



T.C.
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAğCILAR SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI EğİTİM KLİNİğİ

SOSYAL DÜşÜNCER ANKETİ VE
SOSYAL GÜVENCE DAVRANIşLARI ÖLÇEğİ'NİN
GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİğİ

Dr. İrem YAZICI KARABULUT

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2023



T.C.

**SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
BAğCILAR SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI EğTİM KLİNİğİ**

**SOSYAL DÜşÜNCER ANKETİ VE
SOSYAL GÜVENCE DAVRANIşLARI ÖLÇEğİ'NİN
GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİğİ**

Dr. İrem YAZICI KARABULUT

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mustafa SOLMAZ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2023

TEŞEKKÜR

Klinik eğitim sürecim boyunca destekleyici ve yürekendirici tutumlarıyla zorlukları kolaylaştıran, tez danışmanım ve değerli hocam Prof. Dr. Mustafa SOLMAZ'a,

Bilişsel Davranışçı Terapi'yi bana sevdiren, tez sürecimde öğrencisi olma şansına sahip olduğum ve bana yol göstererek bu çalışmanın olgunlaşmasında katkıları büyük olan, tevazusunu ve çalışkanlığını örnek aldığım değerli hocam Prof. Dr. Hakan TÜRKÇAPAR'a,

Üzerimdeki emeğini ve hakkını ödeyemeyeceğim, başta “otantik varoluş”uma karşı farkındalığımı artırmış, akademik ilginin kaynağı, bizlere her daim sevgiyle yaklaşmış olan kıymetli hocam Doç. Dr. Hasan BELLİ'ye,

Terapist kimliğimde ve hasta doktor ilişkisinde örnek aldığım, danıştığım pek çok vakada beni aydınlatmış ve söyledikleri hala aklımda olan Prof. Dr. Ramazan KONKAN'a,

Çoğu bilgime mihenk noktası olmuş, asistanı olduğum süre boyunca desteğini esirgemeyen Doç. Dr. Cenk URAL'a,

Psikiyatri eğitimlerim ve rotasyonlarımda birlikte çalışma fırsatına sahip olduğum, bilgilerinden istifade ettiğim tüm kliniklerin hocaları ve uzmanlarına,

Çok sevdiğim bu kliniğin keyifli bir ortam olmasında rolü olan, dört yıl boyunca pek çok konuda dert ortağı olduğumuz, sayısız sunum, toplantı ve etkinlik yaptığımız, tez sürecime katkı sağlamış Dr. Hande POYRAZ, Dr. Hüseyin KÖSE, Dr. Hasan GÖKÇAY nezdinde, her biri çok değerli birer doktor olan tüm asistan doktor arkadaşlarıma,

Kliniğimizin güler yüzlü ve özverili hemşireleri, psikologları ve personellerine,

Herkesin yetişme telaşı içinde olduğu bir zamanda, akıllarındaki sorulara, ruhlarındaki yaralara ve iç sıkıntılarına cevap aramak için durmuş, iyileşmeye giden yolda bana kalplerini ve düşüncelerini açmış olan hastalarım,

Bugünlere gelmemde sevgilerini ve desteklerini esirgemeyen, “bilgelik sevgisi” aşılayan babam Dr. Mustafa YAZICI, emektar annem Hülya YAZICI, ve kardeşim Eren'e,

Hayatımı güzelleştiren, her konuda desteğini hissettiğim ve varlığıyla bana güç veren kıymetli eşim Emre KARABULUT'a ve can kızımız, dünyadaki sevgi kaynağım Ela'ya

En içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. İrem YAZICI KARABULUT

İstanbul, 2023

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLO VE GRAFİK LİSTESİ.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU	4
2.1.1. Tanımı	4
2.1.2. Sosyal Fobi yerine Sosyal Anksiyete Bozukluğu adlandırması.....	4
2.1.3. Tarihçesi	5
2.1.4. Epidemiyolojisi	6
2.1.5. Sosyal Kaygıda Ayırıcı Tanı	7
2.1.5.1. Utangaçlık.....	8
2.1.5.2. Çekingen Kişilik Bozukluğu.....	8
2.1.5.3. Agorafobi	9
2.1.5.4. Çocukluk Çağı Gelişimsel Bozuklukları	9
2.1.6. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Alt Tipleri	10
2.1.7. Etiyolojisi	11
2.1.7.1. Nörobiyolojik etmenler.....	11
2.1.7.1.1. Beyin yapıları ve görüntüleme çalışmaları.....	11
2.1.7.1.2. Nörotransmitterler ve nöropeptitler.....	12
2.1.7.2. Genetik altyapı ve çevresel faktörler	13
2.1.7.3. Kuramsal Açıklamalar	15
2.1.7.3.1. Psikanalitik Kuram	15
2.1.7.3.2. Bağlanma Kuramı.....	16
2.1.7.3.3. Savunma-Emniyet Modeli.....	18
2.1.7.3.4. Bilişsel Davranışçı Model	20

2.1.8. Klinik Özellikler.....	25
2.2. SOSYAL KAYGIDA ÖLÇÜM ARAÇLARI.....	26
2.2.1. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAS):.....	26
2.2.2. Kısa Sosyal Anksiyete Bozukluğu Ölçeği (BSPS):	27
2.2.3. Sosyal Fobi ve Anksiyete Envanteri (SPAI):	27
2.2.4. Sosyal Fobi (SPS) ve Sosyal Etkileşim Kaygısı Ölçeği (SIAS):	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. ÖRNEKLEM.....	28
3.2. İŞLEM	28
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	29
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu	29
3.3.2. Sosyal Düşünceler Anketi	29
3.3.3. Sosyal Güvence Davranışları Ölçeği.....	29
3.3.4. Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği	30
3.3.5. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	30
3.3.6. DAS-R-TR	30
3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	31
3.5. KISITLILIKLAR	31
4. BULGULAR	33
4.1. SOSYODEMOGRAFİK ve EŞLİK EDEN ÖZELLİKLER	33
4.2. SOSYAL DÜŞÜNCELER ANKETİ (SDA)'NİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZİ VE MADDE AYIRT EDİCİLİĞİ	35
4.3. SOSYAL GÜVENCE DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ (SGDÖ)'NİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZİ VE MADDE AYIRT EDİCİLİĞİ	39
4.4. SDA VE SGDÖ'NÜN DİĞER ÖLÇEKLERLE KARŞILAŞTIRILMASI ...	44
5. TARTIŞMA	48
5.1. SOSYAL DÜŞÜNCELER ANKETİ (SDA)	48
5.2. SOSYAL GÜVENCE DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ.....	51
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	56
7. KAYNAKLAR	58

KISALTMALAR

BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
SDA	: Sosyal Düşünceler Anketi
SGDÖ	: Sosyal Güvence Davranışları Ölçeği
SAB	: Sosyal Aksiyete Bozukluğu
ÇKB	: Çekingen Kişilik Bozukluğu
OSB	: Otizm Spektrum Bozukluğu
MRI	: Manyetik Rezonans Imaging
MAOI	: Monoamin Oksidaz İnhibitörü
RIMA	: Reversibl Monoamin Oksidaz İnhibitörü
SSRI	: Serotonin Geri Alım İnhibitörü
COMT	: Katekol-o-metiltransferaz
GAD1	: Glutamik Asit Dekarboksilaz 1
LSFBÖ	: Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
DAS-R-TR	: İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Türkçe Formu
KG	: Kontrol Grubu
AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin

TABLO VE GRAFİK LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Cinsiyete göre dağılım	33
Tablo 2. Medeni duruma göre dağılım	34
Tablo 3. Çalışma durumuna göre dağılım	35
Tablo 4. Sosyal Düşünceler Anketi Geçerlik Sonuçları	36
Tablo 5. Sosyal Düşünceler Anketi ve alt ölçekleri Cronbach Alfa değerleri	37
Tablo 6. Sosyal Düşünceler Anketi Güvenilirlik Sonuçları	37
Tablo 7. SAB ve KG katılımcılar arasında SDA skor ortalamalarının karşılaştırılması	38
Tablo 8. SAB ve KG katılımcılar arasında SDA maddelerinin ayırt ediciliği	39
Tablo 9. Sosyal Güvence Davranışları Ölçeği Geçerlik Sonuçları	40
Tablo 10. Sosyal Güvence Davranışları Ölçeği Güvenilirlik Sonuçları.....	41
Tablo 11. SGDÖ ve alt ölçeklerinin Cronbach alfa değerleri	42
Tablo 12. SAB ve KG katılımcılar arasında SGDÖ skor ortalamalarının karşılaştırılması	42
Tablo 13. SAB ve KG katılımcılar arasında SGDÖ maddelerinin ayırt ediciliği ...	43
Tablo 14. Araştırmada değerlendirilen SAB vakalarının psikometrik ölçümleri arasındaki ilişki	45
Grafik 1. Yaş ve Eğitim Süresi	34

ÖZET

SOSYAL DÜŞÜNCELER ANKETİ VE SOSYAL GÜVENCE DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

Dr. İrem YAZICI KARABULUT

Amaç: Sosyal Düşünceler Anketi (SDA) ve Sosyal Güvence Davranışları Ölçeği (SGDÖ) isimli ölçekler, Clark ve Wells tarafından geliştirilmiş olup, Sosyal Anksiyete Bozukluğu yaşayan bireylerin tedavi süreçlerinde kullanılmaktadır. Bu ölçüm araçları hastaların SAB ile ilgili bilişlerini ve güvenlik sağlamaya yönelik davranışlarını tespit etmeyi sağlamaktadır. Ülkemizde bu ölçeklerin hasta takipleri ve klinik çalışmalarda kullanılabilmesi için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümüne ayaktan başvuran, DSM-5 tanı ölçütlerine göre Sosyal Anksiyete Bozukluğu tanısı almış 114 hasta ve hastalarla yaş, cinsiyet ve eğitim seviyesi olarak benzer olan 48 kontrol olmak üzere toplamda 162 kişi ile yapılmıştır. Yapılan görüşmelerde araştırma için hazırlanmış olan sosyodemografik veri formu, Sosyal Düşünceler Anketi, Sosyal Güvence Davranışları Ölçeği, Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği (LSFBÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve DAS-R-TR uygulanmıştır. İstatistiksel analizlerin uygulanmasında IBM, EPSS 22.0 programı kullanılmış, Açıklayıcı Faktör Analizi AMOS programı ile incelenmiştir.

Bulgular: Sosyal Düşünceler Anketi (SDA) toplam varyansın %52,23'ünü açıkladığı üç faktörlü bir yapıya sahiptir ve toplam Cronbach alfa değeri 0,809 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri faktör 1 için 0,821, faktör 2 için 0,618, faktör 3 için 0,671 olduğu bulunmuştur. SDA ve alt ölçekleri ile SGDÖ ve alt ölçekleri, BAÖ, LSFBÖ ve alt ölçekleri, DAS-R-TR arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Sosyal Güvence Davranışları Ölçeği (SGDÖ)'nün toplam varyansın %57,695'ini açıkladığı tespit edilmiştir. SGDÖ'nün Toplam Cronbach alfa değerinin 0,836 olduğu; dört faktörden oluşan ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri faktör 1'in 0,781, faktör 2'nin 0,821, faktör 3'ün 0,614, faktör 4'ün 0,567 olduğu raporlanmıştır. SGDÖ ve alt ölçekleri ile SDA ve alt ölçekleri, BAÖ, LSFBÖ ve alt ölçekleri, DAS-R-TR arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon gözlenmiştir ($p<0.05$).

Sonuç: Çalışmamızda elde edilen sonuçlar, Sosyal Düşünceler Anketi ve Sosyal Güvence Davranışları Ölçeği'nin ikisinin de güçlü faktöriyel yapısı olduğunu, geçerli ve güvenilir ölçüm araçları olarak Sosyal Anksiyete Bozukluğu alanında kullanılmaya uygun olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Sosyal Düşünceler Anketi, Sosyal Güvence Davranışları Ölçeği, Sosyal Anksiyete Bozukluğu, Sosyal Fobi, Geçerlilik, Güvenilirlik

İletişim Adresi: iremyazici@gmail.com

ABSTRACT

RELIABILITY AND VALIDITY OF SOCIAL COGNITIONS QUESTIONNAIRE AND SOCIAL BEHAVIOUR QUESTIONNAIRE

Dr. İrem YAZICI KARABULUT

Objective: Social Cognitions Questionnaire (SCQ) and Social Behaviour Questionnaire (SBQ) were developed by Clark and Wells and they are used in the treatment processes of individuals with Social Anxiety Disorder. These mental measurements enable to determine patients' cognitions and safety behaviour related to SAD. We aimed to examine validity and reliability studies for these scales to be used in patient follow-ups and clinical studies in Turkey.

Methods: The study was performed with a total of 162 people, including 114 patients diagnosed with Social Anxiety Disorder according to DSM-5 diagnostic criteria, who applied to the Psychiatry outpatient unit of Bağcılar Training and Research Hospital, and 48 controls who were similar in age, gender and education level to the patients. Sociodemographic information of the participants was obtained during the interviews, and Social Cognitions Questionnaire, Social Behaviour Questionnaire, Liebowitz Social Phobia Symptoms Scale (LSFS), Beck Anxiety Inventory (BAI) and DAS-R-TR were applied. Statistical analyzes were performed by using IBM EPSS 22.0 program, Exploratory Factor Analysis was analyzed with AMOS program.

Results: The Social Cognitions Questionnaire (SCQ) has a three-factor structure that explains 52.23% of the total variance, and the total Cronbach's alpha value was found to be 0.809. The Cronbach's alpha values of the sub-dimensions of the scale were found to be 0.821 for factor 1, 0.618 for factor 2, and 0.671 for factor 3. It was found that there was a positive and significant correlation between SCQ and its subscales and SBQ and its subscales, BAI, LSFS and its subscales, DAS-R-TR ($p<0.05$). Social Behaviour Questionnaire (SBQ) seems to explain 57,695% of the total variance. Total Cronbach's alpha value of the SBQ was 0.836; Cronbach's alpha values of the sub-dimensions of the scale consisting of four factors were reported as 0.781 for factor 1, 0.821 for factor 2, 0.614 for factor 3, and 0.567 for factor 4. A positive and significant correlation was observed between SBQ and its subscales, SCQ and its subscales, BAI, LSFS and its subscales, and DAS-R-TR ($p<0.05$).

Conclusion: According to the results obtained in our study both the SCQ and SBQ have a strong factorial structure and both are valid and reliable measurements for use in the field of Social Anxiety Disorder.

Keywords: Social Cognitions Questionnaire, Social Behaviour Questionnaire, Social Anxiety Disorder, Social Phobia, Validity, Reliability

Correspondence: iremyazici@gmail.com

1. GİRİŞ

Ruhsal rahatsızlıkların tedavisinde en etkili yaklaşım o rahatsızlığın ortaya çıkmasında ve devam etmesinde rolü olan tüm etkenlerin anlaşılır hale getirildiği, bu etkenlerin birbirleriyle olan ilişkilerinin ve tedavideki payının göz önüne alınarak bir tedavi yönteminin ortaya konulduğu yaklaşımlardır. Aynı şekilde sosyal anksiyete bozukluğu da mizacın, bazı yaşamsal olayların, travmatik çocukluk anıları gibi faktörlerin tetikleyebildiği, bir takım olumsuz duygu ve düşüncelerin etkisiyle, kişinin kaçınma davranışlarıyla devamlılığı süregelen bir bozukluktur (1). Bu bozukluğun tedavisinde en uygun yaklaşım, bozukluğu devam ettirici etkenlere müdahalenin tedavi rasyonelinde bulunduğu yaklaşımlar olacaktır.

Sosyal kaygı bozukluğu olan bireyler herhangi bir sosyal etkinlik olasılığı olduğunda reddedilecekleri, aşağılanacak veya utanılacak bir duruma düşecekleri biçiminde beklentileri nedeniyle sosyal ortama katılmayı düşündüklerinde veya katıldıklarında, anksiyete yaşarlar. Bilişsel modele göre bunun nedeni SAB yaşayan bireylerin sosyal ortamlarda tehlikede olduklarına inanmalarına neden olan, kendisiyle ve içinde bulunduğu ortamla ilgili bir dizi inanca sahip olmalarıdır. Bu inançlar nedeniyle nasıl değerlendirildiklerini anlayabilmek için dikkatlerini öncelikle seçici olarak kendilerine odaklamaktadırlar. Sosyal kaygılı bireylerde dikkatin kendilerine toplanması ve bu inançların etkisiyle, sosyal etkileşim öncesinde ve/veya sırasında olumsuz değerlendirileceklerine ilişkin otomatik düşünceler ortaya çıkmaktadır. Olumsuz düşünceler anksiyeteyi ve anksiyetenin bedensel belirtilerini (ör: yüz kızarması, terleme) ortaya çıkarır. Birey korktuğu felaketin gerçekleşmesini önlemek adına güvenlik sağlamaya yönelik davranışlara (örneğin insanlara bakmamak ve göz teması kurmamak vb.) başvurur. Bu davranışlar ise belirtileri arttırırken diğer insanların dikkatini olumsuz yönde çekerek korkuların daha da artmasına neden olur. O sırada sosyal kaygılı bireyler nasıl değerlendirdiğini kurgulamak adına kendi olumsuz düşünceleri ile aşırı uğraş içindedirler, dikkatlerini olumsuz düşüncelerini destekleyecek şekilde kullanırlar; çevreye dikkat etmez ve olumlu tepkileri fark edip değerlendiremezler. Sonuçta kendi olumsuz inançlarına saplanıp kalırlar. İşlevsiz inançlarla başlayan durum bir kısır döngü haline gelir (2).

Başkalarının incelemesinden korkma ve kaçınma bozukluğun temel unsurlarından biridir. Bu gibi durumlardaki endişe, bireyin utanılacak ya da aşağılanma sebebi olacak bir şey söylemesi veya yapmasıdır (3). Bu endişelerle kişi sosyal etkileşimlerin çoğundan kaçınır veya bu tür durumlara yalnızca belirgin bir rahatsızlıkla katlanır. Tıp camiası tarafından uzunca bir süre ihmal edilen bu tanı, yaygın, zarar verici ancak tedavi edilebilir bir durum olarak gittikçe daha fazla dikkat çekmekte ve kabul görmektedir (4).

Yapılan çalışmalar ilaç tedavileri ve Bilişsel Davranışçı Terapi'nin (BDT) SAB tedavisinde etkili olduğunu göstermiştir (5). İki tedavi seçeneğinin birbirine üstünlüğü konusu kesin olmamakla birlikte, ilaç tedavisinin etki başlangıcının hızlı olduğu, BDT'nin ise etkilerinin daha uzun sürdüğü kabul edilmektedir (6). Bu bağlamda tedavi kılavuzlarında BDT SAB tedavisinde birinci sırada kabul edilen tedavi yöntemlerinden biri olarak yer almaktadır (7).

BDT hasta ve terapist arasında zaman sınırı olan ve bir program dahilinde ilerleyen, geçmişten çok şimdiye odaklanan, ve amacı hastanın bilişsel ve davranışsal becerilerini geliştirerek işlevselliğini artırmak olan bir tedavi yaklaşımıdır (3). SAB'da BDT, bilişsel modelde açıklanan bir dizi işlevsiz inançlar ile kaçınma ve güvenlik sağlamaya yönelik davranışlar arasındaki ilişkiyi vurgulayarak, bu alanlara müdahale etmeyi amaçlamaktadır (8).

SAB yaşayan bireyler tedaviye başvurdıklarında muayeneye katılımları düşük olabilmektedir. Daha az konuşmaya, sorulara ayrıntıya girmeden cevap vermeye ve semptomları direkt sorulmadan anlatmamaya meyilli olabilirler; bunun sebebi semptomlardan utanma ya da otorite figürü olarak gördükleri doktordan çekinme olabilir (9). Hasta doktor ilişkisinin bu yönleri ve hasta ile ilgili bilgi almanın zorluğu, tanı ve tedavi konusunda, SAB için önemli engeller teşkil etmektedir. Bu nedenle SAB ile çalışıldığında tarama amaçlı ölçek ve anketler faydalı olmaktadır.

