hem yaşam kalitelerini yükseltmek, hem de işlevselliklerini arttırmak için Bilişsel davranışçı terapiden yararlanmaları gerekir.

Bilişsel Davranışçı Terapi Sosyal fobisi olan bireylerin bilişleri ve davranışları üzerinde çalışır. Birey tedaviye başladığı takdirde, kendisini rahatsız eden bilişsel çarpıtmalarını keşfeder, farkındalık kazanır ve i görüsü artar. Sosyal alanda yaşadığı zorluklara çözüm buldukları takdirde eski hayat kalitelerine tekrardan kavuşabilirler.

4.YÖNTEM VE ARAÇLAR

4.1Araştırmanın Amacı:

Literatürde Sosyal kaygı bozukluğu üzerine yapılan çalışmalarda, araştırmaların çoğu DSM kriterlerine göre psikiyatrik tanısı olan hasta katılımcılar eşliğinde yapılmıştır. Bu araştırmanın amacı tanı almış veya almamış 261 katılımcı ile, yaş, eğitim düzeyi, ekonomik gelir, cinsiyet gibi sosyodemografik faktörlere göre sosyal fobinin değişkenliğini incelemektir.

4.2 Araştırmanın Yöntemi :

Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeğine göre, Kaygı ve Kaçınma farkı yaş grupları, eğitim seviyesi, gelir düzeyi ve cinsiyete göre değişiklik gösterdiği öngörülür. Bu alt gruplardan hangileri kaygı, hangileri kaçınma konusunda daha çok eğilim gösteriyorlar, kendi profillerine yönelik tanı ve tedavi yöntemi geliştirmeye yardımcı olmayı hedefliyoruz. Bunun için elde ettiğim verileri analiz edeceğim. Var olan veride demografik bilgiler ile Liebowitz ilişkisini inceleyeceğim. Araştırmamız farklı sosyodemografik özelliklere sahip 261 kişinin Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeğine (LSKÖ) samimi cevapları doğrultusunda tamamlanmıştır.

Bulgular bölümü, araştırmaya katılan 261 katılımcının sosyodemografik bilgilerine dair tanımlayıcı veriler ile başlamaktadır. Ardından ölçeklerin demografik değişkenleri ile olan ilişkisine yönelik Mann-Whitney U sonuçları ve Kruskal Wallis sonuçları verilmiştir.

4.3 Yöntem

Çalışmanın bu kısmında, araştırma ile ilgili model, evren ve örnekleme, verilerin elde edildiği ölçme araçları, bulguların işlem ve analizi hakkında bilgi verilmesi hedeflenmektedir.

4.4.Araştırmanın Modeli

Araştırmanın ölçeği, Üsküdar Üniversitesi öğrencilerinden ve okul dışından 18-50 yaş aralığından rastgele seçilen gönüllü katılımcılar esas alınarak uygulanmıştır. Katılımcılara ulaşmak için dersliklerden yararlanılmıştır. Katılımcılara ilk olarak sözlü bilgilendirme yapılmış, ardından Sosyodemografik Veri Formu, Liebowitz Sosyal Kaygı

Ölçeği (LSKÖ) (Liebowitz, 1987 ; Dilbaz ve Güz, 2001), yöneltmiştir. Ölçekler araştırmacı tarafından elektronik posta olarak yollanmış, araştırmacı ve bitiminde toplanmıştır. Toplamda 261 katılımcıdan elde edilen veriler ile çalışılmıştır. Sayı numarası 61351342-/2019-190 olan araştırmamızın etik kurul onay tarihi 27/03/2019 dur.

4.5 Veri Analiz Yöntemi

Bulgular bölümü, araştırmaya katılan 261 katılımcının sosyodemografik bilgilerine dair tanımlayıcı veriler ile başlamaktadır. Ardından ölçeklerin demografik değişkenleri ile olan ilişkisine yönelik Mann-Whitney U sonuçları ve Kruskal Wallis sonuçları verilmiştir.

4.6 Evren ve Örneklem

Çalışmanın örneklemini çoğunluğu Üsküdar Üniversitesi Öğrencileri olmak üzere 18-40 yaş aralığında, 230 kadın ve 31 erkek olmak üzere 261 gönüllü katılımcıdan oluşmaktadır.

4.7 Sosyo-Demografik Veri Formu

Sosyodemografik veri formunun kullanım amacı, uygulanan ölçeğe katkı sağlayan katılımcılar hakkında detaylı bilgi edinip, bu veriler ile sosyal kaygı arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. Anket ve formu pekiştirmek, hedeflenen verilere sahip olmak için sorular sorulmuştur. Form 5 sorudan (yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, gelir düzeyi, tanı koyulmuş bir psikiyatrik rahatsızlığın varlığı/yokluğu) oluşmakta olup, konu hakkında bilgi edinmeyi amaçlamaktadır.

4.8 Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSKÖ) :

Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeğinin (Liebowitz, 1987) amacı sosyal kaygıya sahip bir bireyin, sosyal bir ortamda etkileşime (iletişime) maruz kaldığında yaşadığı huzursuzluğu, korkuyu derecelendirmek olduğu gibi aynı zamanda maruz kalmamak için de ne derecede kaçındığını ve bu tür durumları reddettiğini ölçmektir. Bireyin sosyal kabiliyetinin ve performansının ne seviyede etkilendiğini değerlendiren bir ölçektir. Ölçek 11'i sosyal, 13' ü performans olmak üzere 24 maddeden oluşmaktadır. Sorular 1-

4 arasında değişen Likert tipi (4 puanlık) bir ölçek üzerinden uygulanır. Elde edilen korku ve kaçınma puanlarını verir (Gültekin ve Dereboy, 2001).