Ülkemizde SAB alanında kullanılan ölçeklere bakıldığında zaman bu konuda bir kısıtlılık olduğu görülmüştür. Bu alanda yaygın kullanılan ölçeklerden biri Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan ve hastaların kaygı ve kaçınma

davranışlarını ölçen Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği'dir (10). Hastaların olumsuz düşünceleri ve güvence davranışları hakkındaki verileri toplamak için ise gerekli araçların ülkemizde yeterli sayıda bulunmadığı fark edilmiştir. Çalışmamızda “Social Cognition Questionnaire/Sosyal Düşünceler Anketi” ve “Social Behavior Questionnaire/ Sosyal Güvence Davranışları Ölçeği” isimli ölçeklerin Türkçe uyarlamasını yaparak ölçüm araçlarıyla ilgili eksikliği gidermeyi, ölçeklerin sosyal anksiyete bozukluğunda ayırt edici olduğunu göstermeyi ve ilgili ölçekleri Türkçe'ye kazandırılarak literatüre katkıda bulunmayı amaçladık.

Bu ölçekler SAB alanında literatürde mevcut olan çeşitli çalışmalarda kullanılmış olup hastaların takiplerinde düzenli aralıklarla uygulanarak tedavi takibine katkı sağlamaktadır. Türkçe' ye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız bu iki ölçek ile araştırmacılar sosyal anksiyete bozukluğu olan kişilerin sosyal kaygı hissettikleri anlardaki düşünceleri ve güvence davranışları ile ilgili verileri toplayabilecektir. Ayrıca SAB yaşayan bireylerin terapi sürecinin bireyselleştirilmesine katkı sağlayacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU

2.1.1. Tanımı

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB), bireyin, başkalarının değerlendirebilecek olduğu toplumsal etkileşimler, gözlenme ve başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirme gibi bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması, olumsuz olarak değerlendirilecek biçimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkması ve bu kaygı halinin söz konusu toplumsal durumlarda neredeyse her zaman ortaya çıkması olarak tanımlanır. Kişi söz konusu toplumsal durumlardan kaçınır ya da yoğun bir kaygı ile bunlara katlanır. Kaygının şiddeti toplumsal bağlama göre kaçınılan toplumsal durumla orantısızdır, klinik acıdan belirgin bir sıkıntıya ve işlevsellikte düşmeye neden olur (11).

2.1.2. Sosyal Fobi yerine Sosyal Anksiyete Bozukluğu adlandırması

"Fobi" terimi belirli bir nesneden, aktiviteden ya da durumdan kaçınmanın bozukluğun temel bir unsuru olduğu spesifik fobi ile benzerlikler gösterir. Bununla birlikte, SAB kriterlerini karşılayan birçok kişi, rahatsızlık veya korkuya rağmen sosyal rolleri yerine getirmek için belirgin bir toplumsal baskı yaratan, yaygın sosyal durumlardan açıkça ve tamamen kaçınmazlar. Ayrıca, özgül fobiden farklı olarak, SAB yaşayan bireylerin korktuğu uyaranlar nispeten geniş senaryolar içerir, farklı sosyal durumlarda (ör. iş görüşmeleri, flört, konuşma yapma), farklı insan ilişkilerinde (ör. romantik ilişki, otorite figürü ile ilişki, kalabalık gruplar) çeşitli endişeler (ör. hata yapmak, komik duruma düşmek, kızarmak) duyarlar. Bu hastaları tanımlamak için "sosyal fobi" terimini kullanmak, bu hastaların sınırlı bir durumdan kaçındıkları anlamına gelir ki bu da yalnızca üstü kapalı kaçınma veya güvenlik davranışları sergileyen hastalara tanı koymakta yetersizliğe yol açabilir (12).

Be sebeple DSM-III'te "sosyal fobi" olarak adlandırılan tanı DSM-IV ile birlikte "sosyal anksiyete bozukluğu" olarak değiştirilmiştir.

2.1.3. Tarihçesi

Sosyal durum fobileri tanımı tarihte ilk kez Janet (1903) tarafından kullanılmıştır. Fobileri beden, nesneler, durumlar ve fikirler olmak üzere dört grupta sınıflandıran Janet; durumsal fobileri fiziksel durumlar (ör. agorafobi, yükseklik fobisi, klostrofobi) ve sosyal durum fobileri (örneğin, eritrofobi, dismorfofobi, vücudun veya yüzün belirli yönlerine ilişkin fobiler, hizmetçi veya evlilik fobileri) olarak ayırmıştır (13). Daha yakın zamanlarda, sosyal kaygı kavramı, sosyal fobinin diğer fobi türlerinden ayrılmasını öneren Dixon (1957) ve Marks ve Gelder (1966) tarafından ele alındı (13). Marks ve Gelder fobilerin agorafobi, sosyal fobi (SF), hayvan fobisi ve özgül fobiler olmak üzere dört alt tipini tanımlamıştır (14). Sosyal fobiye, sosyal durumlarda utangaçlık, toplum içinde kızarma, restoranlarda yemek yeme, erkeklerle veya kadınlarla tanışma, dansa veya partilere gitme veya ilgi odağı olduğunda titreme korkuları olarak ifade etmişlerdir(14).

Sosyal Fobi tanısı ilk kez DSM-III'te ortaya çıkmıştır. Öncesinde fobik nevroz adı altında geniş bir tanı kümesinin içinde yer alan SF, DSM-III ile birlikte ayrı bir tanı kategorisi olarak tanımlanmıştır (15) (16) (17). Klinik bulgular doğrultusunda, DSM-III sınıflandırması, agorafobi, sosyal fobi ve basit fobi arasında net bir ayırım yapmıştır ve majör depresyon veya daha önemlisi sosyal fobi için çekingen kişilik bozukluğu gibi başka bir ruhsal bozukluğu dışlayan resmileştirilmiş tanı ölçütleri belirtmiştir.

DSM-III-R'de sosyal fobi kişinin başkaları tarafından değerlendirileceği bir ya da daha fazla durumdan, sürekli ve gerçeğe uygun olmayan düzeyde korku hissetmesi ve bu durumlardan kaçınması olarak tanımlanmıştır. Bozukluğun kriterleri genişletilmiş, kaçınılan veya rahatsız edici durumlara daha fazla örnek verilmiş, sosyal fobinin bir veya daha fazla ortamda yaşanabileceği şeklinde ölçüt değişikliğine gidilmiştir. DSM-III-R'de yeni olarak hem performans ve hem de etkileşimsel durumları kapsayan birçok durumda korku yaşayan bireyler için yaygın alt tip tanımlamıştır. Bu alt tipe girmeyenler “yaygın olmayan tip”, “sınırlı tip” veya “özgül tip” olarak adlandırılmıştır.

Yaygın tip sosyal fobi DSM-III-R’de tanımlanmış, DSM-IV’te ve DSM-IV-R’de bu tanım devam ettirilmiştir.

DSM-IV ile birlikte tanının ismi sosyal anksiyete bozukluğu olarak değiştirilmiş ve yeni bir koşul olarak kişinin belirgin kaygı belirtileri göstermesinden korkması eklenmiştir.

DSM-5’te tanı kriterlerinde madde değişikliği yapılmış, “kişi korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir” maddesi çıkarılarak yerine “duyulan korku ve kaygı, söz konusu toplumsal durumda çekinilecek duruma göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır” maddesi getirilmiştir. Ayrıca DSM-IV-TR’deki süre ile ilgili olan “18 yaşın altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.” koşulu, “her yaş için 6 ay” olacak şekilde değiştirilmiştir. Yine DSM-5’te SAB’daki yaygın belirleyicisinin yerine “yalnızca bir eylemi gerçekleştirme sırasında” belirleyicisi getirilmiştir.

2.1.4. Epidemiyolojisi

Sosyal korkular, genel popülasyondaki bireyler arasında oldukça yaygındır. Kanada’da toplum tabanlı yapılan kişilerin sosyal korkularına ilişkin bir çalışma, topluluk önünde konuşma yapmak gibi bazı korkuların bireylerin %15’inde meydana geldiğini ve en yaygın sosyal korku türünü oluşturduğunu ortaya koydu (18). Bir toplantıya katılmak (%14), kişinin iyi tanımadığı insanlarla konuşmak (%13) ve başkaları oturmuşken bir odaya girmek (%13) gibi diğer sosyal korkular da oldukça yaygındır. Sosyal korkular bu denli yaygın olduğunda sosyal anksiyete bozukluğunun zihinsel bozukluk olarak kabul edilip edilmemesi gerektiği çoğu araştırmacı tarafından sorgulanmıştır. Ayrıca SAB’ın bazı bireyler için yalnızca belirli sosyal bağlamlarda, örneğin performans sergilemeleri gereken ortamlarda, kendilerinden beklenen toplumsal talepler nedeniyle sorun yarattığını ve bunun bir "bozukluk" olarak tanımlanması tartışılmıştır (19). Bahsi geçen topluluk araştırmasında, kişilerin %15’e varan bir oranı belirli sosyal korkuları kabul ederken, çok daha az bir kısmında bu korkuların çok sayıda olduğu ve işlevselliği eğitim, meslek ve kişisel yaşam gibi birden fazla alanda bozduğu bulunmuştur. Bu nedenle, sosyal korkuları kabul eden bireylerin içinde DSM-IV kriterlerini karşılayarak SAB tanısı alanların 12 aylık yaygınlığı yaklaşık %7 bulunmuştur (18).

SAB'in son derece yaygın olduğunu doğrulayan çok sayıda büyük ölçekli epidemiyolojik araştırma mevcuttur, bazı çalışmalarda nokta yaygınlık oranları %16'ya kadar çıkmaktadır (20). Çoğu çalışmanın sonucu değerlendirildiğinde SAB 12 aylık yaygınlığı %7-10 aralığında, yaşam boyu yaygınlık %12-14 aralığında olduğu görülmüştür.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2005'te sonuçları yayınlanan ulusal komorbidite araştırması tekrarına göre ise SAB'ın yaşam boyu prevalans hızı %12.1 olarak saptanmış olup, en yaygın görülen bozukluklar olan majör depresif bozukluk (%16,6), alkol kötüye kullanımı (%13,2) ve özgül fobiyi (%12,5) takip etmektedir (21). En sık görülen ruhsal bozuklukların 12 aylık yaygınlığı özgül fobi %8,7, sosyal fobi %6,8 ve majör depresif bozukluk %6,7 bulunmuştur (22). Kadınlarda oranlar erkeklere göre daha yüksektir (22).

SAB erken başlangıçlı bir bozukluktur. Hastaların büyük bir kısmı 13 ile 23 yaşları arasında tanı alır, ancak 5 yaş gibi erken veya 35 yaş gibi geç bir yaşta başladığı da görülmüştür. Genel olarak vakaların %90'ının SAB başlangıç yaşının 23 yaşından önce olduğu tespit edilmiştir (21). Tedavi için başvuru yaşı genellikle SAB başlangıcından 15-25 yıl sonra, 30 yaşları civarında olmaktadır (23).

Ülkemizde DSM-III-R tanı ölçütlerine göre üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada SAB tanısı alanların oranı %22 olarak saptanmıştır (24)(25). Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre SAB kadınlarda %2,3, erkeklerde %1,1 olarak bulunmuştur (26) .

2.1.5. Sosyal Kaygıda Ayırıcı Tanı

Klinikte tanı ölçütleri ve psikometrik incelemelerden faydalanarak SAB tanısı koymak çok zor değildir. Fakat doğru tanı için sosyal ortamlarda çeşitli nedenlerle kaygı duymak, rahatsız hissetmek, kendi bedenine odaklanmak, iletişim kurmaktan kaçınmak ve benzeri semptomlara neden olan başka ruhsal durumların ve ruhsal bozuklukların ayırıcı tanıda akla getirilmesi gerekmektedir.

2.1.5.1. Utangaçlık

Kişinin tanımadığı ya da yeni tanıştığı insanlarla aynı ortama girdiğinde tedirgin ve çekingen tavır alması şeklinde tanımlanabilir (27). Utangaçlık yaygın bir kişilik özelliğidir ve kendi başına patolojik olarak değerlendirilmez. Ancak, bireyin utangaçlığıyla ilgili endişesi ve bunun işlevsellik üzerinde zararlı bir etkisi olduğuna dair kanıtlarla birleştiğinde, utangaçlık artık normal kabul edilemez ve sosyal anksiyete bozukluğu teşhisi konması olasıdır (3). Utangaç kişi sosyal etkileşimlere sosyal fobik bireylerde görülen biçimde ve yoğunlukta olumsuz düşüncelerle giriyor olabilir. Ancak utangaç kişiler sosyal fobiklerin aksine çevreyi gözlemleyebilir ve diğer kişilerden gelen olumlu sosyal işaretleri algılayıp onların olumlu tavırlarını ve beğenilerini fark ederek o ortamda sıkıcı olmadığına, aptal gibi görünmediğine karar verebilirler. SAB yaşayan bireyler ise çevreye değil kendi davranışlarına odaklandıklarından bu tür bir değerlendirme yapamazlar (28).

2.1.5.2. Çekingen Kişilik Bozukluğu

Kişilik bozuklukları kişinin yaşamı boyunca birçok işlevsellik alanında bozulmaya yol açan, aralıksız bir seyir gösteren kronik seyirli psikiyatrik rahatsızlıklardır. Çekingen kişilik bozukluğu (ÇKB) ise sosyal durumlardan korkma ile ilgili semptomlarla seyreden bir psikiyatrik bozukluktur. Bununla birlikte, ÇKB ile ilgili açıklamalar aynı zamanda SAB'ı tanımlayan özelliklerin de bir parçasıdır (13). En önemli fark kişilik bozukluklarının stabil seyretmesi ve uzun süreli bir örüntü olmasıdır. SAB'da, ise DSM-5 sürenin 6 aydan daha uzun olması şartı koşar (11). SAB ve çekingen kişilik bozukluğunun niteliksel olarak farklı bozukluklar olmadığı, bunun yerine sosyal değerlendirme konusunda düşükten aşırıya doğru bir süreklilik olduğu görüşünü savunan Heimberg ve Rapee (29), bu bağlamda, utangaçlık, SAB ve ÇKB'nin patolojinin şiddeti ile ilgili olduğunu savunur. Ralevski ve arkadaşları bir başka çalışmada ikisinin tek bir bozukluk olabileceğini savunur (30). Çeşitli çalışmalar sonucunda yaygın tip SAB ve ÇKB'nin teşhisi için kriterlerin örtüşüyor olduğu görülmekte, ÇKB'nin belki de DSM'den kaldırılması konusunda tartışmalar sürmektedir (3).

2.1.5.3. Agorafobi

Agorafobi, kaçmanın güç olabileceği ya da panik benzeri ya da yetersizleştiren ya da utanç veren belirtiler olması durumunda yardım alamayabileceğini düşündüğü için kişinin bu tür durumlardan korku duyması ya da kaçınmasıdır. Agorafobik bireyler, yaşadıkları korkunun olası sonuçlarını ve mevcut bedensel belirtilerini yanlış yorumlayarak felaketleştirmekte eğilimindedirler (31). Yapılan çalışmalar bu hipoteze uygun olarak, belirtileri felaketleştirme eğilimi ve yüksek agorafobik kaçınma düzeyi arasında anlamlı ilişkili olduğunu göstermiştir (32). Agorafobik birey panik atağı yaşama ihtimalinden korktuğu ve kurtulmanın zor olacağını düşündüğü durumlardan kaçınmaktadır. Bireyin kaygı belirtileri sırasında deneyimlediği bilişleri sorgulamak, örneğin “Endişeli ve rahatsız hissettiğinizde ne düşünüyordunuz?” gibi bir soru çoğu zaman SAB ayırıcı tanısında teşhis ikilemini çözer. Sosyal kaygı bozukluğu olan birey, kaygı kaynağının farkındadır (ör. başkaları tarafından incelenmek), oysa panik bozukluğu veya agorafobisi veya her ikisi birden olan birey, belli bir açıklaması olmayan, beklenmedik ve fiziksel olarak korkutucu olan semptomlar yaşar (3).

2.1.5.4. Çocukluk Çağı Gelişimsel Bozuklukları

Sosyal kaygı ve sosyal iletişim eksiklikleri Asperger sendromu gibi otizm spektrum bozukluklarının (OSB) ayırt edici özellikleridir (11) ve bazen ayırıcı tanı açısından zorluk teşkil edebilirler. Sosyal anksiyete bozukluğu olan çocukların genellikle sosyal olarak iletişim kurma kapasiteleri yeterli düzeydedir, ancak tanımadıkları akranları veya yetişkinlerle ilk kez etkileşime girdiklerinde yetersiz gibi görünebilirler (3). Otizm spektrum bozukluğundaki bireylerde ise sosyal işlev ve iletişimde bozukluk, sınırlı ve tekrarlayan davranışlar ve ilgilerdeki davranışsal anormallikler triadı mevcuttur. Empati kurma veya insanların davranışlarını yöneten zihinsel durumları modelleme kapasitesinde bozulma görülür (33). Bu bağlamda SAB ve OSB birbirinden ayrılmaktadır.

Çocukların evde ebeveynlerinin ve diğer tanıdık kişilerin yanında normal dil becerilerine sahip oldukları, ancak tanıdık olmayan akranlarıyla konuşamadıkları bir sendrom olan seçici konuşmazlık neredeyse her zaman sosyal kaygı bozukluğu

teşhisi ile ilişkili bulunmuştur (34). Bu gibi durumlarda, seçici konuşmazlık, sosyal kaygı bozukluğunun ciddi bir çeşidi olarak kabul edilmektedir (35).

2.1.6. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Alt Tipleri

Sosyal anksiyete ile ilişkili tanımlar 1980 itibarı ile ayrılmış olsa da DSM-III-R'ye kadar alt tiplendirmeden bahsedilmemiştir. DSM-5'te “yaygın” belirleyicisi “sadece performans gerçekleştirme sırasında” olarak değiştirilmiştir.

Performans kaygısı, topluluk önünde konuşma yapmak, müzik performansı sergilemek veya sınıflarda veya toplantılarda sunum yapmak gibi, bir seyirci için performans gösterme korkusuyla ilgilidir. Hofmann ve ark.(36) ve Hook ve Valentiner (37), yaptıkları çalışmalarda performans kaygısının niteliksel olarak diğer SAB türlerinden farklı olduğu sonucuna vardılar.

Genel olarak, veriler, performans kaygısının fobik bir niteliğe sahip olduğunu, oysa diğer SAB türlerinin daha genel kaygı özelliklerine sahip olduğunu göstermektedir (37). Performans kaygısının genetik bileşeni düşüktür ve konuşma durumlarına daha güçlü bir psikofizyolojik tepki oluşur, daha geç yaşta başlar; ek olarak utangaçlık veya davranışsal ketlenme gibi kişilik özellikleriyle ilişkili bulunmamıştır ve β -blokerlere yanıt verir, oysa yaygın tip SAB olan bireyler yanıt vermez (12).

Yaygın tip SAB prevalansı, Yaygın tip SAB'ı olan kişilerin birinci derece akrabalarında %25, kontrol grubunun akrabalarına %5 olarak bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna karşın birinci derece akrabalarında Performans tipi SAB olan yüzdesi gruplar arasında anlamlı fark göstermemiştir (38). Bu bulgular performans kaygısının ailesel olmadığı yönünde yorumlanabilir.

Performans Tipi SAB'ı olan hastalar, yaygın tip SAB'ı olanlara göre daha fazla travmatik sosyal deneyimler (örneğin sınıfta gülünmek) bildirmişlerdir, buna göre korku koşullanması performans kaygısının gelişiminde daha önemli bir rol oynayabilir (39).

Performans tipi SAB, yaygın tip SAB'a göre daha az çocukluk faktörü ile ilişkilendirilmiştir (40). Yapılan bir çalışmada performans tipi SAB olan bireyler, yaygın tip ile karşılaştırıldığında, daha az fiziksel ve cinsel istismar öyküsü, ebeveynler arası daha az evlilik çatışması ve genç yaşta sınıfta kalma veya liseden ayrılma gibi eğitimle ilgili daha az olumsuz durum bildirdiler. Ayrıca, yaygın alt tipe kıyasla, ailelerini daha sosyal ve daha az izole edici olarak tanımlamaktadır. Yaygın tip SAB olan bireyler, performans tipi SAB olanlardan daha fazla olumsuz çevresel faktörlere maruz kalmalarının yanı sıra, çocuklukta çekingenlik öyküsüyle daha sık ilişkili bulunmuştur (39).

2.1.7. Etiyolojisi

2.1.7.1. Nörobiyolojik etmenler

2.1.7.1.1. Beyin yapıları ve görüntüleme çalışmaları

Duyguların tanınması için beyin oksipitotemporal neokorteks, amigdala, orbitofrontal korteks ve sağ frontoparietal korteksleri içeren dağıtılmış bir dizi yapıdan yararlanır. Korku duygusunun tanınması ve işlenmesinde ise özellikle amigdala primer bir rol oynamaktadır (41). Amigdala üzerinde yapılan çeşitli çalışmalar SAB hastalarının, toplum önünde konuşma yapma veya konuşma beklentisi olduğu durumlarda (42,43) ve negatif yorumlar karşısında (44) abartılı amigdala yanıtları verdiğini göstermektedir.

Bir fMRI çalışmasında mutlu yüzlere göre, sert (kızgın, tiksintili, korkmuş) yüzlere tepki olarak SAB hastalarında amigdalada hiperaktivasyon cevabı bulunmuş ve amigdala aktivasyonunun derecesi, sosyal kaygı semptomlarının ciddiyeti ile pozitif olarak ilişkili görülmüştür (45)(46). Başka bir çalışmada yaygın tip SAB hastaları, yüksek ve orta yoğunluklarda tehdit içeren yüzlere karşı daha fazla amigdala reaktivitesi sergilemiştir (47).

SAB hastalarında görülen bu artmış amigdala etkinliğinin Bilişsel davranışçı terapi (44), farkındalık (mindfulness) temelli stres azaltma yöntemleri (48) ve serotonerjik ilaçlarla (49) gerilediği gösterilmiştir.

Yüksek çözünürlüklü yapısal manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ve dinlenme durumunda fonksiyonel MRI görüntüleme çalışmasına göre SAB olan bireylerde bilateral putamende, sağ talamusta ve sol parahipokampusta kontrollere kıyasla gri madde hacminde azalma bulunmuştur (50). Putamendeki bu değişikliğin sosyal öğrenme, motor ve bilişsel kontrol, ödül işleme ve bilişsel ve duygusal düzenleme bozukluklarına sebep olduğu düşünülmektedir (51). Sağ talamus ve sol parahipokampusta ilerleyici atrofi görülmesi SAB'daki duygusal ve bilişsel/yürütücü işlev bozukluğu ile ilişkilendirilmiştir. Çalışmada ek olarak SAB hastalarında kortiko-striato-talamo-serebellar devrede yaygın dinlenme durumu bağlantısızlık gösterilmiş, bunun potansiyel sosyal tehditlerin, duygusal yüz ifadelerinin ve olumsuz bilişlerin aşırı değerlendirilmesine katkıda bulunabileceği öne sürülmüştür (52). Ayrıca, putamen ve serebellum arasındaki bağlantının azaldığı bulunmuş ve bunun da SAB'daki işlevsiz bilişsel ve duygusal düzenlemeye yol açabileceği varsayılmıştır (50).

SAB 'da beynin bazı bölgelerinde kan akış hızında artış olduğu görülmüştür. Bu bölgeler sağ dorsolateral prefrontal korteks, sol alt temporal kortekste ve sol amigdaloid-hipokampal bölgededir (42). Çalışmalar bozukluğun nörobiyolojik kökenini destekler niteliktedir.

2.1.7.1.2. Nörotransmitterler ve nöropeptitler

Serotonin sinir sisteminde temel düzenleyicilerinden biridir. Serotonin sistemi üzerinden etkilerini sağlayan ve serotonin geri alımını inhibe eden Serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), Monoamin oksidaz inhibitörleri (MAOI) ile reversibl monoamin oksidaz inhibitörleri (RIMA) sosyal anksiyete bozukluğunun tedavisinde kullanılmaktadırlar (53). Tedaviden yola çıkarak SAB'da 5 HT'nin rolü olduğu düşünülmüştür. Bir çalışmada SAB vakalarının amigdala ve mesiofrontal bölgelerinde düşük 5-HT1A bağlanması olduğu tespit edilmiştir (54). Bir başka çalışma ise amigdalanın SAB'da strese yanıtının düzenlenmesinde serotonerjik modülasyonun etkili olduğunu göstermiştir (49). Çalışmalar SAB patofizyolojisinde serotonerjik disfonksiyon olduğunu desteklemektedir.

Bir nöropeptit olan oksitosin anksiyolitik ve sosyal davranışları düzenleme üzerinde etkileri ile bilinmektedir (55). Periferik oksitosin düzeyleri, SAB hastalarında sosyal kaygı belirti şiddeti ve sosyal ilişkilerden memnuniyetsizlik ile pozitif olarak ilişkili bulunmuştur (56). Kronik intranazal oksitosin uygulanan bir hayvan çalışmasında, dişi farelerde sosyal katılımın ve mezolimbik oksitosin bağlanmasının arttırdığı görülmüştür (57). Rolü tam olarak aydınlatılamamış olsa da SAB ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Bir takım çalışmalar SAB’da sosyal davranışlar (58), korkunun işlenmesi (59) ve kaçınma davranışının öğrenilmesinde (60) dopaminin rolü olduğunu ileri sürmektedir. SAB hastalarında striatal, frontal ve limbik beyin bölgelerinde dopaminerjik belirteçlerin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu görülmüştür (44). Dopamin sistemiyle ilgili bir hastalık olan Parkinson ile yapılan çalışmalarda, Parkinson ve SAB birlikteliği anlamlı bulunmuş, ayrıca anti dopaminerjik ilaçların anksiyeteyi tetikleyebileceği ileri sürülmüştür; bu birlikteliğin spesifik nörobiyolojik süreçlerle bağlantılı olabileceği düşünülmektedir (61)(62).

2.1.7.2. Genetik altyapı ve çevresel faktörler

“Korku, bir organizmayı tehditten kaçınmaya yönlendiren ve bariz bir hayatta kalma değeri olan hayati bir evrimsel mirastır.” Marks (1987, p. 3, Fears, phobias, and rituals)

Sosyal anksiyete bozukluğu ile ilgili genetik bağlantı tam olarak aydınlatılamamış olsa da ilerleme kaydedilmiştir. SAB için bildirilen tek genom çapında bağlantı analizinde, kromozom 16’nın aday bir gen olan norepinefrin taşıyıcısına yakın bir bölgede yer aldığı görülmüştür (63). Davranışsal ketlenme veya nevroitiklik gibi altta yatan bazı davranışsal özelliklerin genetik olarak aktarıldığı ve herhangi bir bireysel bozukluktan ziyade psikopatoloji spektrumlarına katkıda bulunduğu düşünülmektedir (64). Pek çok makul aday gen, şimdiye kadar hiçbir tutarlı olmasa da sosyal kaygıyla ilgili özelliklerle ilişkilendirilmiştir. Bulgular, SAB yaşayan bireylerin ve onların aile üyelerinin bir özelliği olarak, içedönüklüğün β -adrenerjik reseptör (ADRB1) genindeki fonksiyonel bir varyantla (65) ve kadınlarda

iki tek nükleotid polimorfizmi ve katekol-O-metil-transferaz (COMT) genindeki üç SNP haplotipi ile ilişkili olduğunu göstermektedir (66).

Smoller ve meslektaşları kortikotropin salgılayan hormon geni CRH ile davranışsal ketlenme arasında güçlü bir ilişki saptamışlardır (67). Çocuklar üzerinde yapılan iki ayrı çalışmada, serotonin taşıyıcı genin promotör bölgesindeki yaygın olarak incelenen bir polimorfizm (5HTTLPR) utangaçlıkla ilişkilendirilmiştir (68)(69). Smoller ve meslektaşları, RGS2 geni üzerinde yaptıkları çalışmada, RGS2 ile içedönüklük ve duygusal yüzlere artan insula ve amigdala aktivasyonu dahil olmak üzere kaygıyla ilgili çeşitli özellikler arasında bir ilişki buldular (70). Nüfusa dayalı bir ikiz çalışmasında, araştırmacılar, glutamik asit dekarboksilaz 1 (GAD1) genindeki varyasyonun, özellikle sosyal kaygı bozukluğuyla ilgili olabilecek bir içselleştirme-nevrotiklik faktörü ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu kaydetmiştir (71).

Fyer ve ark. yaptığı aile çalışmasından elde edilen kanıtlar, SAB olan bireylerin akrabalarının %16'sının sosyal kaygı bozukluğu tanı ölçütlerini karşıladığını göstermektedir (72) Ek olarak, monozigot ikizler için uyum oranı yaklaşık %24 iken, dizigotik ikizler için %15'tir. Bu nedenle, sosyal kaygı bozukluğu vakalarının çoğu tek başına genlerle açıklanamamaktadır (1).

Genetik araştırmacıları, bir genin varlığının bir bozukluğun gelişeceğini göstermediğini, bunun yerine bir tür gen-çevre etkileşiminin gerekli görüldüğünü uzun zamandır kabul etmişlerdir (73). Bu nedenle, sosyal kaygı bozukluğu etiyolojisinde geçerli açıklama kişinin genetik kalıtım yoluyla kırılganlık kazandığı ve bozukluğun gelişmesi için stres, öğrenme deneyimleri, ebeveyn tutumları gibi diğer çevresel faktörlerin genetik altyapıyla etkileşerek etiyolojide önemli bir rolü olduğudur.

Doğumda mevcut olan orijinal mizaç eğilimi ile buna etki eden bir tür kronik çevresel stresin birlikteliğinin kişide sosyal anksiyeteye sebep olabileceğini öne süren bir çalışma, çocukluk döneminde davranışsal ketlenmeyi önemli bir stres faktörü olarak ele almıştır. Bu çalışmada çocuğun davranışsal ketlenmeye maruz kaldığı ve sosyal ortamlarda yüreklendirilmediği ailelerde sosyal anksiyete

bozukluğunun daha sık görüldüğü sonucuna varılmıştır (74). Davranışsal olarak ketlenmiş çocukların ebeveynlerinde SAB sıklığının yüksek olduğu bilinmektedir (75). Davranışsal ketlenme öğrenilmiş bir davranış olarak nesiller arasında aktarılıyor ve SAB'ı ortaya çıkarıyor gibi görünmektedir.

Ebeveyn davranışının çocukların sosyal etkileşimlerindeki rolü araştırıldığında akranları tarafından ihmal edilen çocukların annelerinin, çocuklarının gruba katılmasını kolaylaştırma olasılığının daha düşük olduğu (76), akranları tarafından ihmal edilen erkeklerin babalarının, reddedilmeyen erkeklerin babalarına göre daha az duygusal katılımlı güreş oyunları oynadıkları (77) görülmüştür.

Messer ve Beidel SAB olan çocukların fiziksel ve bilişsel yeterliliklerinin düşük, kendi yeterliliklerine olan inançlarının olumsuz olduğunu ve mizaç özelliklerinin esnek olamadığını tespit etmiştir. Ayrıca sosyal fobik çocuklar, fobik olmayan kontrol grubu çocuklarına kıyasla daha kısıtlayıcı olan ve kendilerini bağımsız olmaya teşvik etmeyen bir tutuma sahip olan aile ortamı bildirmişlerdir (78).

2.1.7.3. Kuramsal Açıklamalar

2.1.7.3.1. Psikanalitik Kuram

Psikanalitik kuramda anksiyete bastırılmış düşünce ve dürtüler kaynaklı yaygın endişe ve dehşet hissi olarak tanımlanmış, ve de bireyi altüst eden panik benzeri bedensel belirtilerle ortaya çıkan bir durum olarak tarif edilmiştir. Bedensel belirtiler eşliğinde meydana gelen anksiyetenin birikmiş, boşalamamış ve ketlenmiş libidodan kaynaklandığı öne sürülmüş ve “Actuel nevroz” olarak da tanımlanmıştır. Freud “Ketlenmeler, Belirtiler ve Anksiyete” adlı makalesindeki tanımıyla anksiyete, süperegö için çok tehdit edici veya rahatsız edici olan deneyimleri, duyguları veya dürtüleri bastırdığı zaman ortaya çıkan içsel duygusal çatışmanın semptomatik ifadesidir (79).

Geleneksel psikanalitik görüş bir fobinin özgül içeriğinin sembolik anlamı olduğunu savunur. Fobiler içsel kaygının yer değiştirme yoluyla dış korkuya

dönüşmüş halidir (80). Bu görüş teorik olarak sosyal fobi için de geçerlidir. Psikodinamik açıklamaya göre cezalandırılma tehlikesi olan yasaklı cinsel veya saldırgan dürtülerin bilince gelme tehlikesi olduğunda bir uyarı anksiyetesi doğar. Bu uyarı anksiyetesi bu da yansıma, yer değiştirme ve kaçınma gibi bir dizi bilinç dışı savunma mekanizmasını harekete geçirir ve sonuç olarak fobik belirtiler ortaya çıkar (81). Bu psikodinamik mekanizmayla meydana gelen sosyal fobi belirtileri yasaklanmış bilinçdışı arzu ve fantazilerle bunlara karşı gelişen savunmaların ürünüdür (27,82). Psikanalitik literatürden alınan ve sosyal fobi spektrumunda yer alan sahne korkusu herhangi bir performansın (konuşma, gösteri) hemen öncesi duyulan anksiyetedir (81). Gabbard'a göre sosyal anksiyete, sahne korkusunun genelleşmiş bir biçimidir ve aynı dinamikler rol oynar. Sahne korkusu herkeste görülen bir durum olsa da kişi sahnede olmadığında da kendini sahnede gibi hissederse SAB ortaya çıkan. Erken Psikanalitik literatürde sahne korkusu anal erotizm, kastrasyon anksiyetesi, infantil gösterimcilik, kontrolü yitirme korkusu gibi kavramlarla açıklanmıştır. Kabul edilemez nitelikteki bu tip bilinçdışı arzu ve fantazilerle bunlara karşı gelişen savunmalar bir sonuç olarak sosyal fobiyi meydana getirmiştir (82).

Psikanalitik kuramcılardan olan Fenichel, anksiyeteyi psikanalitik fobi teorisi açısından açıklamıştır. Bu görüşe göre, bir fobi, bilinçsiz çatışmanın neden olduğu kaygının harici bir nesneye odaklandığı bir savunma sürecini temsil eder. Bir dış nesneden (örneğin yılandan) korkmanın psişik kazancı, korkunun gerçek içsel kaynağının (örneğin kastrasyon) gizlenmiş olmasıdır. Anksiyete üreten birey, kaygının belirtilerine odaklanır ve bilinçdışı Oedipal çatışmaya odaklanmaz (83). Fenichel sosyal kaygının narsistik ve oral özelliklerden kaynaklanabileceğini savunmuştur. Bu kişilerin narsistik ve libidinal gereksinimleri arasında ayrım yapamadıklarını, bu sebeple gereksinimlerini diğer insanlar üzerinden karşıladıklarını ileri sürmüştür (84).

2.1.7.3.2. Bağlanma Kuramı

Anne ve bebek arasında bir bağın oluşması olarak tanımlanan bağlanmayı, ilk olarak 1958'de yazdığı klasik makalesi olan "The Nature of the Child's Tie to His

Mother” ile John Bowlby tanımlamıştır. Bowlby bağlanmanın, tüm sosyal ilişkilerin temelini oluşturduğunu savunmuştur.

Bağlanma teorisi, bireylerin sosyal etkileşim ve duygu düzenleme kalıplarını nasıl geliştirip sürdürdükleri hakkında üç genel ilke önermektedir (85) (86). Birincisi, bebekler, önemli bakıcılarla teması sürdürmeyi sağlayan, fizyolojik ihtiyaçlarının karşılanması ve kendilerine duygusal güvenlik sağlanması şeklinde iki temel işlevi olan emme ve ağlama gibi bir takım bağlanma davranışları ile doğarlar (87). İkinci olarak, kişinin bağlanma gereksinimlerine başkalarının erişebilirliği ve yanıt verebilirliği, ilişkilerindeki beklentilerin gelişimini teşvik eder. Üçüncüsü, önemli kişilerle yaşanan deneyimler, başkalarının güvenilirliğine ve yeni ilişkilere genellenebilen sevilir bir kişi olarak benliğin değerliliğine ilişkin bir dizi çalışma modeline içselleştirilir (88). Bowlby, bu içselleştirilmiş kişilerarası çalışma modellerinin, yaşam boyu bağlanma stillerinin istikrarını ve yetişkinlikte devam eden ilişkisel biliş ve davranışları açıkladığını ileri sürmüştür (85). Bağlanma literatürünün temel varsayımı, bireyin bağlanma sisteminin “beşikten mezara kadar” işlediğidir. (89).

Ebeveynlerin ve bakım verme rolündeki herhangi birinin davranışı, bağlanma davranışını tamamlayıcı niteliktedir. Bakıcının rolleri, ilk olarak, ulaşılabilir ve duyarlı olmak ve ikinci olarak, bakılmakta olan çocuğun başını belaya sokması durumunda makul bir şekilde müdahale etmektir. Güvenli bağlanma için ilk olarak ebeveynler bir çocuğun sevgi, ilgi ve güvenli bir temele yönelik arzusunu ve buna olan ihtiyacını anlayıp davranışlarını buna göre şekillendirmelidir. Bir ebeveynin çocuğun bağlanma arzularına saygı duymasının önemini tamamlayıcı diğer unsur da, çocuğun hem yaşlılarıyla hem de diğer yetişkinlerle olan ilişkilerini keşfetme ve kademeli olarak genişletme arzusuna duyduğu saygıdır(89). Bağlanma teorisinin temeli bir kişinin ebeveynleriyle yaşadığı bağlanma deneyimleri ile daha sonraki duygusal bağlar kurma kapasitesi arasında güçlü bir nedensellik ilişkisi olduğudur. Bu kapasitedeki bazı yaygın varyasyonlar, kendilerini ileride evlilik sorunları, çocuklarla ilgili sorunlar, nevrotik belirtiler ve kişilik bozuklukları olarak gösterebilecektir (89). Kurama göre bakıcının rolü kişinin büyüüp zihinsel olarak sağlıklı olup olmayacağını büyük ölçüde belirler.

Ülkemizde üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada korkulu, kaygılı ve kaçınan bağlanma gösterenlerin güvenli bağlanma gösteren katılımcılara göre sosyal kaygı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (90).

SAB tanısı almış 98 hasta ile yapılan bağlanma tipi ve sosyal anksiyete bozukluğunun ilişkisini araştıran bir çalışmada, kaygılı bağlanma modelinin sosyal kaygının ciddiyeti, eşlik eden depresyon, bekarlık veya boşanmış olma ile doğrudan ilişkili olduğu bulunmuş, aynı zamanda hastalar daha fazla olumsuz değerlendirilme korkusu ve kaçınma davranışı, günlük aktiviteler esnasında başkaları tarafından daha fazla incelenme korkusu, işlevsellikte daha fazla bozulma ve daha düşük yaşam kalitesi bildirmişlerdir (88).

Okul öncesi yaştaki çocuklarla yapılan bir çalışmada, güvenli bebekler olarak sınıflandırılmış çocukların güvensiz bebekler olarak sınıflandırılmış çocuklara göre öğretmenlerince daha sosyal ve becerikli olarak puanlandığı, okul ortamında daha az problem bildirdikleri, akranlarıyla daha olumlu ilişkilerinin olduğu saptanmıştır (91).

Silverman okul öncesi çocukların, anneleri ile bağlanmaları ve akran ilişkileri arasında önemli bir bağ olduğunu; güvenli bağlanan çocukların diğer bağlanma türlerine göre akranları tarafından lider olarak görüldüğünü, sınıf arkadaşları arasında popülaritesinin yüksek olduğunu saptamıştır (92).

On iki aylık bebeklerin on bir yaşına kadar takip edildiği ve değerlendirildiği bir çalışmada on iki aylıkken kaygılı-kararsız bağlanma gösteren bebeklerin güvenli bağlanan bebeklere göre geç çocukluk döneminde okul fobisi düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca ambivalent bağlanan erkek çocuklarında on bir yaşlarına geldiklerinde sosyal kaygı düzeyleri güvenli bağlanan çocuklara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (93).

2.1.7.3.3. Savunma-Emniyet Modeli

Savunma ve emniyet sistemleri, iki temel, evrimsel olarak uyumsal, bilgi düzenleme sistemi olarak görülebilir. Bu iki sistemin işleyişinin biyolojik kalıplar, sosyal davranış, ilişkiler ve benlik yapılarının olgunlaşması üzerinde önemli etkileri vardır. Pek çok psikopatoloji biçiminin, gelişmiş savunma yöntemlerinin

aktivasyonunu temsil ettiği ileri sürölmektedir. Kişilerarası tehditlerin, insan savunma davranışının en yaygın kaynakları olduğu ve bunların genellikle ayrılma-reddetme veya güç ve boyun eğme ile ilgili olduğu ileri sürölmektedir. İnsanların başkalarını aşağılayarak veya daha güçlü olanlara boyun eğerek güvenli ortamlar yaratmaya çalıştıkları ileri sürölmüştür (94).

Savunma-emniyet modeli Gilbert ve Trower tarafından kavramlaştırılmıştır. Temelini psikodinamik kuram ve bağlanma kuramından almaktadır. Bu modele göre birbirine bağlı olan iki sistemden savunma sistemi “tehlike var kendini koru”, emniyet sistemi “güvendesin rahatla” prensibine göre çalışır. Sosyal anksiyetesi olan bireyde bu iki sistem arasındaki denge savunma sistemi lehine bozulmuştur ve savunma sistemi aşırı aktif çalışmaktadır.