Bu ölçek Liebowitz tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Türkçe uyarlaması (geçerlik ve güvenirlik çalışması) iki farklı klinik psikoloğun (Dilbaz ve Güz) tarafından 2001 yılında ortak çalışmaları sonucu elde edilmiştir. Ölçeğin orijinal formunun iç tutarlılığı (Cronbach alfa) 81- 92 aralığında, oldukça tatmin edici sonuçlar vermiştir (Heimberg, et al., 1999). Türkçeye iç tutarlılığı (Cronbach alfa) 0.96 bulunmuştur (Gültekin ve Dereboy, 2001). Değerlendiriler arası bağıntı katsayısı ise $r = 0.83$ olarak saptanmıştır.

Ölçeğin Türkçe versiyonu, kişilerdeki Sosyal Fobi ve buna ilişkin bulguların şiddetini ölçmede nesnel, geçerli ve güvenilir bulunmuştur (Dilbaz ve Güz, 2001).

4.9Araştırmanın Soruları ve Hipotezi

Araştırma kapsamında araştırmacı tarafından belirlenen hipotez şu şekildedir:

Sosyodemografik değişkenlerle Liebowitz ölçeğinin puanları arasında ilişki olacağı ön görülür.

5.BULGULAR

Tablo 1. Demografik Bilgilere Dair Tanımlayıcı Bulgular

Bireysel Özellikler	N	%
Cinsiyet		
Kadın	230	88,1
Erkek	31	11,9
Toplam	261	100,0
Eğitim Durumu		
Lise	10	3,8
Üniversite	245	93,9
Lisansüstü	6	1,9
Toplam	261	100,0
Yaş		
18-22	187	3,8
23-27	58	93,9
34-40	16	2,3
Toplam	261	100,0
Gelir Düzeyi		
Düşük	7	2,7
Orta	147	56,3
Orta üstü	97	37,2
Yüksek	10	3,8
Toplam	261	100,0

Psikiyatrik Tanı		
Evet	33	12,6
Hayır	228	87,4
Toplam	261	100,0

Tablo 1’de katılımcılara ait sosyodemografik değişkenlerin dağılımı görülmektedir. Katılımcıların cinsiyetleri incelendiğinde % 88,1’inin (n=230) kadın olduğu ve %11,9’unun (n=31) ise erkek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde %3,8’inin (n=10) lise mezunu olduğu, %93,9’unun (n=245) üniversite mezunu olduğu ve %2,3’ünün (n=6) ise lisansüstü mezunu olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların yaşları incelendiğinde % 71,6’sının (n=187) 18-22 yaş arası olduğu, %22,2’sinin (n=58) 23-27 yaş arası olduğu ve % 6,1’inin (n=16) ise 34-40 yaş arası olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların gelir düzeyleri incelendiğinde % 2,7’sinin (n=7) düşük gelire sahip olduğu, %56,3’ünün (n=147) orta gelire sahip olduğu, %37,2’sinin (n=97) orta üstü gelire sahip olduğu ve % 3,8’inin (n=10) ise yüksek gelire sahip olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların psikiyatrik tanı durumları incelendiğinde %12,6’sının (n=33) psikiyatrik tanı aldığı ve %87,4’ünün (n=238) ise psikiyatrik bir tanı almadığı belirlenmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Liebowitiz SKÖ Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

Cinsiyet		N	Ort.	Z	P
Liebowitiz SKÖ	Kadın	236	87,81	-2,033	0,042
	Erkek	31	79,67		
Kaçınma	Kadın	236	47,79	-2,418	0.016
	Erkek	31	42,06		
Kaygı	Kadın	236	40,43	-1,516	0.130
	Erkek	31	37,61		

Mann-Whitney U Test

Tablo 2’te yer aldığı gibi, katılımcıların Liebowitiz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ) ve alt boyut puanları cinsiyete göre karşılaştırılmıştır. LSKÖ toplam puanları kadın ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir LSKÖ puanları erkeklere kıyasla kadınlarda anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($Z=-2.033$ $p=0.042$).LSKÖ alt boyutlarından “Kaçınma” puanları da kadın ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. Kaçınma puanları da erkeklere kıyasla kadınlarda anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($Z=-2.418$ $p=0.016$)

Tablo 3. Katılımcıların Liebowitz SKÖ ve Alt Boyut Puanlarının Yaş Grupları Açısından Karşılaştırılması

Liebowitz SKÖ				
Yaş	Ort	N	KV	P
18-22	88,46	185	7,832	0,020
23-27	82,19	56		
34-40	84,25	16		
Kaçınma				
Yaş	Ort	N	KV	P
18-22	47,68	185	4,845	0,089
23-27	44,16	56		
34-40	44,81	16		
Kaygı				
Yaş	Ort	N	KV	P
18-22	40,77	185	7,076	0,029
23-27	38,03	56		
34-40	39,43	16		

KV=Kruskall Wallis Test

Tablo 3’te görüldüğü gibi katılımcıların LSKÖ ve alt boyutları ile yaş grupları arasındaki ilişki Kruskall Wallis testi ile incelenmiştir.