Savunma sisteminin temel işlevlerinden biri başka insanlardan gelen tehditleri saptamaktır, bu sistem dışarıdan gelen tehdide yönelik sinyallerin algılanmasını kolaylaştırır. Savunma sistemi etkin olduğunda kişi, diğer insanlarla yarışmacı tipte bir ilişki kurar. Kişi kendisine kıyasla baskınlık kurma potansiyeli olan diğer insanlarla yarışmaya başlar. Emniyet sistemi ise savunma sisteminin tersine başkalarından gelen yardımlaşmacı ve arkadaşça sinyalleri saptar, emniyet sisteminin devreye girdiği sosyal durumlarda, bireyler birbirlerinden etkilenirler, yakınlığı ödüllendirici bulurlar ve genellikle destekleyici olurlar, birbirleriyle yardımlaşmacı ve arkadaşça ilişkilere şans tanırırlar (95).

Sosyal kaygı, tehdit değerlendirmesinde bir artışı ve/veya başkalarının huzurunda kendini güvende hissetmedeki başarısızlığı temsil edebilir. Kendini güvende hissetmedeki bu başarısızlık, başkalarından gelen tehdit edici işaretlerin yokluğunda bile var olabilir. Başkalarını destekleyici veya güven verici olarak değerlendirme yeteneğinin kaybını temsil eden bağlamlarda sosyal kaygı artabilir. Başka bir deyişle, sosyal kaygı, güvenlik yeterliliklerimizin işleme alınmasında bir başarısızlığı temsil edebilir (96). Tehlike hissi altında kendi kendini gözlemleyen bireyde, savunma sistemi ve ilgili olumsuz duygular hâkim olur. Kişi tehdidin niteliğine ve kendi gücüyle ilgili algısına göre ya aşırı rekabetçi ya da aşırı boyun eğici tutumlardan birini seçer. Sosyal kaygılı kişi ilişkinin destekleyici yönlerini göremeyip, yaptıklarının takdir göreceğini veya başarısız olduğunda destekleneceğini

ummaz. Savunma sisteminin tetiklediği yarışmacı mod kişide aşağılık ve yetersizlik hisleri, mükemmeliyetçilik, kendisine ve başarısız olan insanlara karşı eleştirel bir tutum doğurur (27).

Bağlanma (attachment) içgüdüğü yetişkin savunma-emniyet sisteminin gelişimine modellik etmektedir. Çocuğun yarışmayı ve yardımlaşmayı öğrenmesi ebeveyn ilişkisinde gerçekleşir. Anne ve baba, çocuk için hâkim otorite figürü olduğu kadar aynı zamanda yardımlaşmacı birer partnerdir. Bu iki rolden birinin eksik olması olumsuz sonuçlara yol açacaktır. Çocukta bu iki sistemin dengesinin bozulmasına, savunma sisteminin aşırı etkinleşip güvenlik sisteminin zayıflamasına iki tür ebeveyn tutumu yol açar. Birincisi ebeveynin diğer insanlarla ilgili olarak hissettikleri kendi tehdit duygularını çocuğa yansıtmaları, diğeri ve daha etkili olması olası tutum ise çocuğa aşırı kontrol edici, düşmanca ve reddedici davranışlarıdır (27). Çocuğun düzgün bir dış görünüm, giyim ve tavır göstermesine aşırı önem verilmesi, erken bebeklik döneminde çocuğun biyolojik ritmini (uyku saatleri, yeme düzeni, çocuğa aşırı dikkat vb.) aşırı düzenlemeye, kontrol altına alma tutumu bağlanma üzerinden savunmacı bir sistemin baskınlığına öncülük edebilir.

2.1.7.3.4. Bilişsel Davranışçı Model

DSM-5 ve ICD-10 tanı kriterleri göz önünde alındığında, sosyal anksiyetenin duygusal, bilişsel, fizyolojik ve davranışsal dört temel karakteristik özelliğı olduğu görülmektedir. Sosyal anksiyetenin bilişsel modeli incelendiğinde ise önceliğın bilişse verildiğı ve bilişsel yanının sosyal anksiyetenin davranışsal, fizyolojik ve duygusal yönlerine önderlik ettiğı anlaşılabılır.

Sosyal kaygılı bireyler her gün pek çok sosyal durumla karşılaşrlar ve bunların büyük çoğunluğu iyi huyludur, yine de sosyal kaygı devam etmektedir. Bu durumu açıklamaya çalışmak için bir dizi bilişsel model öne sürülmüştür. Bu modeller arasındaki ortak nokta hepsinin sosyal kaygıyı sürdürmede olumsuz değerlendirilme korkusunun ve kendine odaklı dikkatin önemini vurgulamasıdır.

Beck ve Emery'nin (1985) Bilişsel Modeli:

Genel olarak anksiyete bozukluklarının ve özelde sosyal fobinin en eski bilişsel modellerinden biri Beck ve Emery'e aittir. Model SAB'ın, bazı bireylerin kendileri ve sosyal durumlarda nasıl davranmaları gerektiği hakkında sahip oldukları işlevsiz inançların varlığından kaynaklandığını öne sürer (97). İşlevsiz inançlar üç kategoriye ayrılmıştır, bunlar sosyal performans için aşırı yüksek standartlar, sosyal değerlendirmeye ilgili koşullu inançlar ve benlikle ilgili koşulsuz inançlardır. Bu inançlar sosyal bir durum tarafından tetiklendikten sonra bir dizi kısır döngü yoluyla sosyal fobinin sürdürülmesine katkıda bulunur. Beck ve ark., diğer fobilerden farklı olarak, korkulan sonuçların (düşük performans), bu sonuçların ortaya çıkmasıyla meşgul olma nedeniyle ortaya çıkma olasılığının yüksek olduğunu belirtmektedir (98).

Rapee ve Heimberg'in (1997) Bilişsel Modeli:

Rapee ve Heimberg sosyal değerlendirme ile ilgili kaygı düzeyini düşükten aşırıya doğru bir spektrumda tanımlar, bu bağlamda 'utangaçlık' spektrumun düşük ile orta aralığına, sosyal anksiyete bozukluğu sürekliliğinin ortasından üst ucuna kadar kısmına ve kaçınan kişilik bozukluğu spektrumun üst ile aşırı ucuna denk gelir. Bu terimlerin önemli ölçüde örtüştüğünü ve aralarında ayırım yapmanın isteğe bağlı bir uygulama olabileceğini savunur (Holt, Heimberg & Hope, 1992). Bilişsel modelin tüm spektruma uygulanabileceğini belirtir (29).

Sosyal fobisi olan kişiler, diğer insanların doğası gereği eleştirel olduğunu, yani kendilerini olumsuz olarak değerlendirebileceklerini varsayar (99). Ayrıca, başkaları tarafından olumlu bir şekilde değerlendirilmeye büyük önem verirler. Sosyal bir durumla karşılaştığında, birey, izleyiciler tarafından görüldüğü gibi, dış görünüşünün ve davranışının zihinsel bir temsilini oluşturur ve aynı anda dikkat kaynaklarını hem bu içsel temsile hem de sosyal çevrede algılanan herhangi bir tehdide odaklar. Dikkat kaynakları, benlik imajının göze çarpan, potansiyel olarak olumsuz olan yönlerine ve ayrıca potansiyel dış tehdidin izlenmesine tahsis edilir. Sosyal fobi özelinde tehlike kaynağı izleyiciler, potansiyel dış tehdit ise izleyicilerin kaşlarını çatma, can sıkıntısı belirtileri gibi olası olumsuz değerlendirme

göstergeleridir. İzleyicinin belirli bir durumda kendisinden beklediği yüksek standardı da eşzamanlı olarak formüle eder. İzleyicinin gözünden kendi imajıyla izleyicinin durumsal tepkisini karşılaştırarak kendi mevcut performansına (ve dolayısıyla bireyin kendisine) yönelik çıkarımda bulunur. Bireylerin toplumun gözünden kendisinin nasıl görüldüğü imajı ve toplumun ondan beklediği yüksek standart arasında uyumsuzluk olursa sosyal kaygı ortaya çıkmaktadır. Öngörülen olumsuz değerlendirme ayrıca fizyolojik, bilişsel ve davranışsal sonuçları olan kaygıyı ortaya çıkarır. Bu kaygı daha sonra bireyin izleyici tarafından görüldüğü şekliyle görünüşünün ve/veya davranışının zihinsel temsilini etkileyen kaygıyı ortaya çıkarır ve döngü yenilenir (29).

Clark ve Wells'in (1995) Bilişsel Modeli:

Sosyal kaygısı olan kişiler güçlü bir biçimde çevrelerinde iyi bir izlenim bırakma isteği duyarlar. Buna karşın olumsuz değerlendirilmekten korkar, başkalarının karşısında özellikle beceriksiz ve kabul edilemez bir şekilde davranacaklarına ve bu tür davranışların statü kaybı, değer kaybı ve reddedilmeye sebep olacağına inanırlar. Bu nedenle sosyal ortamları tehlikeli olarak algırlar ve sosyal etkileşimle ilgili kaygı duyarlar. Bir takım işlevsiz inançlarla başlayan bu durum Clark ve Wells tarafından modellenmiş ve birbirine bağlı birkaç süreçle açıklanmıştır (2).

Clark & Wells, SAB yaşayan bireylerin kendileriyle ve içinde bulundukları sosyal ortamlarla ilgili bir dizi varsayımlara sahip olduğunu öne sürmüştür. Bu varsayımlar sosyal performans için aşırı yüksek standartlar (örneğin, "Diğer insanlar beni zeki, sakın ve kendinden emin olarak görmeli"), sosyal değerlendirmeye ilişkin koşullu inançlar (örn. "Eğer bir hata yaparsam diğer insanlar beni küçük düşürür") ve benlik hakkında koşulsuz inançlar (örneğin, "Ben tuhafım", "Diğer insanlar kadar iyi değilim") olarak kategorize edilmiştir. (2).

Altta yatan inançlar ve varsayımlar nedeniyle sosyal kaygılı bireyler sosyal durumları tehlikeli olarak değerlendirmeye yatkındır. Kötü bir şekilde karşılanacaklarına veya beklenen performans standardını karşılayamayacaklarına (örn. "Sallanacağım", "Sıkıcı olarak karşılanacağım") dair tahminlerde bulunmaya

ve performanslarını olumsuz değerlendirmeye (örneğin, "Kelimelerimi karıştırıyorum", "İnsanlar sıkıcı olduğumu düşünüyor") eğilimlidirler. Bilişsel modele göre bu inançlar ve varsayımlar sosyal bir ortama girildiğinde otomatik düşüncelerini tetikler. Otomatik düşünceler duygusal ve davranışsal tepkilere yol açar, "otomatik anksiyete programını" aktive ederek hatalı ve eksik geribildirimlerle kendi kendini idame ettirirler (21).

Anksiyete programı, kişide kızarma, terleme, titreme, titrek bir sesle konuşma, donma, aptal veya beceriksiz görünme veya endişeli görünme gibi utanç verici veya küçük düşürücü olacağını düşündükleri şekillerde konuşma veya hareket etme gibi çok çeşitli bedensel belirtilere neden olur. Bütün bunlar, sosyal kaygılı bireyin başkaları tarafından olumsuz değerlendirilmesinden korkabileceği durumlardır ve bu semptomlara karşı aşırı derecede tetiktedirler. Bu duyular fark edildiğinde muhtemelen olumsuz olarak yorumlanırlar (örneğin, "Diğer insanlar kontrolsüz bir şekilde titreyen ellerimi fark edecek ve benim hakkımda kötü düşünecekler."), bu da artan bir korku döngüsüne ve somatik semptomların şiddetlenmesine yol açar.

Güvence davranışları, olumsuz değerlendirilme riskini azaltmayı amaçlayan eylemlerdir. Clark ve Wells güvenlik sağlamaya yönelik davranışların korkulan davranışlar veya bu davranışların sonuçları hakkındaki gerçekçi olmayan inançların açık bir şekilde doğrulanmamasını engellediğini ileri sürmüştür (2). Korkulan felaketin gerçekleşmemesi, durumun kişinin inandığından daha az tehlikeli olduğu sonucuna varması yerine, güvenlik davranışına atfedilir. Güvenlik sağlamaya yönelik davranışlarının istenmeyen ek sonuçları da olabilmektedir. Bazı eylemler, korkulan sonuçların ortaya çıkma olasılığını artırabilir; örneğin, bardağı sıkıca tutarak sallamayı saklamaya çalışmak, daha fazla sallamaya neden olabilir. Bu davranışlar kendine odaklanmış dikkati artırabilir ve diğer insanların dikkatini kendilerine çekebilirler; örneğin, yemek yerken yüzünü eliyle kapatmak alışılmadık görünebilir ve daha fazla bakış çekebilir, dikkat çekmemek için alçak sesle konuşmaya çalışmak aksine insanların daha fazla dikkatini çekebilir.

Sosyal kaygıyı etkilediği düşünülen bir başka davranışsal belirti endişeye yol açan beklenti anksiyetesidir. Kişi sosyal etkileşime girdiğinde neler olabileceğini

ayrıntılı bir şekilde gözden geçirmeye başlar. Bu durum kişide bir anksiyete yaratır ve bilincine geçmiş başarısızlıkların anıları gelir, durumla ilgili olumsuz kendilik imajlarına, nasıl performans göstereceğine ilişkin olumsuz düşüncelere, tahminlere ve beklentilere odaklanır. Bu ruminasyon bazen kişinin sosyal etkileşimden tamamiyle kaçınmasına neden olur. Kaçınma olmaz da kişi o ortama girerse, yine kendi olumsuz algılarına yoğunlaşarak başarısızlık beklentisi içine girer.

SAB olan kişiler bir sosyal etkileşim sonrasında olayı ayrıntılı olarak gözden geçirme eğilimindedirler. Bu olay sonrası inceleme olarak adlandırılan süreç önyargılı/taraflıdır. Bireyin olayı tarafsız bir şekilde değerlendirmeye kıyasla, olumsuz duygularına ve olumsuz kendilik algılarına karşı aşırı bir odaklanma hali söz konusudur. Kişi olayı gerçekte olduğundan daha olumsuz algılar, dışarıdan gelen takdir edilme ve kabullenilme gibi sinyallere karşı duyarsızdır, bunları işleyemez. Bu taraflılık nedeniyle sosyal etkileşim bittikten ve anksiyete yatıştıktan sonra utanç duygusu bir süre devam edebilir. Bu önyargılı algı, yardımcı olmayan inanç ve varsayımları sürdürmeye hizmet eder.

Clark ve Wells, sosyal kaygılı insanların kendileri hakkında olumsuz bir izlenim sahibi olduklarını ve bu bilgiyi diğer insanların kendileriyle ilgili fark ettikleri ve düşündüklerine özdeş saydıklarını öne sürmüştür. Bu durum bilişsel modelde “kendisini sosyal bir nesne olarak ele alma” olarak tanımlanmıştır. Bu kişisel izlenim "zorlayıcı bir duygu" olarak tanımlanır, ancak bu duyguya bazen kendilerini temsil eden imajlar da eşlik edebilir. Bu imajlar sosyal kaygılı bireyin başkalarının gözünden kendilerinin nasıl görüldüğüne dair çıkarım yaparak oluşturdukları ve genellikle bariz abartılar içerebilen görüntülerdir; örneğin kızardığını fark ettikleri bir durumda yüzünün abartılı bir kırmızı renk aldığını düşünür ve dışarıdan bakanın da onu böyle gördüğünü varsayarlar, bunu başkalarının gördüklerine 'kanıt' olarak görebilir. Clark ve Wells, bilişsel modelde duygusal muhakemenin bilişsel yanlılığına dikkat çekmiştir. SAB’da duygular genellikle gerçekler veya kanıtlar olarak alınır, örneğin aşağılanmış hissetmek, aşağılanmış olmakla eşit sayılır.

Sosyal kaygılı insanlar tetikleyici bir duruma maruz kaldıklarında, dikkat odakları içe doğru kayar ve kendi performanslarını, duygularını, bedensel duyumları,

olumsuz düşüncelerini ve imgelerini ayrıntılı olarak izlemeye başlarlar. Bu ayrıntılı kendi kendini izlemenin sonucu edindikleri bilgi, sosyal performanslarının yalnızca taraflı bir yorumu olmasına rağmen, kendileriyle ilgili olumsuz izlenimlerini sürdürmelerine hizmet eder. Örneğin, bir hasta sıcak hissetmenin ter içinde kalmış bir benlik imajını pekiştirdiğini bildirmiştir; kendi konuşma akıcılığını yakından izleyen bir başka vaka, herhangi bir hatanın tamamen farkında olup bu da onun anlaşılabilir görüldüğüne dair kendi izlenimini güçlendirmiştir (2).

Yapılan bir çalışmada, sosyal kaygılı yetişkinler akıllarında olumsuz ya da iyi huylu bir imaj tutarak iki sohbete katıldılar. İyi huylu bir imajla karşılaştırıldığında, akılda olumsuz bir sosyal imaj bulundurmanın kaygıyı, olumsuz değerlendirmeleri ve güvenlik davranışlarının kullanımını artırdığı ve muhatap tarafından daha yetersiz bulunulduğunu göstermiştir (100).

2.1.8. Klinik Özellikler

SAB genellikle çocukluk ve adölesan yaşlarda başlayan, ergenlik döneminde en şiddetli noktaya ulaşan bir bozukluktur. Ergenlik dönemi üretkenlik dönemi öncesinde kişilik kazanılan ve sosyal becerilerin geliştirildiği dönemdir. Hayatın bu döneminde başlayan sosyal anksiyete bozukluğu, kişinin sosyal hayatına ve ilişkilerine ket vurduğu gibi, tüm hayatını şekillendirecek olan eğitimi, okul hayatını ve okul başarısını da olumsuz yönde etkiler, beklenenden daha düşük bir başarı göstermesine neden olur (101).

SAB olan bireyler toplum içinde herhangi bir sosyal etkileşim gerektiren veya başkaları tarafından gözlenebileceği herhangi bir eylem yaparken kendini küçük düşüreceği, rezil olacağı, insanların güleceği yanlış bir şey yapma korkusu hissederler; çarpıntı, nefesinin kesilmesi, kızarma, terleme, ellerinin titremesi gibi anksiyetenin bedensel belirtilerini yaşarlar. Bu belirtileri ve kaygıları bazı güvenlik davranışlarına ve kaçınmalara sebep olur. Örneğin kişi kızarmayı gizleyecek makyaj yapma, terlemeyi göstermeyecek kıyafet giyme, gruplarda dikkat çekmeyecek yerlerde durma, göz temasından ve soru sormaktan kaçınma gibi güvence davranışları sergilerler. Kalabalık ortamlarda performans sergilemekten, karşı cinsle romantik ilişki kurmaktan, tek başına dışarıda yemek yemekten veya kendisinden daha üst bir görevdeki biriyle görüşmekten kaçınırlar.

SAB'daki bu kaygı ve kaçınma halleri baş etme yöntemi olarak alkol kullanımını artırır. Yapılan bir çalışmaya göre SAB'da alkol kullanım bozukluğunun kontrol grubuna göre daha fazla olduğu, anksiyete belirtilerinin alkolizmden daha önce başladığı tespit edilmiştir. Alkolizmin sonuçlarına bağlı olarak hastanın işteki performansında bozulma, işe gitmediği gün sayısında artış ve işsizlik sorunları ortaya çıkabilmektedir (102).

Performans izole alt tiple karşılaştırıldığında, Yaygın alt tip SAB, daha fazla eşlik eden ruhsal bozukluk, daha fazla işlevsel bozulma ve sağlıkla ilişkili daha düşük yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir (103). Yaygın alt tip SAB hastalarında yapılan bir çalışmada, ortalama şiddetteki yaygın tip SAB'lı hastaların üniversiteden mezun olma olasılıkları %10, aldıkları maaşlar %10 ve teknik, profesyonel veya idari bir işte çalışma olasılıkları kontrol grubundan %14 daha düşük bulunmuştur (103).

SAB ile ilgili yetersizliklerin özellikle romantik ilişkilerde ve sosyal ağ kurmada şiddetli olduğu görülmektedir. Bireyler özellikle arzu edilenden daha az arkadaşına sahip olduklarını (104) ve ayrıca flört veya evlilik ilişkilerinde belirgin bir bozulma olduğunu (104,105) bildirmişlerdir. Yapılan çalışmalar hastaların evlenememe ve ebeveynleriyle yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğunu, ayrıca flört, evlilik ve romantik ilişkileri de sürdüremeyebileceklerini göstermektedir (105,106).

2.2. SOSYAL KAYGIDA ÖLÇÜM ARAÇLARI

2.2.1. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAS):

Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAS), sosyal fobi ile ilişkili korku ve kaçınmanın değerlendirilmesi için geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçek, performans kaygısına ilişkin 13 ve sosyal durumlara ilişkin 11 olmak üzere toplam 24 maddeden oluşmaktadır ve SAB için geçerli ve güvenilir kabul edilmektedir (107). SAB'da tedavi için duyarlı olup bu alanda en sık kullanılan ölçeklerden biridir. Ülkemizde Dilbaz ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (10).

2.2.2. Kısa Sosyal Anksiyete Bozukluğu Ölçeği (BSPS):

Kısa Sosyal Fobi Ölçeği klinisyen tarafından cevaplan, 11 maddelik bir ölçektir. Davidson ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Maddelerin 7'si yaygın olarak korkulan veya kaçınılan durumları değerlendirir ve 4 ek madde otonomik sıkıntıyı ölçer. Ölçek semptomların şiddetini ölçmeyi, hastalarda tedaviye bağlı gelişen değişiklikleri ve tedavilerin karşılaştırılmasını değerlendirmesini amaçlar. Ayrıca aktif tedavi ile plasebo tedavisi arasındaki farkları tespit etmek için de kullanılmıştır (108).

2.2.3. Sosyal Fobi ve Anksiyete Envanteri (SPAI):

1989'da Turner ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan Sosyal Fobi ve Anksiyete Envanteri, sosyal korkunun bilişsel, somatik ve davranışsal boyutlarından gelen tepkilerini içeren bir araçtır. 32 maddesi SAB ve 13 maddesi agorafobi ile ilgili olmak üzere 45 maddeden oluşmuştur Bu ölçeğin SAB'ın ve anksiyetenin değerlendirilmesinde ve tedavi planlamasında kullanılması amaçlanmıştır (109).

2.2.4. Sosyal Fobi (SPS) ve Sosyal Etkileşim Kaygısı Ölçeği (SIAS):

1989'da Mattick ve Clarke tarafından geliştirilmiş olan ölçeklerdir (110). Sosyal Fobi Ölçeği (SPS), başkaları tarafından gözlemlenmeyi içeren durumlardaki kaygıyı, Sosyal Etkileşim Kaygısı Ölçeği (SIAS) ise sosyal etkileşim durumlarındaki kaygıyı ölçmeyi amaçlar (111).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM

Bu çalışma Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri kliniğine Ekim 2022 – Aralık 2022 tarihleri arasında ayaktan tedavi için başvurmuş, DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı 5. Baskıya göre sosyal anksiyete bozukluğu tanısı alan, 18 ile 65 yaş arası, okuma yazma bilen, son üç aydır psikiyatrik hastalık nedeniyle yatış ve tedavi kullanımı olmamış hastalar ve bu grupla yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi gibi sosyodemografik veriler açısından eşleştirilmiş sağlık çalışanı ve yakınlarından oluşan gönüllü katılımcılar kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırma için, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan, 30.09.2022 tarih, 22/23 karar no ile Etik Kurul onayı alınmıştır.

Tüm katılımcılardan bir araştırmaya katıldığına dair bilgilendirilmiş olmak ve sözlü ve yazılı onay vermiş olmak şartı aranmıştır. Kişilerde akut tıbbi ve nörolojik hastalık, herhangi bir diğer Eksen-I psikiyatrik bozukluk, görüşmeyi engelleyecek nitelikte kafa travması, zekâ sorunu, demans ve epilepsi gibi organik mental bozukluklara yol açabilecek başka bir nörolojik hastalık öyküsü olmaması koşulu aranmış ve bu koşulu sağlamayan kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir.

Klinik tanısı, klinik görüşme ile doğrulanan 114 SAB hastası ile psikiyatrik bir hastalık saptanmayan 48 sağlıklı gönüllü araştırmaya kabul edilmiştir.

3.2. İŞLEM

Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü hastalar ve kontrol grubuna dahil olan sağlıklı gönüllüler ayrıntılı olarak bilgilendirildi ve aydınlatılmış onam formu imzalatıldı. Çalışma için hazırlanmış olan sosyodemografik ve klinik veri formu, Sosyal Düşünceler Anketi, Sosyal Güvence Davranışları Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği, DAS-R-TR ölçekleri katılımcılar tarafından cevaplandı.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu çalışma için hazırlanmış olan bir sosyodemografik veri formu, hastalar ve kontrol grubuna ilk başvuruda uygulanmıştır. Katılımcıların yaş, cinsiyet, SAB varsa başlangıç yaşı, medeni durum, eğitim süresi ve çalışma durumu sorgulanmıştır.

3.3.2. Sosyal Düşünceler Anketi

David M. Clark tarafından geliştirilen, orijinal ismi “Social Cognition Questionnaire” olan 21 soruluk bir ankettir. Anket şiddetli sosyal kaygı hissedilen anlarda kişideki düşünceleri sorgulamayı amaçlar. Katılımcı 21 maddede sıralanmış düşüncelerden kendisinde olanları karşısına “+” işareti koyarak belirtir.

Bu ölçek sosyal fobi hastalarında ilaç tedavisi veya psikoterapi süreçlerinde tedavinin başlangıç aşamasında bilişleri ortaya çıkarmak, tedavinin devam aşamasında da bilişsel değişiklikleri takip etmek için kullanılır (112).

3.3.3. Sosyal Güvence Davranışları Ölçeği

David M. Clark tarafından geliştirilen, orijinal ismi “Social Behaviour Questionnaire” olan 29 maddelik bir ölçektir. Kişi sosyal bir durumda veya öncesinde endişe duyduğunda ölçekte 29 maddede belirtilen davranışların her biri için karışığında bulunan “Hiç”, “Bazen”, “Sıklıkla” ve “Her zaman” seçeneklerinden birini işaretleyerek davranışın sıklığını belirtir. Bu ölçekte amaç bireyin sosyal kaygı yaşadığı anlarda kaygıyı azaltmak için kullandığı güvenlik sağlayıcı davranışları ortaya çıkarmak ve tedavide bu davranışlarla çalışmaktır. Bu ölçek bilişsel davranışçı terapi özelinde sosyal anksiyete bozukluğu hastalarının tedavi ve takiplerinde haftalık olarak kullanılmaktadır (112). Güvence davranışları bilişsel modele göre hastalığın devam etmesi konusunda yordayıcı rolündedir, bu davranışların ortaya çıkarılması ve maruziyet girişimleri ile önlenmesi önemli tedavi basamaklarındandır (113).

3.3.4. Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği

Liebowitz'in geliştirdiği, sosyal ortamlarda ve performans gerektiren durumlarda yaşanan kaygının ve kaçınmanın şiddetini değerlendirmek amacıyla kullanılan, toplam 24 maddeden oluşan bir ölçektir (114)(107).

Ölçek, performans kaygısına ilişkin 13 ve sosyal durumlara ilişkin 11 olmak üzere 2 alt ölçeğe ayrılan 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 13, 14, 16, 17, 20, 21. maddeleri performans; 5, 7, 10, 11, 12, 15, 18, 19, 22, 23, 24. maddeleri ise sosyal etkileşimi ölçer. LSFBO sosyal durumlarda yaşanan kaygının şiddeti, performans gerektiren durumlarda yaşanan kaygının şiddeti, sosyal durumlardan kaçınmanın şiddeti, performans gerektiren durumlardan kaçınmanın şiddeti, toplam kaygı şiddeti ve toplam kaçınma şiddeti olarak ayrılan 6 alt ölçekten oluşmaktadır. Her madde 0'dan 3'e kadar Likert tipte puanlanmaktadır. Kaygı ve kaçınma bölümlerinden alınabilecek puanlar 0 ile 72 arasında değişebilmekte ve nihai ölçek puanı ikisinin toplanması sonucu elde edilmektedir. Ölçekten alınan puanla sosyal kaygının ve kaçınmanın şiddeti doğru orantılı olarak artmaktadır (115). Ölçek öz bildirim formu olarak kullanılabilirdiği gibi klinisyen tarafından da değerlendirilebilir.

3.3.5. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Yaşanan anksiyete belirtilerinin sıklığını ve şiddetini belirlemeyi amaçlayan ölçek Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiştir. Öz-bildirime dayalı 21 maddeden oluşan ölçekte, bireylerin son bir hafta içinde yaşadıkları yaygın görülen anksiyete belirtilerinin şiddetinin 0 ile 3 arasında puanlanması istenir. BAÖ 0-63 arasında puan almaktadır(116). Alınan puanın yüksekliği bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Türkiye' de geçerlik ve güvenirlik çalışması Ulusoy (1993) tarafından yapılmıştır (117).

3.3.6. DAS-R-TR

İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısaltılmış Türkçe Formu depresyonla ilişkili işlevsel olmayan tutumları ölçmeyi amaçlar (uluslararası kısaltma adı=DAS-

R-TR). Ölçek 13 maddelik, 7'li likert tipi bir ölçektir. İki alt ölçekten oluşmaktadır, ilk 8 madde mükemmeliyetçilik / başarı alt ölçeği ve son 5 madde onaylanma ihtiyacı/ bağımlılık alt ölçeğidir. Ölçeğin kesme puanı belirlenmemiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Batmaz ve Özdel tarafından 2016'da yapılmıştır (118).

3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmada değerlendirilen SAB ve KG katılımcıların yaş, eğitim süresi ortalamalarının karşılaştırılması Bağımsız gruplar t testine göre yapılmıştır. Cinsiyet, eğitim süresi, medeni durum gibi demografik özellik oranlarının karşılaştırılması Fisher'sExact Test ve Ki-Kare Analizi ile yapılmıştır. Yaş ve eğitim süreleri ve LSFBÖ alt ölçek skorları ile psikometrik ölçümleri arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Demografik ve klinik özellikleri sayı, yüzde, ortalama, standart sapma gibi betimleyici istatistiksel analizlerle değerlendirilmiştir. Sosyal anksiyete bozukluğunu değerlendirmek amacıyla kullanılan ölçeklerin maddelerinin normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık (+/-1,5) katsayılarıyla değerlendirilmiştir. Sosyal fobi ölçeklerinin faktör analizine uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett testi ile incelenmiştir, faktör analizine uygun olan ölçüm araçlarının faktör yapıları Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ile incelenmiştir. Buna ek olarak AFA'nın sonuçlarını test etmek için Doğrulamalı Faktör Analizinden yararlanılmıştır. SAB tanılı vakalar ve kontrol grubu arasında sosyal fobi ölçek skorları Bağımsız Gruplar t Testi ile karşılaştırılmıştır. Sosyal fobi ölçekleri arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Tüm analizler için anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. İstatistiksel analizlerin uygulanmasında IBM, SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. Buna ek olarak AFA, AMOS programı ile incelenmiştir.

3.5. KISITLILIKLAR

Çalışmamızda bazı kısıtlılıkları mevcuttu. Çalıştığımız ölçeklerle ilgili örneklem büyüklüğü yeterli olarak hesaplanmış olsa da daha kalabalık bir örneklemde çalışmanın tekrarlanması, sonuçları daha güvenilir kılabilir. Çalışmamızda kadın katılımcı sayısı erkeklerden daha fazlaydı, kliniğe daha fazla

kadın hasta SAB şikayetiyle başvurmuştu. Çalışma süresinin daha uzun planlanması ile çalışmaya daha fazla erkek katılımcı alınarak cinsiyet eşitliği sağlanabilir.



4. BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK ve EŞLİK EDEN ÖZELLİKLER

Çalışmaya toplam 162 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaşları 18 ile 60 yaş aralığındadır. SAB olan grubunun yaş ortalaması $23,65 \pm 6,78$, kontrol grubu (KG) yaş ortalaması $24,94 \pm 7,05$ 'dir.

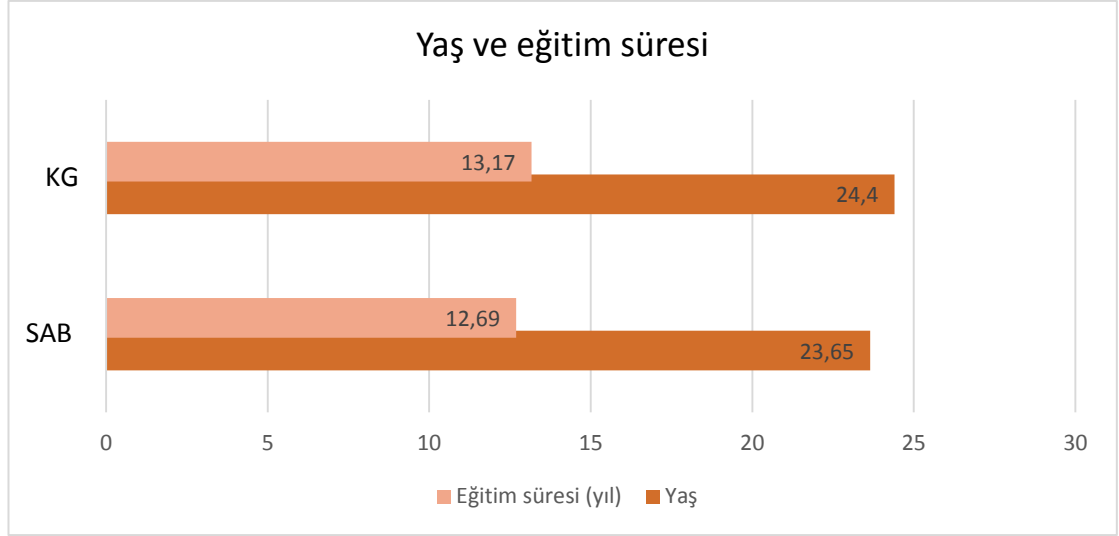
Hasta grubu %71,1 kadın, %28,9 erkek olmak üzere 114 kişiden oluşmaktadır. Kontrol grubu (KG) ise 48 kişiden oluşmaktadır ve %79,2'si kadın, %20,8'i erkektir. Toplam 162 kişilik iki grubun yaş ($t=-1,09$, $p=0,277$) ve cinsiyet ($X^2=1,14$, $p=0,286$) oranlarının istatistiksel açıdan birbirine benzer olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Cinsiyete göre dağılım

Gruplar	Cinsiyet	Sayı (N)	Yüzde (%)
SAB	Kadın	81	71, 1
	Erkek	33	28, 9
	Toplam	114	100, 0
KG	Kadın	38	74, 2
	Erkek	10	20, 8
	Toplam	48	100, 0

Araştırmaya katılan vaka grubunda SAB başlangıç yaşı ortalama 14,5 yaş olarak raporlanmıştır.

Araştırmada değerlendirilen katılımcıların eğitim seviyeleri eğitim aldıkları toplam süre olarak hesaplanmıştır. SAB vakaların eğitim süresi ortalamaları $12,69 \pm 3,12$ yıl, KG eğitim süresi ortalamaları $13,17 \pm 2,97$ yıl olarak bulunmuştur ve iki grup arasında eğitim süresi ortalamaları benzerdir ($t=-0,90$, $p=0,372$) (Grafik 1).



Grafik 1. Yaş ve Eğitim Süresi

Medeni durumlarına göre SAB vakalarının %84,2'sinin bekar, %12,1'inin evli, %2,7'sinin boşanmış, %0,9'unun dul olduğu bulundu. KG'nin %83,3 bekar, %8,3'ünün evli, %8,4'ünün boşanmış olduğu raporlandı. İki grup arasında medeni durum oranlarının istatistiksel açıdan benzer olduğu bulunmuştur ($X^2=4,87$, $p=0,301$) (Tablo 2).

Tablo 2. Medeni duruma göre dağılım

	SAB		KG	
Medeni Durum	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Bekar	96	84,2	40	83,3
Evli	14	12,1	4	8,3
Boşanmış	3	2,7	4	8,4
Dul	1	0,9	0	0,0
Toplam	114	100,0	48	100,0

SAB ve KG arasında işsizlik ve istihdam oranlarına bakıldığında oranların istatistiksel açıdan benzer olduğu görülmüştür ($X^2=0,56$, $p=0,453$) (Tablo 3).

Tablo 3. Çalışma durumuna göre dağılım

SAB			KG	
Çalışma durumu	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)
Çalışıyor	45	39,5	22	45,8
Çalışmıyor	69	60,5	26	54,2

4.2. SOSYAL DÜŞÜNCELER ANKETİ (SDA)'NİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZİ VE MADDE AYIRT EDİCİLİĞİ

AFA'ya göre SDA'nın KMO değeri 0,782 olarak bulunmuştur ve Bartlett's testinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($X^2=423,781$, $p<0,001$) sonucuna varılmıştır. SDA 3 faktörden oluşmaktadır ve anketinin toplam varyansın %52,23'ünü açıkladığı, faktör 1'in Toplam varyansının %23,12, faktör 2'nin %15,72, faktör 3'ün %13,39 olduğu bulunmuştur. SDA'nın ortak varyans değerlerinin 0,242 ile 0,708, Döndürme Öncesi Faktör Yük Değerlerinin 0,405 ile 0,737, Döndürme Sonrası Faktör Yük Değerlerinin ise 0,458 ile 0,826 aralığında değiştiği bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 4. Sosyal Düşünceler Anketi Geçerlik Sonuçları

	Ortak Varyans	Döndürme Öncesi Faktör Yük Değeri	Döndürme Sonrası Faktör Yük Değeri
Faktör 1: Sosyal karşılaştırma ve kendini olumsuz değerlendirme			
SDA11 Aşağıyım	0,626	0,488	0,766
SDA15 İnsanlar benden hoşlanmayacak	0,584	0,726	0,713
SDA2 Hoşlanılacak biri değilim	0,588	0,708	0,704
SDA21 İnsanlar sıkıcı olduğumu düşünecek	0,529	0,704	0,667
SDA9 Yetersizim	0,481	0,644	0,642
SDA10 Saçma sapan ya da gülünç konuşacağım	0,470	0,676	0,596
SDA19 Farklıyım / Tuhafım	0,373	0,570	0,551
Faktör 2: Yaşanan rahatsızlık			
SDA12 Dikkatimi toplayamayacağım	0,667	0,617	0,786
SDA8 Rahatsız olacağım	0,456	0,488	0,659
SDA4 İnsanlar bana bakacak	0,445	0,537	0,627
SDA16 Hassasım	0,242	0,405	0,458
Faktör 3: Bedensel belirtiler			
SDA17 Terleyeceğim	0,708	0,737	0,826
SDA18 Kızaracağım	0,659	0,707	0,809
SDA3 Kontrolsüzce titreyeceğim veya sallanacağım	0,484	0,599	0,648

SDA'nın madde skor ortalamaları $0,25 \pm 0,43$ ile $0,82 \pm 0,39$ aralığında değişmektedir ve toplam Cronbach alfa değeri 0,809'dur. Alt ölçeklerin Cronbach alfa değerleri faktör 1 0,821, faktör 2 0,618, faktör 3 0,671 bulunmuştur (Tablo 5). SDA'nın madde toplam korelasyon değerlerinin 0,164 ile 0,586, Madde Silindiğinde Cronbach alfa değerlerinin ise 0,785 ile 0,817 aralığında değiştiği bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 5. Sosyal Düşünceler Anketi ve alt ölçekleri Cronbach Alfa değerleri

	Cronbach alfa
SDA Toplam	0,809
Faktör 1	0,821
Faktör 2	0,618
Faktör 3	0,671

Tablo 6. Sosyal Düşünceler Anketi Güvenilirlik Sonuçları

	Ort.	SS.	Madde Toplam Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach alfa
Faktör 1: Sosyal karşılaştırma ve kendini olumsuz değerlendirme				
SDA11 Aşağıyım	0,25	0,43	0,353	0,803
SDA15 İnsanlar benden hoşlanmayacak	0,43	0,50	0,586	0,785
SDA2 Hoşlanılacak biri değilim	0,44	0,50	0,557	0,787
SDA21 İnsanlar sıkıcı olduğumu düşünecek	0,49	0,50	0,579	0,785
SDA9 Yetersizim	0,54	0,50	0,498	0,792
SDA10 Saçma sapan ya da gülünç konuşacağım	0,64	0,48	0,541	0,789
SDA19 Farklıyım / Tuhafım	0,48	0,50	0,474	0,794
Faktör 2: Yaşanan rahatsızlık				
SDA12 Dikkatimi toplayamayacağım	0,74	0,44	0,516	0,791
SDA8 Rahatsız olacağım	0,70	0,46	0,393	0,800
SDA4 İnsanlar bana bakacak	0,82	0,39	0,434	0,798
SDA16 Hassasım	0,54	0,50	0,316	0,806
Faktör 3: Bedensel belirtiler				
SDA17 Terleyeceğim	0,51	0,50	0,329	0,805
SDA18 Kızaracağım	0,66	0,48	0,164	0,817
SDA3 Kontrolsüzce titreyeceğim veya sallanacağım	0,45	0,50	0,320	0,806

162 katılımcıya ait verilerin Bağımsız Gruplar t testi ile analizine göre SDA, sosyal karşılaştırma/kedini olumsuz değerlendirme, yaşanan rahatsızlık, bedensel belirtiler skor ortalamalarının sonuçları SAB vakalarda kontrol grubu katılımcıların sonuçlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 7).