Test sonuçlarında LSKÖ toplam puanı ile yaş grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. LSKÖ toplam puanları 18-22 yaş arası olanlarda diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (KV=7,832 p=0,020)

Ayrıca LSKÖ alt boyutlarından “Kaygı” puanları ile Yaş grupları arasında da istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır.”Kaygı” puanları da 18-22 yaş arası olanlarda diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (KV=7,076 p=0,029)

Tablo 4. Katılımcıların Liebowitz SKÖ ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Durumları Açısından Karşılaştırılması

Liebowitz SKÖ				
Eğitim Durumu	Ort	N	KV	P
Lise	93,20	10	5,925	0,048
Üniversite	86,89	241		
Lisansüstü	74,00	6		
Kaçınma				
Eğitim Durumu	Ort	N	KV	P
Lise	51,00	10	6,400	0,041
Üniversite	46,79	241		
Lisansüstü	37,33	6		
Kaygı				
Eğitim Durumu	Ort	N	KV	P
Lise	42,20	10	3,926	0,146
Üniversite	40,09	241		
Lisansüstü	36,66	6		

KV=Kruskal Wallis Test

Tablo 4’te görüldüğü gibi katılımcıların LSKÖ ve alt boyutları ile eğitim durumları arasındaki ilişki Kruskal Wallis testi ile incelenmiştir. Test sonuçlarında LSKÖ toplam puanı ile eğitim durumları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. LSKÖ

toplam puanları lise mezunu olanlarda diğer eğitim durumlarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (KV=5,925 p=0,048)

Ayrıca LSKÖ alt boyutlarından “Kaçınma” puanları ile eğitim durumları arasında da istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır.”Kaçınma” puanları da lise mezunu olanlarda diğer eğitim durumlarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (KV=6,400 p=0,041)

Tablo 5. Katılımcıların Liebowitz SKÖ ve Alt Boyut Puanlarının Gelir Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması

Liebowitiz SKÖ				
Gelir Düzeyi	Ort	N	KV	P
Düşük	93,28	7	5,002	0,172
Orta	88,17	145		
Orta üstü	84,50	95		
Yüksek	85,10	10		
Kaçınma				
Gelir Düzeyi	Ort	N	KV	P
Düşük	49,28	7	4,762	0,190
Orta	47,65	145		
Orta üstü	45,20	95		
Yüksek	46,30	10		
Kaygı				
Gelir Düzeyi	Ort	N	KV	P
Düşük	44,00	7	4,741	0,192
Orta	40,51	145		
Orta üstü	39,30	95		
Yüksek	38,80	10		

KV=Kruskall Wallis Test

Tablo 5’te görüldüğü gibi katılımcıların LSKÖ ve alt boyutları ile gelir düzeyleri arasındaki ilişki Kruskall Wallis testi ile incelenmiştir. Test sonuçlarında LSKÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile eğitim durumları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 5)

Tablo 6. Katılımcıların Liebowitz SKÖ Puanlarının Psikiyatrik Tanıları Açısından Karşılaştırılması

Psikiyatrik tanı		N	Ort.	Z	P
Liebowitz SKÖ	Evet	32	99,21	-2,015	0,044
	Hayır	225	85,07		
Kaçınma	Evet	32	53,66	-2,473	0.013
	Hayır	225	46,16		
Kaygı	Evet	32	45,90	-1,615	0.106
	Hayır	225	39,27		

Mann-Whitney U Test

Tablo 6’ da yer aldığı gibi, katılımcıların Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ) ve alt boyut puanları psikiyatrik tanı durumlarına göre karşılaştırılmıştır. LSKÖ toplam puanları psikiyatrik tanı alan ve almayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir LSKÖ puanları tanı almayanlara kıyasla tanı alanlarda anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (Z=-2.015 p=0.044).

Ayrıca LSKÖ alt boyutlarından “Kaçınma” puanları da psikiyatrik tanı alan ve almayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. Kaçınma puanları tanı almayanlara kıyasla tanı alanlarda anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (Z=-2.473 p=0.013).

6.TARTIŞMA

Yapılan araştırmada sosyodemografik değişkenlerle Liebowitz ölçeğinin puanları arasında ilişki olacağı öngörülmüştür. Çalışmamız sonucunda sosyal fobi alt boyutlarından kaygı ve sosyal fobi toplam puanı ile katılımcıların sosyodemografik verileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Araştırmamızın bulgularına (karşılaştırılan katılımcıların Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ) ve alt boyut puanları psikiyatrik tanı durumlarına) göre LSKÖ toplam puanları psikiyatrik tanı alan ve almayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. LSKÖ puanları tanı almayanlara kıyasla tanı alanlarda anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($Z=-2.015$ $p=0.044$).

Ayrıca LSKÖ alt boyutlarından “Kaçınma” puanları da psikiyatrik tanı alan ve almayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. Kaçınma puanları tanı almayanlara kıyasla tanı alanlarda anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($Z=-2.473$ $p=0.013$). Psikiyatrik tanısı olan bireylerin, psikiyatrik bir teşhisi (tanısı) olmayan bireylere göre daha fazla kaçındıkları gözlemlenmiştir. Psikolojik rahatsızlık teşhisi almış bireylerin kaygı ve kaçınma durumu, psikolojik rahatsızlığı olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır.

Sosyal kaygı bozukluğuna sahip bireylerde yaşam boyu ek olarak eşlik eden bozuklukların beraber görülme prevalansı incelendiğinde sosyal fobi-majör depresyon %17 ile %80 arası, panik bozukluğu %17 ile %50 arası, obsesif-kompulsif bozukluk ise %4 ile %11 arasında ölçülmektedir (Dilbaz, 1997; Mourier ve Stein, 1999).

Bir araştırmada sosyal fobi teşhisi konan 105 hasta ile yapılan bir araştırmada sosyal kaygı bozukluğuna eşlik eden rahatsızlıklar %58 olarak bulunmuştur (Dilbaz ve Güz, 2002). Çalışmamızda elde ettiğimiz bu sonuç literatürde alanla ilgili yapılan birçok araştırmanın sonucuyla uyumludur (Turan ve ark., 2000).