Tablo 7. SAB ve KG katılımcılar arasında SDA skor ortalamalarının karşılaştırılması

	SAB		KG		p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
SDA	7,68	3,59	2,21	1,83	<0,001
Sosyal Karşılaştırma/Kedini olumsuz değerlendirme	3,26	2,37	0,37	0,73	<0,001
Yaşanan Rahatsızlık	2,80	1,23	1,38	1,23	<0,001
Bedensel Belirtiler	1,61	1,15	,46	,74	<0,001

162 katılımcıya ait verilerin analizine SAB ve KG arasında SDA ölçeğinin maddelerinin ayırt ediciliği hesaplanmıştır. $P<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir ve Bağımsız Gruplar t testi sonucunda SDA11, SDA15, SDA2, SDA21, SDA9, SDA10, SDA19, SDA12, SDA8, SDA4, SDA16, SDA17, SDA18, SDA3, SDA7, SDA1, SDA5, SDA6, SDA13, SDA14, SDA20 maddelerinin skor ortalamaları, SAB grubunda, kontrol grubu katılımcılarına göre anlamlı seviyede daha yüksek bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 8. SAB ve KG katılımcılar arasında SDA maddelerinin ayırt ediciliği

	SAB		KG		p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
SDA11	0,25	0,43	0,02	0,14	0,001
SDA15	0,43	0,50	0,00	0,00	<0,001
SDA2	0,44	0,50	0,06	0,24	<0,001
SDA21	0,49	0,50	0,06	0,24	<0,001
SDA9	0,54	0,50	0,13	0,33	<0,001
SDA10	0,64	0,48	0,04	0,20	<0,001
SDA19	0,48	0,50	0,06	0,24	<0,001
SDA12	0,74	0,44	0,29	0,46	<0,001
SDA8	0,70	0,46	0,50	0,51	0,004
SDA4	0,82	0,39	0,31	0,47	<0,001
SDA16	0,54	0,50	0,27	0,45	0,001
SDA17	0,51	0,50	0,17	0,38	<0,001
SDA18	0,66	0,48	0,25	0,44	<0,001
SDA3	0,45	0,50	0,04	0,20	<0,001
SDA7	0,34	0,48	0,10	0,31	0,002
SDA1	0,66	0,48	0,21	0,41	<0,001
SDA5	0,37	0,48	0,00	0,00	<0,001
SDA6	0,36	0,48	0,04	0,20	<0,001
SDA13	0,44	0,50	0,06	0,24	<0,001
SDA14	0,38	0,49	0,02	0,14	<0,001
SDA20	0,69	0,46	0,27	0,45	<0,001

4.3. SOSYAL GÜVENCE DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ (SGDÖ)'NİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZİ VE MADDE AYIRT EDİCİLİĞİ

Açımlayıcı faktör analizine göre SGDÖ'nün KMO değerinin 0,798 olduğu ve Bartlett's testinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($X^2=657,857$, $p<0,001$) bulunmuştur. SGDÖ'nün 4 faktörden oluştuğu, anketin toplam varyansın %57,695'ini açıkladığı, faktör 1'in toplam varyansının %18,560, faktör 2'nin %17,428, faktör 3'ün %12,164, faktör 4'ün %9,543 olduğu raporlanmıştır (Tablo 8).

SGDÖ'nün ortak varyans değerlerinin 0,324 ile 0,751, Döndürme Öncesi Faktör Yük Değerlerinin 0,402 ile 0,731, Varimax Döndürme Sonrası Faktör Yük Değerlerinin ise 0,409 ile 0,822 aralığında değiştiği bulunmuştur (Tablo 9).

Tablo 9. Sosyal Güvence Davranışları Ölçeği Geçerlik Sonuçları

	Ortak Varyans	Döndürme Öncesi Faktör Yük Değeri	Döndürme Sonrası Faktör Yük Değeri
Faktör 1: Konuşma			
SGD15 Söyleyeceklerini kontrolden geçirme	0,751	0,729	0,822
SGD29 Bir konuşmadan önce konuşulacak konuları planlama	0,685	0,626	0,811
SGD14 Zihinde kelimeleri prova etme	0,735	0,731	0,798
SGD22 Konuşmada duraklamalardan kaçınma	0,446	0,429	0,560
SGD3 Doğru kelimeleri bulma çabası	0,324	0,524	0,497
SGD2 Dikkat çekmemeye çalışma	0,364	0,430	0,409
Faktör 2: Kaçınma			
SGD5 Göz temasından kaçınma	0,667	0,474	0,797
SGD21 Grupların kenarında durma	0,635	0,680	0,731
SGD17 Kendisiyle ilgili konuşmaktan kaçınma	0,640	0,654	0,721
SGD10 Fark edilmeyecek yerlerde durma	0,630	0,730	0,689
SGD6 Az konuşma	0,513	0,550	0,687
Faktör 3: Bedensel beilrtiler			
SGD13 Kızarmayı gizleyecek giysi ya da makyaj	0,641	0,510	0,792
SGD11 Titremeyi kontrol etmeye çalışmak	0,502	0,497	0,674
SGD16 Zihni durdurma veya kapatma	0,502	0,470	0,656
Faktör 4: Olumlu izlenim bırakmak			
SGD26 Normal davranmaya çalışma	0,571	0,402	0,697
SGD18 Sakin gözükmek	0,560	0,506	0,695
SGD28 İyi görünmeye gayret etme	0,641	0,583	0,626

SGDÖ'nün madde skor ortalamalarının $1,48 \pm 0,91$ ile $3,10 \pm 0,96$ aralığında değişmektedir. SGDÖ'nün madde toplam korelasyon değerlerinin 0,091 ile 0,640, Madde Silindiğinde Cronbach alfa değerlerinin ise 0,817 ile 0,846 aralığında değiştiği bulunmuştur (Tablo 10).

Tablo 10. Sosyal Güvence Davranışları Ölçeği Güvenilirlik Sonuçları

	Ort.	SS.	Madde Toplam Korelasyonu	Madde Silindiğinde Cronbach's α
Faktör 1: Konuşma				
SGD15 Söyleyeceklerini kontrolden geçirme	3,10	0,96	0,625	0,817
SGD29 Bir konuşmadan önce konuşulacak konuları planlama	3,07	0,97	0,523	0,823
SGD14 Zihinde kelimeleri prova etme	3,10	0,96	0,606	0,818
SGD22 Konuşmada duraklamalardan kaçınma	2,42	1,01	0,324	0,834
SGD3 Doğru kelimeleri bulma çabası	2,98	0,92	0,432	0,828
SGD2 Dikkat çekmemeye çalışma	2,46	1,05	0,336	0,833
Faktör 2: Kaçınma				
SGD5 Göz temasından kaçınma	2,81	1,02	0,369	0,831
SGD21 Grupların kenarında durma	2,54	0,95	0,581	0,820
SGD17 Kendisiyle ilgili konuşmaktan kaçınma	2,46	0,94	0,580	0,820
SGD10 Fark edilmeyecek yerlerde durma	2,63	1,00	0,640	0,816
SGD6 Az konuşma	2,96	0,89	0,465	0,826
Faktör 3: Bedensel belirtiler				
SGD13 Kızarmayı gizleyecek giysi ya da makyaj	1,48	0,91	0,327	0,833
SGD11 Titremeyi kontrol etmeye çalışmak	2,09	1,10	0,348	0,833
SGD16 Zihni durdurma veya kapatma	1,89	0,98	0,393	0,830
Faktör 4: Olumlu izlenim bırakmak				
SGD26 Normal davranmaya çalışma	2,78	0,97	0,360	0,831
SGD18 Sakin gözükmek	2,60	1,03	0,091	0,846
SGD28 İyi görünmeye gayret etme	2,96	0,95	0,521	0,823

SGDÖ için toplam ve alt ölçeklerin Cronbach alfa değerleri faktör 1 0,781, faktör 2 0,821, faktör 3 0,614, faktör 4 0,567 ve toplam SGDÖ 0,836, olduğu bulunmuştur (Tablo 11).

Tablo 11. SGDÖ ve alt ölçeklerinin Cronbach alfa değerleri

	Cronbach α
SGDÖ Toplam	0,836
Faktör 1	0,781
Faktör 2	0,821
Faktör 3	0,614
Faktör 4	0,567

Bağımsız Gruplar t testine göre SAB katılımcıların SGDÖ, konuşma, fark edilme, bedensel belirtiler, olumlu izlenim bırakmak skor ortalamaları, kontrol grubu katılımcıların SGDÖ, konuşma, fark edilme, bedensel belirtiler, olumlu izlenim bırakmak skor ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 12).

Tablo 12. SAB ve KG katılımcılar arasında SGDÖ skor ortalamalarının karşılaştırılması

	SAB		KG		p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
SGDÖ	44,32	8,73	30,06	7,00	<0,001
Konuşma	17,13	4,06	11,90	3,29	<0,001
Fark edilme	13,39	3,67	7,67	2,20	<0,001
Bedensel belirtiler	5,46	2,25	3,63	,76	<0,001
Olumlu izlenim bırakmak	8,34	2,16	6,87	2,57	<0,001

162 katılımcıya ait verilerle ölçeğin SAB ve KG arasında madde ayırt ediciliği karşılaştırılmıştır. $P<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir. Buna göre Bağımsız Gruplar t testi sonucunda SGD15, SGD29, SGD14, SGD22, SGD3, SGD2, SGD5, SGD21, SGD17, SGD10, SGD6, SGD13, SGD11, SGD16, SGD26, SGD28, SGD12, SGD4, SGD7, SGD8, SGD9, SGD20, SGD23, SGD24, SGD27

maddelerinin skor ortalamalarının, SAB grubunda, kontrol grubu katılımcılara göre anlamlı seviyede daha yüksek bulunmuştur (Tablo 13).

Tablo 13. SAB ve KG katılımcılar arasında SGDÖ maddelerinin ayırt ediciliği

	SAB		KG		p
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
SGD15	3,10	0,96	2,00	0,77	0,001
SGD29	3,07	0,97	2,38	0,89	<0,001
SGD14	3,10	0,96	1,83	0,72	<0,001
SGD22	2,42	1,01	1,94	0,93	0,005
SGD3	2,98	,92	2,19	0,79	<0,001
SGD2	2,46	1,05	1,56	0,74	<0,001
SGD5	2,81	1,02	1,62	0,61	<0,001
SGD21	2,54	0,95	1,52	0,68	<0,001
SGD17	2,46	0,94	1,35	0,48	0,004
SGD10	2,63	1,00	1,44	0,58	<0,001
SGD6	2,96	0,89	1,73	0,64	0,001
SGD13	1,48	0,91	1,15	0,41	0,016
SGD11	2,09	1,10	1,29	0,46	<0,001
SGD16	1,89	0,98	1,19	0,39	<0,001
SGD26	2,78	0,97	2,23	1,02	0,001
SGD18	2,60	1,03	2,31	0,99	0,107
SGD28	2,96	0,95	2,33	0,97	<0,001
SGD12	1,88	1,04	1,31	0,59	0,001
SGD1	1,19	0,56	1,10	0,31	0,305
SGD4	2,90	0,95	2,04	0,80	<0,001
SGD7	2,74	0,99	1,67	0,66	<0,001
SGD8	2,18	1,05	1,31	0,55	<0,001
SGD9	2,09	1,10	1,44	0,54	<0,001
SGD19	1,66	0,92	1,65	0,70	0,935
SGD20	1,96	0,82	2,58	0,90	<0,001
SGD23	2,02	1,09	1,19	0,53	<0,001
SGD24	2,56	1,00	1,71	0,74	<0,001
SGD25	1,61	0,78	1,56	0,68	0,692
SGD27	2,61	0,97	1,96	0,87	<0,001

4.4. SDA VE SGDÖ'NÜN DİĞER ÖLÇEKLERLE KARŞILAŞTIRILMASI

SAD ve SGDÖ'nün geçerli bir ölçüt olup olmadığının anlaşılması için daha önce ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmış olan LSFBO, BAE, DAS-R-TR ile olan ilişkisi incelenmiştir. Sonuçlar Tablo 14'te belirtilmiştir.



Tablo 14. Araştırmada değerlendirilen SAB vakalarının psikometrik ölçümleri arasındaki ilişki

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1-SDA	r	-											
	p	-											
2-Sosyal Karşılaştırma/Kedini olumsuz değerlendirme	r	0,880											
	p	<0,001											
3-Yaşanan Rahatsızlık	r	0,748	0,492										
	p	<0,001	<0,001										
4-Bedensel Belirtiler	r	0,510	0,158	0,252									
	p	<0,001	0,094	0,007									
5-SGDÖ	r	0,664	0,508	0,494	0,498								
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001								
6-Konuşma	r	0,508	0,379	0,437	0,340	0,802							
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001							
7- Kaçınma	r	0,643	0,563	0,428	0,387	0,788	0,465						
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001						
8-Bedensel belirtiler	r	0,375	0,206	0,286	0,441	0,603	0,309	0,304					
	p	<0,001	0,028	0,002	<0,001	<0,001	0,001	0,001					
9-Olumlu izlenim bırakmak	r	0,246	0,171	0,150	0,257	0,566	0,252	0,297	0,297				
	p	0,008	0,069	0,111	0,006	<0,001	0,007	0,001	0,001				
	p	<0,001	<0,001	0,014	0,027	<0,001	0,157	<0,001	0,129	0,003			
10-BAE	r	0,495	0,325	0,365	0,486	0,575	0,357	0,487	0,524	0,278			
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,003			
11-LSFBÖ-F	r	0,502	0,417	0,374	0,308	0,445	0,328	0,488	0,281	0,060	0,473		
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,002	0,528	<0,001		
12-LSFBÖ-A	r	0,510	0,440	0,326	0,338	0,495	0,326	0,551	0,319	0,118	0,591	0,818	
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	0,210	<0,001	<0,001	
13-DAS-R-TR	r	0,538	0,591	0,265	0,176	0,409	0,205	0,502	0,273	0,128	0,450	0,438	0,519
	p	<0,001	<0,001	0,004	0,060	<0,001	0,029	<0,001	0,003	0,175	<0,001	<0,001	<0,001

Pearson Korelasyon Analizine göre araştırmada değerlendirilen vakaların SDA ile SGDÖ ($r=0,664$, $p<0,001$), konuşma ($r=0,508$, $p<0,001$), kaçınma ($r=0,643$, $p<0,001$), bedensel belirtiler ($r=0,375$, $p<0,001$), olumlu izlenim bırakmak ($r=0,246$, $p=0,008$), BAÖ ($r=0,495$, $p<0,001$), LSFBÖ-F ($r=0,502$, $p<0,001$), LSFBÖ-A ($r=0,510$, $p<0,001$), DAS-R-TR ($r=0,538$, $p<0,001$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur (tablo 14).

Sosyal Karşılaştırma ve Kegini Olumsuz Değerlendirme skorları ile SGDÖ ($r=0,508$, $p<0,001$), Konuşma ($r=0,379$, $p<0,001$), Kaçınma ($r=0,563$, $p<0,001$), Bedensel Belirtiler ($r=0,206$, $p=0,028$), BAÖ ($r=0,325$, $p<0,001$), LSFBÖ-F ($r=0,417$, $p<0,001$), LSFBÖ-A ($r=0,440$, $p<0,001$), DAS-R-TR ($r=0,591$, $p<0,001$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur (tablo 12). Yaşanan Rahatsızlık skorları ile SGDÖ ($r=0,494$, $p<0,001$), Konuşma ($r=0,437$, $p<0,001$), Kaçınma ($r=0,428$, $p<0,001$), Bedensel Belirtiler ($r=0,286$, $p=0,002$), BAÖ ($r=0,365$, $p<0,001$), LSFBÖ-F ($r=0,374$, $p<0,001$), LSFBÖ-A ($r=0,326$, $p<0,001$), DAS-R-TR ($r=0,265$, $p=0,004$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur (tablo 12). Bedensel Belirtiler skorları ile SGDÖ ($r=0,498$, $p<0,001$), Konuşma ($r=0,340$, $p<0,001$), Kaçınma ($r=0,387$, $p<0,001$), Bedensel Belirtiler ($r=0,441$, $p<0,001$), olumlu izlenim bırakmak ($r=0,257$, $p=0,006$), BAÖ ($r=0,486$, $p<0,001$), LSFBÖ-F ($r=0,308$, $p=0,001$), LSFBÖ-A ($r=0,338$, $p<0,001$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur (tablo 14).

SGDÖ skorları ile BAÖ ($r=0,575$, $p<0,001$), LSFBÖ-F ($r=0,445$, $p<0,001$), LSFBÖ-A ($r=0,495$, $p<0,001$), DAS-R-TR ($r=0,409$, $p<0,001$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur (tablo 12). Konuşma skorları ile BAE ($r=0,357$, $p<0,001$), LSFBÖ-F ($r=0,328$, $p<0,001$), LSFBÖ-A ($r=0,326$, $p<0,001$), DAS-R-TR ($r=0,205$, $p=0,029$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu (tablo 12). Kaçınma skorları ile BAÖ ($r=0,487$, $p<0,001$), LSFBÖ-F ($r=0,488$, $p<0,001$), LSFBÖ-A ($r=0,551$, $p<0,001$), DAS-R-TR ($r=0,502$, $p<0,001$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulundu (tablo 12). SGDÖ Bedensel Belirtiler skorları ile BAÖ ($r=0,524$, $p<0,001$), LSFBÖ-F ($r=0,281$, $p=0,002$), LSFBÖ-A ($r=0,319$, $p=0,001$),

DAS-R-TR ($r=0,273$, $p=0,003$) değerleri arasında ve Olumlu İzlenim Bırakmak skorları ile BAE değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu ($r=0,278$, $p=0,003$) bulunmuştur (tablo 14).

BAÖ skorları ile LSFÖ-F ($r=0,473$, $p<0,001$), LSFÖ-A ($r=0,591$, $p<0,001$), DAS-R-TR ($r=0,450$, $p<0,001$) değerleri arasında ve DAS-R-TR skorları ile LSFÖ-F ($r=0,438$, $p<0,001$), LSFÖ-A ($r=0,519$, $p<0,001$) değerleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur (tablo 14).



5. TARTIŞMA

Bu çalışmada Social Cognitions Questionnaire Türkçe çevirisinin (Sosyal Düşünceler Anketi) ve Social Behaviour Questionnaire Türkçe çevirisinin (Sosyal Güvence Davranışları Ölçeği) Sosyal Anksiyete Bozukluğu hastaları ve sağlıklı kontroller örnekleminde geçerlilik, güvenilirlik ve faktör analizini yapmayı hedefledik.

SAB en sık görülen dördüncü kronik ruhsal bozukluktur (22). Başlangıç yaşının erken olması ve kronik seyri sebebiyle hayat kalitesi üzerinde çok yönlü ve süreklilik arz eden olumsuz etkilere sahiptir. Tedavisiz kaldığında eğitim hayatı, iş hayatı, romantik ilişkiler ve evlilik hayatı gibi çeşitli sosyal alanlarda başarısızlık yaşanır (105)(106).

SAB yaşayan bireyler sosyal ortamlarda yaşadıkları ya da yaşamayı bekledikleri kaygıyla başa çıkamayıp ortamdan kaçınabilir ya da belli bir düzey kaygı eşliğinde ortamda kalmaya devam edebilirler. Yüksek sosyal anksiyeteye sahip bireylerin düşük sosyal anksiyeteye sahip olanlara göre, daha çok sosyal durumu potansiyel tehlike kaynağı olarak değerlendirdiği ve sosyal durumlarda daha sık ve daha fazla sayıda güvence davranışları sergiledikleri görülmüştür (119). Güvence davranışı tiplerinin ayrımının yapılması ve hastanın baskın güvence davranışı türüne bağlı olarak tedavinin bireyselleştirilmesi mümkündür (120).