LSKÖ ve alt boyutları ile bireylerin ekonomik gelir durumlarının, ilişkisel olarak iki yönlü olarak birbirini etkileyebildikleri belirtilmiştir. Sosyal kaygının bireyin işlevselliğini bozup ve yaşam kalitesini düşürdüğü bilinmektedir. Sosyal fobi bireyin

aylık gelirinde düşüşe yol açabileceği gibi aylık gelirin de az olması durumu sosyal fobinin oluşmasına sebebiyet verebilir.

Yapılan birçok titiz çalışmada, düşük sosyoekonomik düzeyinin ve düşük sosyal sınıfın, sosyal kaygı oluşmasında büyük rol oynadığı belirtilmektedir (Witchen ve Fehm'den akt. Uzun, 2016). Başka bir araştırma sonucunda ise sosyal kaygının, sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda, köyde doğanlarda ve son 15 yıldır köyde yaşayanlarda kadınlarda ve ailelerinde psikiyatrik öyküsü olan bireylerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir (İzgiç ve ark., 2000).

Çalışmamız bulgularına gelir düzeyi ile sosyal fobi arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Katılımcıların LSKÖ ve alt boyutları ile gelir düzeyleri arasındaki ilişki Kruskall Wallis testi ile incelenmiştir. Test sonuçlarında LSKÖ toplam puanı ve alt boyut puanları ile eğitim durumları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanamamıştır.

Yaptığımız çalışmada, bireylerin akademik başarıları üzerinde durulmamıştır ancak literatürde bize sunulan birçok çalışmada bireylerin akademik başarısına göre LSKÖ ölçeği incelendiğinde; kaygı, kaçınma ve genel ölçek puanı sıra ortalaması istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir (İzgiç ve ark. 2000). Akademik başarısı düşük olan bireylerde sosyal kaygı ve kaçınma puanları akademik başarısı yüksek olan bireylere göre daha fazla gözlemlenmiştir. Bu da bir anlamda eğitim düzeyi ile sosyal kaygı arasındaki ilişkiyi işaret eder. Çalışmamızda, katılımcıların LSKÖ ve alt boyutları ile eğitim durumları arasındaki ilişki Kruskall Wallis testi ile incelenmiştir. Bizim çalışmamızın test sonuçlarında ise LSKÖ toplam puanı ile eğitim durumları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. LSKÖ toplam puanları lise mezunu olanlarda diğer eğitim durumlarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (KV=5,925 p=0,048)..

Ayrıca LSKÖ alt boyutlarından “Kaçınma” puanları ile eğitim durumları arasında da istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır.”Kaçınma” puanları da lise mezunu olanlarda diğer eğitim durumlarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (KV=6,400 p=0,041). Bu sonuçlar bize, lise mezunu olan kişilerin, diğer eğitim düzeylerine sahip bireylerden daha fazla kaçındığını göstermiştir.

Yaptığımız çalışmada eğitim düzeyi lise olanlarda; lisans ve lisansüstü olan kişilere göre LKSÖ puanları daha yüksektir.

Gökalp ve arkadaşları 2001 yılında, sosyal fobi tanısı almış 87 katılımcı ile yaptıkları araştırma sonucunda sosyal kaygısı olan bireylerin %41.4'ünün üniversite, %35.6'sının ise lise mezunu olduklarını saptamıştır. Topçu (2004) yaptığı çalışmada, sosyal kaygının, düşük gelire ve düşük eğitim seviyesine mensup bireylerde görülme oranının yüksek olduğunu belirtmiştir.

Literatürde Sosyal kaygı rahatsızlığının hangi eğitim seviyesinde daha fazla görüldüğüne dair birbiriyle çelişen birçok çalışma bulunmaktadır. Pollard ve Henderson sosyal kaygının yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerde daha sık görüldüğünü vurgularken, Leepine ve Scheier'in tutumu tam tersi yönde olmuştur. Görüldüğü üzere, çelişkili birçok sonuç elde edilmiştir. Eğitim düzeyinin yüksek olduğu bireylerde sosyal fobi görülme oranının yüksek olduğunu belirten birçok yayın varken, tam tersini belirten yayınlar da az sayıda değildir (Turk ve ark. 1998, Pollard ve Henderson 1988). Schneier ve arkadaşlarının 1992'de yaptıkları bir araştırmada ise sosyal fobisi olan bireylerin eğitim düzeyi, tanı almayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Çalışmamızda elde ettiğimiz bu sonuç literatürde alanla ilgili yapılan birçok araştırmanın sonucuyla büyük oranda uyumludur. Katılımcıların LSKÖ ve alt boyutları ile yaş grupları arasındaki ilişki Kruskall Wallis testi ile incelenmiştir.

Test sonuçlarında LSKÖ toplam puanı ile yaş grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır. LSKÖ toplam puanları 18-22 yaş arası olanlarda diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (KV=7,832 p=0,020). Araştırmamızda 18-22 yaş arası olanlarda diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ayrıca LSKÖ alt boyutlarından “Kaygı” puanları ile yaş grupları arasında da istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır.”Kaygı” puanları da 18-22 yaş arası olanlarda diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (KV=7,076 p=0,029). Bu sonuçlar yaş ilerledikçe elde edilen LSKÖ puanının azaldığı bilgisiyle negatif yönlü bir ilişki ortaya koymuştur. Test sonuçlarında LSKÖ toplam puanı ile yaş grupları arasında istatistikçe anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

18-22 yaş aralığında olan bireylerin diğer yaş gruplarına (kendinden büyüklere) nispeten, daha çok kaçındıkları ve kaygı duydukları gözlemlenmiştir. 261 katılımcı ile

yapılan araştırmanın istatistiksel bulgularına göre yaşı küçüldükçe kaygı duygulan ve kaçınmada bulunan durumların arttığı ve yaş ile sıkı derecede bir ilişkisi olduğunu göstermiştir. Çalışmamız bulgularına göre yaş değişkeni ile iki bozukluk arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Literatürde yaşı Sosyal Fobi ile ilişkisi olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu rahatsızlığın belirli dönemler için görülme sıklığı ve başlangıç yaşları hakkında çalışmalar bulunmaktadır ancak Literatürdeki çalışmalar büyük oranda ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinin ilgili bozukluklar ile arasındaki ilişkiyi incelemektedir..

Yapılmış bir çalışmada, yaşa göre dikkate aldıkları yaygınlık oranlarını 18 yaşı altında %1.6, 18 yaş üstü olarak kişilerde %0.4-%0.17 olarak belirtmişlerdir (Memik, N. Ç., Yıldız, Ö., Tural, Ü., & Ağaoğlu, B. 2011). Çalışmamızda elde ettiğimiz bu sonuç literatürde alanla ilgili yapılan birçok araştırmanın sonucuyla büyük oranda uyumlu bulunmuştur.

Katılımcıların Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ) ve alt boyut puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında, LSKÖ toplam puanları kadın ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir LSKÖ puanları erkeklere kıyasla kadınlarda anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($Z=-2.033$ $p=0.042$). LSKÖ alt boyutlarından “Kaçınma” puanları da kadın ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. Kaçınma puanları da erkeklere kıyasla kadınlarda anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($Z=-2.418$ $p=0.016$).

Literatürde sosyal fobi üzerinde yapılmış epidemiyolojik çalışmaların bir kısmında hastalığın kadınlarda erkeklere göre daha fazla saptandığı ancak erkeklerin ise kadınlara göre tedaviye daha sık başvurduğu da belirtilmiştir (Dilbaz, N., & Güz, H. 2002).

Araştırmamızda; LSKÖ puanlarının kadınlarda erkeklere kıyasla anlamlı ölçüde yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

Stein ve arkadaşlarının 526 katılımcının sosyal kaygı semptomlarını inceledikleri bir çalışmada kadınların toplum içinde konuşmakta, küçük topluluklar önünde konuşmakta, otorite sahibi biriyle veya yeni tanıştıkları kişilerle konuşmakta erkeklere nispeten daha fazla kaygı ve kaçınma yaşadıklarını belirtilmiştir ancak diğer insanlar

önünde yemek yemek, yazı yazmak gibi aktivitelerde cinsiyete göre bir farklılık saptanmamıştır.

Memik ve arkadaşları 2011 yılında sosyal kaygı yaygınlığı üzerine yaptığı bir çalışmada sosyal fobinin kadınlarda erkeklere göre daha sık gözlemlendiğini saptamışlardır. Aynı şekilde Gültekin ve Dereboy'un yaptığı çalışmada ise sosyal fobi görülme olasılığını kadınlarda erkeklere göre 1,7 kat daha yüksek olarak ölçülmüştür.

Faravelli ve arkadaşları ise 2500 kişi ile yaptıkları bir araştırmada kadınların yaşam boyu görülme sıklığı prevalansını erkeklerde görülme sıklığına oranla fazla bulmuşlardır. Nesrin Dilbaz 1997'de yaptığı bir sosyal fobi alan araştırmasında ise göre, rahatsızlığın kadınlarda erkeklere nazaran daha fazla görüldüğü bilgisini edinmiştir.

Bizim araştırmamızda da katılımcıların Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ) ve alt boyut puanları cinsiyete göre karşılaştırılmıştır. LSKÖ toplam puanları kadın ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. LSKÖ puanları erkeklere kıyasla kadınlarda anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($Z=-2.033$ $p=0.042$). LSKÖ alt boyutlarından “Kaçınma” puanları da kadın ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir. Kaçınma puanları da erkeklere kıyasla kadınlarda anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($Z=-2.418$ $p=0.016$). Çalışmamızda elde ettiğimiz bu sonuç literatürde alanla ilgili yapılan birçok araştırmanın sonucuyla büyük oranda uyumlu bulunmuştur.

Yapılan çalışmada kadın katılımcıların sayısının erkek katılımcılara oranla fazla oluşu çalışmanın sonuçları arasından bir sınırlılık taşımaktadır. Ayrıca ölçeklerin öz bildirime dayanması da araştırmanın bir başka sınırlılığıdır.

7.SONUÇ ve ÖNERİLER

7.1 Sonuçlar;

Sosyal fobi alt boyutlarından kaygı ve kaçınma toplam değerleri arasında istatistiksel olarak araştırmaya katılan katılımcıların Sosyodemografik bulguları arasında bir ilişki söz konusudur. Ergen ve genç yaştaki bireylerde LSKÖ puanlarının erişkinlere nazaran daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmanın istatistiksel bulgularına göre yaşın küçüldükçe kaygı duygulan ve kaçınmada bulunan durumların arttığı ve yaş ile sıkı derecede bir ilişkisi olduğunu göstermiştir.

Psikiyatrik teşhisi olan bireylerin LSKÖ puanları, herhangi bir tanısı olmayan bireylere göre daha yüksektir. Araştırmamız komorbidite olgusunun LSKÖ puanlarıyla doğrudan ilişkili olduğunu göstermiştir.

Çalışmamızda LSKÖ toplam puanları lise mezunu olanlarda diğer eğitim durumlarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum, eğitim düzeyinin, LSKÖ puanlarını dolayısıyla bireylerde kaygı ve kaçınmayı etkilediğine dair bilgi vermiştir.