Sosyal düşünceler anketi ve sosyal güvence davranışları ölçeği SAB vakalarının takiplerinde haftalık olarak uygulanarak tedavi gidişatını izlemek açısından faydalı olacaktır. Ayrıca literatüre yeni çalışmalarda kullanılması için ölçekler kazandırılmış olması amaçlanmıştır.

5.1. SOSYAL DÜŞÜNCELER ANKETİ (SDA)

Çalışma grubundan elde edilen verilerin açımlayıcı faktör analizine (AFA) uygun olup olmadığı KMO ve Barlett testi ile açıklanabilir (121). İstatistiksel çalışmalarda, örneklem büyüklüğünün AFA için yeterliliğini gösteren KMO değeri 0,50'nin üzerinde beklenmektedir. Field (2009) KMO değeri için 0,70-0,80 aralığını

örneklem büyüklüğü için “iyi” olarak sınıflandırmıştır (122). Çalışmamızda SDA’nın KMO örneklem yeterliliği değeri 0,782 olarak bulunmuştur ve AFA için örneklem boyutu açısından “iyi” sınıfına girmektedir. Ölçeğin Barlett’s Testi sonucu $X^2 = 423,781$ olarak hesaplanmış ve $P < 0,001$ olduğu bulunmuştur. Bu bulgu ölçeğin maddeler arasındaki korelasyonun AFA için yeterli olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada varimax döndürme faktör çözümlemesi yapılmıştır. Bu işlem sonucunda SDA toplam varyansı %52,23 bulunmuş, toplam varyansın %23,12’sini açıklayan **Sosyal Karşılaştırma ve Kendini Olumsuz Değerlendirme**, %15,72’sini açıklayan **Yaşanan Rahatsızlık** ve %13,39’unu açıklayan **Bedensel Belirtiler** olmak üzere üç faktörlü bir yapı elde edilmiştir.

SDA ölçeği ve alt ölçeklerinin Cronbach alfa değerleri, ölçeğin güvenilir olduğunu göstermiştir. SDA ölçeğinin toplam Cronbach alfa değeri 0,809’dur. En düşük Cronbach alfa değeri 0,618 ile Yaşanan Rahatsızlık alt ölçeği, en yüksek Cronbach alfa değeri ise 0,821 ile Sosyal Karşılaştırma ve Kendini Olumsuz Değerlendirme alt ölçeği olarak gösterilmiştir.

SDA ölçeği ve alt ölçekleri sırasıyla SGDÖ ve alt ölçekleri, BAE, LSFBO ve DAS-R-TR ölçekleri ile istatistiksel olarak anlamlı seviyede pozitif korelasyona sahiptir. Bu bulgular testin geçerli ve güvenilir olduğunu desteklemektedir.

SDA’nın orijinal versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır (123) ve ölçek OxCaDAT web sitesi üzerinden erişime açıktır (124). SDA ölçeğinin modifiye edilmiş bir formu Makkar tarafından çalışılmış ve yüksek iç tutarlılık gösterdiği bulunmuştur (Cronbach’s $\alpha = 0.95$) (125). Stopa tarafından SDA ölçeği konuşma ile ilgili olarak uyarlanmış olup 335 katılımcıya uygulanarak; olumsuz kendine inançlar (Cronbach’s $\alpha = 0.72$), performans başarısızlığı korkusu (Cronbach’s $\alpha = 0.84$) ve olumsuz değerlendirilme korkusu (Cronbach’s $\alpha = 0.81$) olmak üzere üç farklı faktörde yüksek iç tutarlılık gösterdiği bulunmuştur (126).

SDA’da 1. Faktör olarak ayrılan **Sosyal Karşılaştırma ve Kendini Olumsuz Değerlendirme** alt ölçeği madde numaraları 2,9,10,11,15,19,21 olmak üzere 7 maddeyi kapsamaktadır. Bu alt ölçek kişinin olumsuz benlik imajına bağlı benlik hakkındaki koşulsuz inançlarını temsil eden maddelerden oluşmaktadır. SAB’da kişi

kendisini başkalarıyla kıyaslayarak “yetersizim”, “farklıyım/tuhafım”, “aşağıyım” gibi olumsuz benlik imajına ve düşüncelere sahiptir. Kişinin düşüncelerine, başkaları tarafından da olumsuz karşılanacaklarına dair inançları nedeniyle “insanlar benden hoşlanmayacak”, “hoşlanılacak biri değilim” ve “insanlar sıkıcı olduğumu düşünecek” şeklindeki düşünceleri eşlik edebilir. Kişi daha konuşmaya başlamadan “saçma sapan ya da gülünç konuşacağım” ve “insanlar sıkıcı olduğumu düşünecek” gibi düşüncelere sahip olabilir, bu tür düşünceler kişinin geçmiş tecrübelerinden veya olumsuz benlik algılarından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca SAB’da kişinin olumsuz kendilik imajı olduğu durumlarda (100) ve kendileri hakkında olumsuz yargılarda bulunacağına inandıkları biriyle konuştuklarında daha fazla güvence davranışı sergiledikleri görülmüştür (127).

Sosyal Karşılaştırma ve Kendini Olumsuz Değerlendirme alt ölçeği ile SGDÖ ölçeğinin konuşma, kaçınma ve bedensel belirtiler alt ölçekleri, BAE, LSFBÖ Kaygı ve Kaçınma ölçekleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

SDA ölçeğinin ikinci alt ölçeği **Yaşanan Rahatsızlık** olarak isimlendirilmiştir ve madde numarası 4,8,12,16 olmak üzere 4 madde içermektedir. Bu alt ölçekte kişinin sosyal ortamlarda kaygılanmaya bağlı bedensel ve zihinsel olarak yaşadığı rahatsızlanma hissi değerlendirilmektedir. “Dikkatimi toplayamayacağım”, “insanlar bana bakacak”, “rahatsız olacağım” ve “hassasım” maddelerini içerir.

Yaşanan Rahatsızlık alt ölçeği ile SGDÖ ölçeğinin konuşma, kaçınma ve bedensel belirtiler altölçekleri, BAE, LSFBÖ ve DAS-R-TR arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

SDA’nın son alt ölçeği **Bedensel Belirtiler** olarak ayrılmıştır ve madde 3,17,18 olmak üzere 3 maddeden oluşmaktadır. Bu alt ölçek anksiyetenin dışarıdan gözlenebilir belirtilerine ait beklentiyle ilgilidir. “terleyeceğim”, “kızaracağım” ve “kontROLSÜZCE titreyeceğim veya sallanacağım” maddelerini içermektedir. Kişi sosyal kaygısının dışarıdan bedensel belirtileri sebebiyle fark edileceğini ve bu sebeple rezil olacağını düşünmektedir.

Kızarma, SAB'ın ayırt edici bir fiziksel işarettir ve SAB'a özgü görünmektedir. Hollanda (128) ve Japonya(129) kaynaklı iki çalışma SAB hastalarında bedensel belirtilerle ilgili en sık görülen korkuyu kızarma korkusu olarak bulmuştur, bunu titreme korkusu ve ardından terleme korkusu izlemektedir. Kızarma miktarının yanak pletismografi ve yanak sıcaklığı ile ölçüldüğü bir çalışmada sosyal kaygılı bireylerin, düşük sosyal kaygılı bireylere göre daha fazla fizyolojik kızarma gösterdiği bulunmuştur (130). Yine bir başka çalışmada kızarma korkusu yaşayan SAB hastalarının bu korkuyu yaşamayan SAB hastalarına göre sosyal ortamlarda daha çok kızardığı bulunmuştur (131). Bu bulgular ışığında kızarma SAB için hem beklenti anksiyetesi yaratmakta hem de kızarmayı gizleyecek makyaj veya giysi tercih etmek gibi güvence davranışlarına sebep olmaktadır. Kontrol edilemeyen diğer bedensel belirti olan terlemenin kişilerde insanlarla ilk kez tanışma, el sıkışma, kişisel ilişkiler geliştirmede, aile etkinlikleri, romantik ve cinsel ilişkilere katılım gibi konularda kaçınmalara sebep olduğu bulunmuştur (132). Yine titreme de SAB'da kişinin anksiyete yaşadığı temel şikayetlerden biridir. Hastaların en çok kızarma, terleme ve titreme belirtileri için tedavi arayışı içinde oldukları görülmüştür (133). Bu bağlamda literatürdeki çalışmalar ölçüm araçlarımızı destekler niteliktedir.

Bedensel Belirtiler alt ölçeği ile SGDÖ ölçeğinin Konuşma, Kaçınma, Bedensel Belirtiler ve Olumlu İzlenim Bırakmak altölçekleri, BAE ve LSFBO arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

SDA ölçeğindeki 2,3,4,8,9,10,11,12,15,16,17,18,19,21 numaralı maddeler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve faktör yapılarına dahil olmuştur, bununla birlikte SDA ölçeğindeki maddelerin tümü SAB ve KG katılımcıları arasında ayırt edici bulunmuştur. Ölçek SAB'da faktör yapısını oluşturan maddeler açısından geçerli ve güvenilir, 2,3,4,8,9,10,11,12,15,16,17,18,19,21 maddeleri açısından ayırt edici olarak raporlanmıştır.

5.2. SOSYAL GÜVENCE DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

SGDÖ Ölçeğinin KMO örneklem yeterliliği değeri 0,798 olarak bulunmuştur, örneklem büyüklüğü AFA için yeterlidir ve Field (2009) sınıflandırılmasında KMO

değer aralığına göre ölçek örneklem boyutu açısından “iyi” sınıfına girmektedir(122). Ölçeğin Barlett’s Testi sonucu $X^2 = 657,857$ ve $P < 0,001$ olduğu bulunmuştur. Bu bulgu ölçeğin maddeler arasındaki korelasyonun AFA için yeterli olduğunu gösterir. Varimax döndürme yöntemi ile faktör çözümlemesi yapılmıştır. Bu işlem sonucunda SGDÖ toplam varyansı %57,695 bulunmuş, toplam varyansın %18,560’ı Konuşma, %17,428’i Kaçınma, %12,164’ü Bedensel Belirtiler ve %9,543’ü Olumlu İzlenim Bırakmak olmak üzere 4 faktörlü bir yapı elde edilmiştir.

SGDÖ’nün toplam ve alt ölçeklerinin Cronbach alfa değerleri, ölçeğin güvenilir olduğunu göstermiştir. SGDA ölçeğinin toplam Cronbach alfa değeri 0,836’dır. Alt ölçekleri için Cronbach alfa 0,567 ile 0,836 arasında değişmektedir. Kaçınma alt ölçeği en yüksek Cronbach alfa değerine (0,821) ve Olumlu İzlenim Bırakmak en düşük Cronbach alfa değerine (0,567) sahiptir. Ayrıca SGDÖ ile SDA, LSFBO ve DAS-R-TR ölçekleri arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon raporlanmıştır. Bu bulgu testin geçerli ve güvenilir olduğunu desteklemektedir.

Literatür incelendiğinde SGDÖ’nün orijinal hali olan SBQ’nun Clark tarafından Cronbach alfa değerinin 0,80 olarak bulunduğu görülmüştür (100). SBQ’nun modifiye edilmiş 16 maddelik bir formu Hirsch tarafından çalışılmış ve ölçeğin yüksek iç tutarlılığa sahip olduğu bulunmuştur. Ayrıca yapılan çalışma olumsuz benlik algısının daha fazla güvence davranışına neden olduğunu göstermiştir (100). Güvence davranışlarının tespitinin tedavi yöntemlerinin bireyselleştirilmesine katkı sağlayacağı beklenmektedir (134).

SGDÖ’nün 1. Faktör olarak ayrılan **Konuşma** alt ölçeği 2,3,14,15,22,29 olmak üzere 6 maddeden oluşmaktadır. Bu alt ölçek SAB’da kişinin güvence davranışlarının konuşma eylemi ile ilişkili olan maddelerini içermektedir. Konuşma kişinin kaçınılmaz olarak dikkatleri üzerine çektiği ve sahne ışıklarının altında olduğu bir durumdur. Bu alt ölçeği konuşurken takılmamak ve duraksamamak adına “bir konuşmadan önce konuşulacak konuları planlama”, konuşma sırasında “zihninde kelimeleri prova etme” ve “söyleyeceklerini kontrolden geçirme”, konuşurken “doğru kelimeleri bulma çabası”, dikkat çekmenin yarattığı stresten kaçınmak için “dikkat çekmemeye çalışma” davranışları sorgulayan maddeler oluşturur. Güvence davranışları, sosyal fobisi olan kişilerin gerçekçi olmayan inançlarının

onaylanmamasını engeller ve hatta bazen korkulan davranışları ve sonuçları daha olası hale getirir, örneğin , bir konuşma sırasında zihninde kelimeleri prova eden bir kişinin tuhaf veya ilgisiz olarak algılanması daha olasıdır (98). Bu tip uyumsuz başa çıkma yöntemlerini gelecekte daha fazla sosyal endişeye yol açan olay sonrası ruminasyonlar takip edeceğinden, SAB bir kısır döngü haline gelir.

Konuşma alt ölçeği skorları ile SDA, BAE, LSFÖ ve DAS-R-TR arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Ölçeğin 2. alt ölçeği **Kaçınma** olarak isimlendirilmiş olup 5,6,10,17,21 numaralı maddeleri içerir. Bir çalışma kaçınma güvence davranışlarını, etkileşim sırasında daha yüksek kaygı ve etkileşim partnerlerinden gelen daha fazla olumsuz tepki ile ilişkilendirmiştir (134). Kaçınma güvence davranışları kişinin izlenme korkusu ve bakışları üzerinde hissetmekten duyulan rahatsızlıkla başa çıkmaya yönelik davranışları ile ilgili olarak “göz temasından kaçınma” ve “grupların kenarında durma” güvence davranışları sorgulanır. Örneğin dışarıda tek başına yemek yeme kaygısına karşın güvence davranışı olarak “fark edilmeyecek yerlerde durma” ile; konuşma ile ilgili kaçınma davranışları “kendisiyle ilgili konuşmaktan kaçınma” ve “az konuşma” maddeleri ile sorgulanmıştır. SAB’da kişi ilgi odağı olmak istemez, olumsuz kendilik imajları (örn. yetersizlik, sıkıcı olduğunu düşünme, sevilecek biri olmadığını düşünme) nedeniyle insanların kendisini kabul etmeyeceğini düşünür. Clark’ın modeline göre güvence davranışları patolojiyi derinleştirmektedir (2). Örneğin kişi kendisiyle ilgili konuşmaktan kaçındığında başları tarafından soğuk, mesafeli ve arkadaş canlısı olmayan biri olarak algılanabilir; bu algı da sosyalleşmenin önünde bir engel oluşturur.

Kaçınma alt ölçeği ile SDA, BAE, LSFÖ ve DAS-R-TR ölçekleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

SGDÖ **Bedensel belirtiler** alt ölçeği madde 11,13,16 olarak 3 maddeden oluşmuştur. Anksiyete ile tetiklenen bedensel belirtilere yönelik güvence davranışları bu alt ölçekte yer almaktadır. SDA anketinde sorgulanan kızarma ve terleme ile ilgili kaygılara karşılık gelen güvence davranışları bu alt ölçekte bulunmaktadır. Bedensel belirtilerden dışarıdan fark edilen kızarma ve titreme ile zihinsel performans

belirtileri sorgulanır. “Kızarmayı gizleyecek giysi ya da makyaj”, “titremeyi kontrol etmeye çalışmak” ve “zihni durdurma veya kapatma” maddelerini içerir.

Bedensel Belirtiler alt ölçeği ile SDA, BAE, LSFBÖ ve DAS-R-TR ölçekleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Ölçeğin üç maddelik 4. faktörü **Olumlu izlenim bırakmak** ile ilgilidir. Bilişsel modelde sosyal fobinin temel özelliği kişinin belirgin bir biçimde başkalarında olumlu bir izlenim bırakma isteği duyması ve buna karşın bunu gerçekleştirebileceğine olan güven eksikliği olarak tanımlanmıştır (27). Kişinin başkalarının gözünde görünüş, davranış ve ruh hali olarak olumlu algılanmayı amaçladığı güvence davranışları sorgulayan bu alt ölçek, “iyi görünmeye gayret etme”, “normal davranmaya çalışma” ve “sakin gözükmek” maddelerinden oluşmaktadır. Bu maddeler, kaçınma davranışlarına kıyasla, kişinin sosyal ortamlara girme arzusu olduğu, ama kabul edilme endişesi duydukları şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca kurgulanmış bir izlenim sunmak kişinin bu izlenimi koruyamayacağı korkusuna ve gelecekteki sosyal etkileşimlerde korkulan sonuçların olasılığı hakkındaki olumsuz tahminlerini sürdürmesine neden olabilir (134).

Olumlu izlenim bırakmak alt ölçeği ile SDA, BAE, LSFBÖ ve DAS-R-TR ölçekleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

SGDÖ ölçeğinin SAB için 4 madde (SGD1, SGD18, SGD19, SGD25) dışında diğer 25 maddesinin ayırt edici olduğu bulunmuştur. Bu dört madde sırasıyla “kaygıyı azaltmak için alkol kullanımı”, “sakin gözükmek”, “çok soru sorma” ve “çok konuşma” maddeleridir.

SAB tanısı almamış olan kişiler de belli zamanlarda güvence davranışlarına başvurabilirler, bu durum sosyal etkileşimin nasıl algılandığıyla ilişkilidir. Sosyal kaygısı olmayan insanlar, sosyal durumları SAB olanlar kadar tehlikeli yorumlamasalar da bazı durumlarda savunma sistemini kullanabilirler (96). Sosyal kaygısı olmayan kişiler sosyal güvence davranışı sergileyeceklerinde bu davranışın büyük ölçüde boyun eğme ve kaçma/kaçınma yerine baskınlık ile karakterize

edilmesi beklenir (135). Bu bağlamda “çok soru sorma” ve “çok konuşma” güvence davranışları SAB yaşayanlar yerine sosyal kaygı duymayan bireylere atfedilebilir.

“Sakin gözükmek” maddesi iki grup arasında ayırt edici olmasa da Olumlu İzlenim Bırakmak alt ölçeğinde yer almaktadır. Bu durum sakın gözükmek davranışının genel popülasyonda güvence davranışı olarak kullanıldığı, fakat hasta grubu için ayırt edici olmadığı yönünde yorumlanabilir. Gene “kaygıyı azaltmak için alkol kullanımı” maddesi ayırt edici bulunmamış ayrıca faktörler içinde yer almamıştır. DSÖ verilerine göre alkol kullanım oranı diğer ülkelere kıyasla ülkemizde düşük düzeydedir (136), bu da kültürel özellikler bağlamında alkol kullanımının ülkemizde güvence davranışı olarak kullanılmıyor oluşunu açıklayabilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızda orijinali Social Cognitions Questionnaire ve ve Social Behaviour Questionnaire olan ölçeklerin Sosyal Düşünceler Anketi ve Sosyal Güvence Davranışları Ölçeği olarak Türkçe çevirisinin Sosyal Anksiyete Bozukluğu vakaları için geçerlilik, güvenilirlik ve faktör yapısının gösterilmesi hedeflendi.

1. SDA ve SGDÖ ölçekleri SAB hasta örnekleminde tatmin edici iç tutarlılığa, geçerliliğe ve güvenilirliğe sahip olduğu görülmüştür.
2. SDA ve SGDÖ ölçeklerinin SAB şiddeti ile ilişkilendirilmede geçerli bir ölçüt olup olmadığının anlaşılması adına ülkemizde geçerli ve güvenilirliği ispatlanmış olan Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri Ölçeği Toplam puan ve alt ölçek puanları ile olan ilişkisi incelenmiş ve çalıştığımız ölçeklerin geçerliliği saptanmıştır.
3. SDA ölçeğinin faktör analizi yapılmış, üç faktörlü yapıda olduğu görülmüş ve toplam varyansın %52,23' ünü açıklamıştır.
4. SGDÖ ölçeğinin faktör analizi yapılmış, dört faktörlü yapı olduğu görülmüş ve toplam varyansın %57,695' ini açıklamıştır.
5. SDA ve SGDÖ ile elde edilen değerlerin yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi ile olan ilişkisi incelenmiş ve ölçek ile elde

edilen değerlerinin yaşı, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından genellenebilir olduğu ortaya konmuştur.

6. SDA ve SGD   l ekleri ile Liebowitz Sosyal Fobi Belirtileri ve Beck Anksiyete  l eği değerleri arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı korelasyon gözlenmiştir.

7. Bulduğumuz sonuçların daha kalabalık bir örneklemde yapılacak bir çalışma ile desteklenmesi  l eği daha nitelikli kılacaktır.