Psikiyatrik tanısı olan bireylerin, psikiyatrik bir teşhisi (tanısı) olmayan bireylere göre daha fazla kaçındıkları gözlemlenmiştir. Psikolojik rahatsızlık teşhisi almış bireylerin kaygı ve kaçınma durumu, psikolojik rahatsızlığı olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır.

Kaçınma ve kaygı puanları da erkeklere kıyasla kadınlarda anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ) alt boyut puanından kaygı, bireylerin yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmıştır.

7.2 Öneriler

Hata payının azalması ve güvenilirlik oranlarının artması adına, ileride yapılacak çalışmalar daha yüksek örneklem sayısı ile gerçekleştirilebilir.

Sosyal Fobi hakkında farklı perspektiflerden bir ilişki kurulmasını sağlamak adına, ilgili bozuklukların bulgulanırılması farklı ölçekler aracılığıyla gerçekleştirilebilir. Sosyal fobinin klinik tedavisi göz ardı edilmemelidir.

Her şeyden önce Sosyal fobinin bir hastalık olduğu toplum tarafından kabul görmelidir. Sosyal fobinin klinik tedavisi göz ardı edilmemelidir ve bu anlamda klinisyenlere ve ailelere büyük iş düşmektedir. Ebeveynler, çocuklarına iyi bir model oldukları ve doğru iletişim kurdukları takdirde düzelmeler gözükecektir. Gençlerin kendi aralarında sağlıklı iletişim kurması da bu anlamda önemlidir. Toplum olarak insanlara düşen görev, zamanla görülme sıklığı artan bu rahatsızlığı ciddiye almaktır ve bu hususta klinisyenlere destek olarak çalışmalarına devam etmelerine elverişli ortam hazırlamaktır.

8. KAYNAKÇA

- AYDIN, P. A. (2014). Kaygı Bozukluğu Olan Çocuklar için Bilişsel Davranışçı Terapide Anne Babaların Tedaviye Katılımı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25(3), 183.
- Brown, E. J., Turovsky, J., Heimberg, R. G., Juster, H. R., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1997). Validation of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale across the anxiety disorders. *Psychological Assessment*, 9(1), 21.
- Brown, L. A., Doan, J. B., McKenzie, N. C., & Cooper, S. A. (2006). Anxiety-mediated gait adaptations reduce errors of obstacle negotiation among younger and older adults: implications for fall risk. *Gait & posture*, 24(4), 418-423.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iurrtia, M. J., Arias, B., & Nobre, L. (2013). The Assessment Of Social Anxiety Through Five Selfreport Measures, LSAS-SR, SPAI, SPIN, SPS, and SIAS: A Critical Analysis Of Their Factor Structure. *Psicología Conductual*, 21(3), 423.
- Corey, G., 2008, Psikolojik Danışma ve Uygulamaları (1.Baskı), Çev. T.Ergene, Mentis Yayıncılık, Ankara.
- Diagnostic, A. P. A. (1994). statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association. Washington, DC, 886..
- Dilbaz, N., 1997, "Sosyal Fobi", *Psikiyatri Dünyası*, 1, 18-24.
- Dilbaz, N., 2000, "Sosyal Fobi: Tanı, Epidemiyoloji, Etiyoloji, Klinik ve Ayırıcı Tanı",
- Dilbaz, N., & Güz, H. (2002). Sosyal Kaygı Bozukluğunda Cinsiyet Farklılıkları. *Nöropsikiyatri Arivi*, 39, 2-3..
- Dilbaz, N. (2001). Liebowitz sosyal kaygı ölçeği geçerlik ve güvenilirliği. 37. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı, İstanbul*, 232..

- Erkan, Y . (2002). Sosyal Kaygı Düzeyi Yüksek ve Düşük Ergenlerin Ana Baba Tutumlarına İlişkin Nitel Bir Çalışma. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi , 10 (10) , . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/cusosbil/issue/4365/59710>
- Eysenck, M. W. (1992). Anxiety: The cognitive perspective. Hove, England: Erlbaum.
- Gökkaya, M. (2016). *Bir grup üniversite öğrencisinde sosyal kaygı, depresyon ve anne-baba tutumları ile mükemmeliyetçilik eğilimleri ve üniversiteye uyum arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi* (Master's thesis, Işık Üniversitesi).
- Greist, J. H. (1995). The diagnosis of social phobia. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Güleç, C. (2003). *Psikiyatri ve Psikoterapilerin Abc'si*. HYB Yayıncılık.
- GÜLTEKİN, B. K., & Dereboy, I. F. (2011). The prevalence of social phobia, and its impact on quality of life, academic achievement, and identity formation in university students. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 150.
- Gültekin, B. K., & Dereboy, İ. F. (2011). Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fobinin Yaygınlığı ve Sosyal Fobinin Yaşam Kalitesi, Akademik Başarı ve Kimlik Oluşumu Üzerine Etkileri. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 22(3).
- Gültekin, B. K., & Dereboy, İ. F. (2011). Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fobinin Yaygınlığı ve Sosyal Fobinin Yaşam Kalitesi, Akademik Başarı ve Kimlik Oluşumu Üzerine Etkileri. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 22(3).
- Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz social anxiety scale. *Psychological medicine*, 29(1), 199-212.
- Izgiç, F., Akyüz, G., Dogan, O., & Kugu, N. (2000). Üniversite öğrencilerinde sosyal fobi yaygınlığı/The prevalence of social phobia in university student population. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(4), 207.
- Karakaya, E., & Öztop, D. B. (2013). Cognitive behavioral therapy in children and adolescents with anxiety disorder. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 2(1), 10-24.

- Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 45(2), 65-74.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Koyuncu, A., Ertekin, E., Ertekin, B. A., Binbay, Z., Yüksel, Ç., Deveci, E., & Tükel, R. (2015). Relationship between atypical depression and social anxiety disorder. *Psychiatry research*, 225(1-2), 79-84.
- Köknel, Ö., 1999, Günlük Hayatta Ruh Sağlığı (1.Baskı), Alfa Yayıncılık, İstanbul.
- Liebowitz, M. R., 1987, "Social Phobia", *Mod Probl Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour research and therapy*, 36(4), 455-470.
- McKenzie, K.,(2006), Anksiyete ve Panik Atak (1.Baskı), Çev. Ü. Şensoy, Morpa Kültür Yayınları, İstanbul.
- Memik, N. Ç., Yildiz, Ö., Tural, Ü., & Ağaoğlu, B. (2011). Sosyal Fobinin Yaygınlığı: Bir Gözden Geçirme. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 48(1).
- Noyan, H., & Sertel-Berk, Ö. (2007). ERGENLERDE SOSYAL FOBİ, İÇE VE DIŞA DÖNÜK KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE OKUL BAŞARI DURUMU. *Psikoloji Çalışmaları/Studies in Psychology*, 27, 31-50.
- Öner, N., & LeCompte, A. (1985). Durumluluk-sürekli kaygı envanteri el kitabı. İstanbul: Bogaziçi Üniversitesi Matbaası. (in Turkish).
- Öztürk, M., Sayar, K., Uğurad, I., & Tüzün, Ü. (2005). Sosyal Fobisi Olan Çocukların Annelerinde Sosyal Fobi yaygınlığı. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 15(2).
- Purdon, C., Antony, M., Monteiro, S., & Swinson, R. P. (2001). Social anxiety in college students. *Journal of Anxiety Disorders*, 15(3), 203-215.
- Rachman, S. (1998). *Anxiety*, Hove, East Sussex.

- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour research and therapy*, 35(8), 741-756.
- Riden, B. S. (2017). Review of Difficult students and disruptive behavior in the classroom: Teacher responses that work. *Education Review//Reseñas Educativas*, 24.
- Schneier, F. R., Heimberg, R. G., Holt, C. S., 1993, “The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia”, *Journal of Anxiety Disorders*, 7(3), 2449-2469.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Horning, C., 1992, “Social Phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiological sample”, *Arch Gen Psychiatry*, 49, 282-288.
- Solmaz, M., Sayar, K., Özer, Ö. A., Öztürk, M., & Acar, B. (2000). Sosyal fobi hastalarında aleksitimi, umutsuzluk ve depresyon: Kontrollü bir çalışma. *Klinik Psikiyatri*, 3(4), 235-241.
- Soykan, Ç., Özgüven, H. D., & Gençöz, T. (2003). Liebowitz social anxiety scale: the Turkish version. *Psychological Reports*, 93(3_suppl), 1059-1069.
- Spielberger, C. D. (1972). Review of Profile of Mood States.
- Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371(9618), 1115-1125.
- TOPÇU-AYDIN, A. (2004). Sosyal Fobi Olgularında Aile-içi Yaşantıların İncelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Turan, M., Çilli, A. S., Aşkın, R., Herken, H., Kaya, N., & Kucur, R. (2000). Sosyal fobinin diğer psikiyatrik hastalıklarla birlikteliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 3(3), 170-175.
- Türkçapar, M. H. (1999). Sosyal fobinin psikolojik kuramı. *Klinik Psikiyatri*, 2, 247-253.
- Wittchen, H. U., & Fehm, L. (2001). Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. *Psychiatric Clinics*, 24(4), 617-641.

Yao, S. N., Note, I., Fanget, F., Albuisson, E., Bouvard, M., Jalenques, I., & Cottraux, J. (1999). Social anxiety in patients with social phobia: validation of the Liebowitz social anxiety scale: the French version. *L'encéphale*, 25(5), 429-435.

EKLER

Ek 1: Sosyodemografik Veri Formu

Ek 2: Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği (LSKÖ)

ÖZGEÇMİŞ

ÇAĞRI AKYOL ÇEVİRİR



Doğum Tarihi 10.10.1992

İletişim Bilgileri cagriakyolcevirir@gmail.com

+ 90 530 829 56 70

Öztopuz Caddesi Leylak Sokak Ulus
Mahallesi Ulus Vadi Konutları Sitesi B2 Blok
D: 9 Ulus Beşiktaş İstanbul

EĞİTİM DURUMU

2018 – 2019 Yüksek Lisans 2.Sınıf

Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji (Tezli)

2017 – 2018 Yüksek Lisans 1.Sınıf

Université Lumière Lyon 2

(Lyon 2 Üniversitesi Psikopatoloji Klinik Psikanalitik Yüksek Lisans 1. Sınıf, Fransa)

Tez : İmkansız Ayrılık

2011 – 2016 Lisans

Université Lumière Lyon 2

(Lyon 2 Üniversitesi Psikoloji Lisans Bölümü, Fransa)

2006– 2011 Lise

Saint Michel Fransız Lisesi, İstanbul

1998 – 2006 İlkokul / Ortaokul

Özel Bahçeşehir Koleji, İstanbul

PROFESYÖNEL TECRÜBELER

2019 Zİ&ON Psikiyatri Akademisi (Hala devam etmektedir.)

Klinik Deneyim, Vakıa Analizleri, Hastalara Psikoterapi ve Danışan Görme

360 FİT - New Age Fitness (Hala devam etmektedir.)

Yeme bozuklukları üzerine hasta gelişim süreci takip etme ve bu alanda psikoterapi

2018-2019 NP İSTANBUL Beyin Hastanesi

Yüksek Lisans 2.sınıf son dönem, zorunlu stajı

Hasta Yaş Aralığı : 18-90

Katılım ve İşlev : Uzman Klinik Psikolog (mentörüm eşliğinde) observasyon, aile görüşmelerine katılım, ergen-yetişkin servisi

Mental durum muayenesinde hastanın oryantasyonu, dikkat testleri, Wisc-R zeka testi ölçekleri ve MMPI uygulama eğitimi, IQ ölçekleri uygulaması ve Nevzat Tarhan vizitelerine katılım. Aynı zaman aralığında, Amatem katında samba, günaydın klinik toplantılarına eşlik etme, ergoterapi, TMU ve EKT observasyonu, el sanatları ve müzik atölyelerine eşlik etme.

2017 – 2018 Clinique Notre-Dame, ORSAC (Notre-Dame Özel Psikiyatri Servisi Kliniği, Lyon, Fransa)

Açıklamalar :

Hasta Yaş Aralığı : 18-90

Katılım ve İşlev : Psikoterapist eşliğinde bireysel seanslara katılım ve gözlem, grup atölyeleri, Fotoğraf Terapisi (“Photography Therapy”), Yazı Yazma Terapisi (“Writing Therapy”), Grup Konuşma Terapisi (“Groupe Parole”), Enerji ve Duygu Atölyesi (“Atelier Energy And Emotion”), Bireysel Terapiler, Psikodrama

2017 – 2018 Villeurbanne Cabinet De Neuropsychologie

Açıklamalar :

Hasta Yaş Aralığı : 3-15

Katılım ve İşlev : Özel öğrenme güçlükleri (Disleksi, hiperaktivite, okuma, yazma, akıl yürütme ve özgül öğrenme güçlüğü), Klinik nöropsikoloji, çocuk gelişim testleri uygulama, gözlem, psikoloğun birebir test uygulamalarına ve aile görüşmelerine katılım, psikometri, nöropsikolojik değerlendirme, Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği IV (WISC-IV), zeka testleri, dikkat ve yürütücü işlev testleri

2014 Başkent Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Bölümü

Açıklamalar :

Hasta Yaş Aralığı : 18-90

Katılım ve İşlev : Klinik gözlem, hastaların psikolojik raporlarının tutulması ve uzman psikolog eşliğinde konsültasyonlarda bulunulması.

2014 École Gilbert Dru. Saxe Gambetta, Lyon (Gilbert Dru İlkokulu, Lyon, Fransa)

Açıklamalar :

Yaş Aralığı : İlkokul

Katılım ve İşlev : Çocuklara destek ve klinik gözlem stajı, lisans diploması ve rapor için toplam 200 saatlik zorunlu staj, animatörlük

YAZ OKULU VE DEĞİŞİM PROGRAMLARI

2005 – 2006 Caterham School (London English Summer School)

DİL

Türkçe (anadil), İngilizce (akıcı), Fransızca (akıcı), İspanyolca (başlangıç)

BİLGİSAYAR BİLİMİ

Microsoft Word, Microsoft Excel, Microsoft Powerpoint, SAP, Lotus Notes, Macintosh

İLGİ ALANLARI VE HOBİLER

Edebiyat, macera sporları, yoga ve crossfit, seyahat, müzik

SERTİFİKA PROGRAMLARI, KATILINAN OTURUMLAR VE ÜYELİKLER

‘‘Biz’’ olmanın kusursuz yolculuğu (Prof. Dr. Uğur Batı)

Bilişsel ve davranışçı terapiler (Prof. Dr. Ebru Şalcıoğlu)

Stres ve kaygını nasıl yönetirsin? (Uzman Psikolog Beyhan Budak)

Madde bağımlılığı terapisi ve aile üyelerine etkileri ve başa çıkma yolları (Uzman Klinik Psikolog Esra Ezmeci)

Psikolojik sağlığa metakognitif bakış: Tümörü yok etmek mi? Bağışıklığı güçlendirmek mi ?

(Uzman Psikolog Hilal Bebek)

Cinsel istismar (Psikolog Ezgi Albaş)

Üyelikler

Kalben Derneği Koruma Altında Yetişen Gençler ve Koruyucu Aile Derneği Gönüllü Üyesi

Avni Akyol Ümit Kültür ve Eğitim Vakfı Üyesi

SosyalBen Vakfı Üyesi

REFERANSLAR

Gönül Karakaya

Görev: *Psikolog – Nöropsikolog*

Villeurbanne Cabinet De Neuropsychologie

Tel : +33 6 95 97 98 13

E-Posta : gk.neuropsych@gmail.com

Cécile Hamm

Görev: *Psikolog-Klinik Psikolog*

Clinique Notre-Dame, ORSAC (Notre-Dame Özel Psikiyatri Servisi Kliniği, Lyon, Fransa)

Tel : +33 6 66 99 21 09

E-posta : cecilhamm@orange.fr

Pascale Minet

Görev: *Okul Müdürü*

École Gilbert Dru. Saxe Gambetta, Lyon

Tel : +33 4 78 72 32 76

Prof. Dr. Mehmet Erkan Özcan

Görev: *Psikiyatrist*

Başkent Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Servisi

Tel : (0216) 554 15 00

Faks : (0216) 651 98 58

Yardımcı Doç. Dr. Onur Okan Demirci

Görev: *Psikiyatri Uzmanı*

Zİ&ON Psikiyatri Akademisi

Tel : (0212) 247 49 47