7. KAYNAKLAR

1. Beidel D, Turner S. Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social anxiety disorders (2nd ed.). 2007 Jan 1;
2. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. In: Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment. New York, NY, US: The Guilford Press; 1995. p. 69–93.
3. Stein, M. B., & Stein DJ (2008). Social anxiety disorder. Lancet. 2008;371(9618):1115–25.
4. Schneier FR. Clinical practice. Social anxiety disorder. N Engl J Med. 2006 Sep;355(10):1029–36.
5. Fedoroff IC, Taylor S. Psychological and pharmacological treatments of social phobia: a meta-analysis. J Clin Psychopharmacol. 2001 Jun;21(3):311–24.
6. Gelernter CS, Uhde TW, Cimbolio P, Arnkoff DB, Vittone BJ, Tancer ME, et al. Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia. A controlled study. Arch Gen Psychiatry. 1991 Oct;48(10):938–45.
7. Swinson R, Antony M, Bleau P, Chokka P, Craven M, Fallu A. Clinical practice guidelines: management of anxiety disorders. Can J Psychiatry. 2006 Jan 1;51:1S-92S.
8. Amir N, Klumpp H, Elias J, Bedwell JS, Yamasaki N, Miller LS. Increased activation of the anterior cingulate cortex during processing of disgust faces in individuals with social phobia. Biol Psychiatry. 2005 May;57(9):975–81.
9. Gross R, Olfson M, Gameroff MJ, Shea S, Feder A, Lantigua R, et al. Social anxiety disorder in primary care. Gen Hosp Psychiatry. 2005;27(3):161–8.
10. Dilbaz N. Liebowitz sosyal kaygı ölçeği geçerlik ve güvenilirliği. In: 37 Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı. İstanbul; 2001. p. 132.
11. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı(DSM-5), Tanı Ölçütleri El Kitabından, çev.yay.yön Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
12. 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;27(2):168–89.

13. Lépine JP, Lellouch J. Classification and epidemiology of social phobia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1995;244(6):290–6.
14. Marks IM, Gelder MG. Different ages of onset in varieties of phobia. *Am J Psychiatry*. 1966;123(2):218–21.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2nd ed. (DSM-II). Washington DC: APA, 1968.
16. American Psychiatric Association *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd Edition) (DSM-III). APA (1980), Washington DC.
17. Dilbaz N. Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Epidemiyoloji, Etiyoloji, Klinik ve Ayırıcı Tanı. *Klin Psikiyatr Derg*. 2000;3(2):3–21.
18. Stein MB, Torgrud LJ, Walker JR. Social Phobia Symptoms, Subtypes, and Severity. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(11):1046.
19. Stein MB. An Epidemiologic Perspective on Social Anxiety Disorder. *Psychiatr Times*. 2007;24(7 SUPPL. 1):3–6.
20. Furmark T, Tillfors M, Everz PO, Marteinsdottir I, Gefvert O, Fredrikson M. Social phobia in the general population: Prevalence and sociodemographic profile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999;34(8):416–24.
21. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2005;62(June):593–602. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.62.6.593>
22. In CID. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month. *Methods* [Internet]. 2005;62(June):617–27. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17207632>
23. Schneier FR, Johnson J HC ve ark. Social phobia: comorbidity and morbidity in epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:282–288.
24. Dilbaz N. The prevalence of social phobia among the Turkish university students. In Yokohama: XII. World Congress of Psychiatry,;
25. Gültekin BK, Dereboy IF. The prevalence of social phobia, and its impact on quality of life, academic achievement, and identity formation in university students. *Turk Psikiyatr Derg*. 2011;22(3):150–8.

26. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 1997.
27. Türkçapar MH. Sosyal Fobinin Psikolojik Kuramı. Klin Psikiyatr Derg. 1999;2:247–53.
28. Sungur MZ. Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımlar ve Sosyal Fobi. 1993;27–32.
29. Rapee RM, Heimberg RG. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. Behav Res Ther. 1997;35(8):741–56.
30. Ralevski E, Sanislow CA, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, et al. Avoidant personality disorder and social phobia: Distinct enough to be separate disorders? Acta Psychiatr Scand. 2005;112(3):208–14.
31. Bouvard M, Cottraux J, Talbot F, Mollard E, Duhem S, Yao S-N, et al. Validation of the French translation of the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. Vol. 67, Psychotherapy and Psychosomatics. Switzerland: Karger; 1998. p. 249–53.
32. Berle D, Starcevic V, Hannan A, Milicevic D, Lamplugh C, Fenech P. Cognitive factors in panic disorder, agoraphobic avoidance and agoraphobia. Behav Res Ther. 2008;46(2):282–91.
33. Baron-Cohen S, Belmonte MK. Autism: a window onto the development of the social and the analytic brain. Annu Rev Neurosci. 2005;28:109–26.
34. CHAVIRA DA, SHIPON-BLUM E, HITCHCOCK C, COHAN S, STEIN MB. Selective Mutism and Social Anxiety Disorder: All in the Family? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;46(11):1464–72.
35. Chavira DA, Stein MB. Childhood social anxiety disorder: From understanding to treatment. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2005;14(4):797–818.
36. Hofmann SG, Heinrichs N M DA. The nature and expression of social phobia: toward a new classification. J Clin Psychol. 2004;24:769–97.
37. Hook JN, Valentiner DP. Are specific and generalized social phobias qualitatively distinct? Clin Psychol Sci Pract. 2002;9(4):379–95.
38. M B Stein 1, M J Chartier, A L Hazen, M V Kozak, M E Tancer, S Lander, P Furer, D Chubaty JRW. A direct-interview family study of generalized social phobia. Am J Psychiatry. 1998;155:90–7.

39. Stemberger RT, Turner SM, Beidel DC CK. Social phobia: an analysis of possible developmental factors. *J Abnorm Psychol.* 1995;104(3):526–31.
40. Chartier MJ, Walker JR SM. Social phobia and potential childhood risk factors in a community sample. *Psychol Med.* 2001;31(2):307–15.
41. Adolphs R. Neural systems for recognizing emotion. *Curr Opin Neurobiol.* 2002 Apr;12(2):169–77.
42. Tillfors M, Furmark T, Marteinsdottir I, Fredrikson M. Cerebral blood flow during anticipation of public speaking in social phobia: a PET study. *Biol Psychiatry.* 2002 Dec;52(11):1113–9.
43. Lorberbaum JP, Kose S, Johnson MR, Arana GW, Sullivan LK, Hamner MB, et al. Neural correlates of speech anticipatory anxiety in generalized social phobia. *Neuroreport.* 2004 Dec;15(18):2701–5.
44. Cervenka S, Hedman E, Ikoma Y, Djurfeldt DR, Rück C, Halldin C, et al. Changes in dopamine D2-receptor binding are associated to symptom reduction after psychotherapy in social anxiety disorder. *Transl Psychiatry.* 2012 May;2(5):e120.
45. Phan KL, Fitzgerald DA, Nathan PJ, Tancer ME. Association between amygdala hyperactivity to harsh faces and severity of social anxiety in generalized social phobia. *Biol Psychiatry.* 2006 Mar;59(5):424–9.
46. Stein MB, Goldin PR, Sareen J, Zorrilla LTE, Brown GG. Increased amygdala activation to angry and contemptuous faces in generalized social phobia. *Arch Gen Psychiatry.* 2002 Nov;59(11):1027–34.
47. Klumpp H, Angstadt M, Nathan PJ, Phan KL. Amygdala reactivity to faces at varying intensities of threat in generalized social phobia: an event-related functional MRI study. *Psychiatry Res.* 2010 Aug;183(2):167–9.
48. Goldin PR, Gross JJ. Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder. *Emotion.* 2010;10(1):83–91.
49. Furmark T, Appel L, Henningsson S, Ahs F, Faria V, Linnman C, et al. A link between serotonin-related gene polymorphisms, amygdala activity, and

- placebo-induced relief from social anxiety. *J Neurosci Off J Soc Neurosci*. 2008 Dec;28(49):13066–74.
50. Zhang X, Suo X, Yang X, Lai H, Pan N, He M, et al. Structural and functional deficits and couplings in the cortico-striato-thalamo-cerebellar circuitry in social anxiety disorder. *Transl Psychiatry*. 2022;12(1):1–11.
 51. Pennartz CMA, Berke JD, Graybiel AM, Ito R, Lansink CS, van der Meer M, et al. Corticostriatal Interactions during Learning, Memory Processing, and Decision Making. *J Neurosci Off J Soc Neurosci*. 2009 Oct;29(41):12831–8.
 52. Gentili C, Gobbini MI, Ricciardi E, Vanello N, Pietrini P, Haxby J V, et al. Differential modulation of neural activity throughout the distributed neural system for face perception in patients with Social Phobia and healthy subjects. *Brain Res Bull*. 2008 Nov;77(5):286–92.
 53. van der Linden GJH, Stein DJ, van Balkom AJLM. The efficacy of the selective serotonin reuptake inhibitors for social anxiety disorder (social phobia): a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int Clin Psychopharmacol* [Internet]. 2000;15. Available from: https://journals.lww.com/intclinpsychopharm/Fulltext/2000/08002/The_efficacy_of_the_selective_serotonin_reuptake.4.aspx
 54. Lanzenberger RR, Mitterhauser M, Spindelegger C, Wadsak W, Klein N, Mien L-K, et al. Reduced Serotonin-1A Receptor Binding in Social Anxiety Disorder. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2007;61(9):1081–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322306007025>
 55. Olf M, Frijling JL, Kubzansky LD, Bradley B, Ellenbogen MA, Cardoso C, et al. The role of oxytocin in social bonding, stress regulation and mental health: An update on the moderating effects of context and interindividual differences. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2013;38(9):1883–94. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306453013002369>
 56. Hoge EA, Pollack MH, Kaufman RE, Zak PJ, Simon NM. Oxytocin Levels in Social Anxiety Disorder. *CNS Neurosci Ther* [Internet]. 2008 Sep 1;14(3):165–70. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2008.00051.x>

57. Hale LH, Tickerhoof MC, Smith AS. Chronic intranasal oxytocin reverses stress-induced social avoidance in female prairie voles. *Neuropharmacology* [Internet]. 2021;198(August):108770. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2021.108770>
58. Skuse DH, Gallagher L. Dopaminergic-neuropeptide interactions in the social brain. *Trends Cogn Sci* [Internet]. 2009;13(1):27–35. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1364661308002490>
59. Morrow BA, Elsworth JD, Rasmusson AM, Roth RH. The role of mesoprefrontal dopamine neurons in the acquisition and expression of conditioned fear in the rat. *Neuroscience* [Internet]. 1999;92(2):553–64. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306452299000147>
60. McCullough LD, Sokolowski JD, Salamone JD. A neurochemical and behavioral investigation of the involvement of nucleus accumbens dopamine in instrumental avoidance. *Neuroscience* [Internet]. 1993;52(4):919–25. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/030645229390538Q>
61. Menza M, Dobkin RDF. Anxiety and Parkinson's disease. *Prim Psychiatry*. 2005;12(7):63–8.
62. Walsh K, Bennett G. Parkinson's disease and anxiety. *Postgrad Med J* [Internet]. 2001 Feb 1;77(904):89 LP – 93. Available from: <http://pmj.bmj.com/content/77/904/89.abstract>
63. Joel Gelernter 1, Grier P Page, Murray B Stein SWW. Genome-wide linkage scan for loci predisposing to social phobia: evidence for a chromosome 16 risk locus. *Am J Psychiatry*. 2004;161(1):59–66.
64. O. Joseph Bienvenu M.D., Ph.D. John M. Hettema M.D. PDMCNPDCAPPDKSKMD. Low Extraversion and High Neuroticism as Indices of Genetic and Environmental Risk for Social Phobia, Agoraphobia, and Animal Phobia. *Am J Psychiatry*. 2007;164(11):1714–21.
65. Murray B Stein 1, Nicholas J Schork JG. A polymorphism of the beta1-adrenergic receptor is associated with low extraversion. *Biol Psychiatry*. 2004;54(4):217–24.

66. Murray B Stein 1, Margaret Daniele Fallin, Nicholas J Schork JG. COMT polymorphisms and anxiety-related personality traits. *Neuropsychopharmacology*. 2005;30(11):2092–102.
67. Jordan W Smoller 1, Lesley H Yamaki, Jesen A Fagerness, Joseph Biederman, Stephanie Racette, Nan M Laird, Jerome Kagan, Nancy Snidman, Stephen V Faraone, Dina Hirshfeld-Becker, Ming T Tsuang, Susan A Slaugenhaupt, Jerrold F Rosenbaum PBS. The corticotropin-releasing hormone gene and behavioral inhibition in children at risk for panic disorder. *Biol Psychiatry*. 2005;57(12):1485-92.
68. Shoshana Arbelle 1, Jonathan Benjamin, Moshe Golin, Ilana Kremer, Robert H Belmaker RPE. Relation of shyness in grade school children to the genotype for the long form of the serotonin transporter promoter region polymorphism. *Am J Psychiatry*. 2003;160(4):671-6.
69. Marco Battaglia 1, Anna Ogliari, Annalisa Zanoni, Alessandra Citterio, Uberto Pozzoli, Roberto Giorda, Cesare Maffei CM. Influence of the serotonin transporter promoter gene and shyness on children's cerebral responses to facial expressions. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;85–94(1):85–94.
70. Jordan W Smoller 1, Martin P Paulus, Jesen A Fagerness, Shaun Purcell, Lesley H Yamaki, Dina Hirshfeld-Becker, Joseph Biederman, Jerrold F Rosenbaum, Joel Gelernter MBS. RSG2 influences anxiety-related temperament, personality, and brain function. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65:298–308.
71. John M. Hettema M.D. PDMCNPDJMMMSCAPPDKSKMD. A Population-Based Twin Study of the Relationship Between Neuroticism and Internalizing Disorders. *Am J Psychiatry*. 2006;163(5):857–64.
72. A J Fyer 1, S Mannuzza, T F Chapman, M R Liebowitz DFK. A direct interview family study of social phobia. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(4):286–93.
73. Scarr S. Social Introversion-Extraversion as a Heritable Response. *Child Dev* [Internet]. 1969 Dec 12;40(3):823–32. Available from: <http://www.jstor.org/stable/1127191>

74. J Kagan 1, J S Reznick NS. Biological bases of childhood shyness. *Science* (80-). 1988;240(4849):167–71.
75. Rosenbaum JF, Biederman J, Bolduc EA, Hirshfeld DR, Faraone S V, Kagan J. Comorbidity of parental anxiety disorders as risk for childhood-onset anxiety in inhibited children. *Am J Psychiatry*. 1992 Apr;149(4):475–81.
76. Finnie, V., & Russell A. Preschool children's social status and their mothers' behavior and knowledge in the supervisory role. *Dev Psychol*. 1988;24(6):789–801.
77. MacDonald K. Parent-child physical play with rejected, neglected, and popular boys. *Dev Psychol*. 1987;23(5):705–711.
78. Messer SC, Beidel DC. Psychosocial correlates of childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994;33(7):975–83.
79. Freud S. Hemmung, Symptom und Angst. In Leipzig-Vienna-Zurich: Internationaler Psychoanalytischer Verlag; 1925. p. 111–205.
80. Freud S. New Introductory Lectures to Psychoanalysis. In London: Hogarth Press; 1957. p. 110–3.
81. Emanuel R. Gabbard, Glenn O. (1994). Psychodynamic psychiatry in clinical practice: The DSM-IV edition (2 nd edition) . *Am J Clin Hypn*. 2000;42(3–4):323–6.
82. Gabbard GO. Psychodynamics of panic disorder and social phobia. *Bull Menninger Clin*. 1992;56(2):3–13.
83. Reiss S. Theoretical perspectives on the fear of anxiety. *Clin Psychol Rev*. 1987;7(6):585–96.
84. Fenichel O. The Psychoanalytic Theory Of Neurosis. London; 1946.
85. Bowlby J. Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger. In New York: Basic Books.; 1973.
86. Shaver PR, Clark CL. Psychodynamics of adult romantic attachment. American Psychological Association. In: Masling JM, Bornstein FR, editors. Empirical perspectives on object relations theory. Washington, DC: American Psychological Association; 1994. p. 105–56.
87. Bowlby J. Attachment and loss, Volume 1. New York: Basic Books.; 1969.

88. Eng W, Heimberg RG, Hart TA, Schneier FR, Liebowitz MR. Attachment in Individuals With Social Anxiety Disorder: The Relationship Among Adult Attachment Styles, Social Anxiety, and Depression. *Emotion*. 2001;1(4):365–80.
89. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. London: Tavistock. *Br J Psychiatry*. 1977;130(3):201–10.
90. Öztürk A, Mutlu T. The relationship between attachment style, subjective well-being, happiness and social anxiety among university students'. *Procedia - Soc Behav Sci*. 2010;9:1772–6.
91. LaFreniere P, Sroufe L. Profiles of peer competence in the preschool: Interrelations between measures, influence of social ecology, and relation to attachment history. *Dev Psychol*. 1985;21:56–69.
92. Silverman N. The organization and assessment of attachment at age three. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. 1990;
93. Bar-Haim Y, Dan O, Eshel Y, Sagi-Schwartz A. Predicting children's anxiety from early attachment relationships. *J Anxiety Disord*. 2007;21(8):1061–8.
94. Gilbert P. Defence and safety: Their function in social behaviour and psychopathology. *Br J Clin Psychol*. 1993;32(2):131–53.
95. Gilbert P, Trower P. The evolution and manifestation of social anxiety. *Shyness and Embarrassment*. 2010. 144–178 p.
96. Trower P, Gilbert P. New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clin Psychol Rev*. 1989;9(1):19–35.
97. Beck A., Emery G, Greenberg R. *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.; 1985.
98. Musa CZ, Lépine JP. Cognitive aspects of social phobia: A review of theories and experimental research. *Eur Psychiatry*. 2000;15(1):59–66.
99. Leary MR, Kowalski RM, Campbell CD. Self-presentational concerns and social anxiety: The role of generalized impression expectancies. *J Res Pers*. 1988;22:308–21.
100. Hirsch CR, Meynen T, Clark DM. Negative self-imagery in social anxiety contaminates social interactions. *Memory*. 2004 Jul;12(4):496–506.

101. Weiller E, Bisslerbe JC, Boyer P, Lepine JP, Lecrubier Y. Social phobia in general health care: an unrecognised undertreated disabling disorder. 1996 Feb;168(2):169-74. 1996;168(2):169–74.
102. Schuckit MA, Tipp JE, Bucholz KK, Nurnberger JI, Hesselbrock VM, Crowe RR, et al. The life-time rates of three major mood disorders and four major anxiety disorders in alcoholics and controls. *Addiction*. 1997;92(10):1289–304.
103. Katzelnick DJ, Kobak KA, DeLeire T, Henk HJ, Greist JH, Davidson JR, et al. Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. *Am J Psychiatry*. 2001;158(12):1999–2007.
104. Schneier FR, Heckelman LR, Garfinkel R, Campeas R, Fallon BA, Gitow A, et al. Functional impairment in social phobia. *J Clin Psychiatry*. 1994;55(8):322–31.
105. Wittchen H., Fuetsch M, Sonntag H, Müller N, Liebowitz M. Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *Eur Psychiatry*. 2000;15(1):46–58.
106. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53(2):159–68.
107. Heimberg RG, Horner KJ, Juster HR, Safren SA, Brown EJ, Schneier FR, et al. Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychol Med*. 1999;29(1):199–212.
108. Davidson JR, Potts NL, Richichi EA, Ford SM, Krishnan KR, Smith RD, et al. The Brief Social Phobia Scale. *J Clin Psychiatry*. 1991 Nov;52 Suppl:48–51.
109. Turner SM, Beidel DC, Dancu C V, Stanley MA. An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychol Assess A J Consult Clin Psychol*. 1989;1:35–40.
110. Mattick RP, Clarke JC. Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behav Res Ther*. 1998 Apr;36(4):455–70.
111. Heimberg RG, Mueller GP, Holt CS, Hope DA, Liebowitz MR. Assessment of anxiety in social interaction and being observed by others: The social interaction anxiety scale and the Social Phobia Scale. *Behav Ther [Internet]*.

- 1992;23(1):53–73. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789405803089>
112. Warnock-Parkes E, Wild J, Thew GR, Kerr A, Grey N, Stott R, et al. Treating social anxiety disorder remotely with cognitive therapy. *Cogn Behav Ther* [Internet]. 2020/07/16. 2020;13:e30. Available from: <https://www.cambridge.org/core/article/treating-social-anxiety-disorder-remotely-with-cognitive-therapy/802A3184852147532BD4EF2228AE5DAE>
113. Wells A, Clark DM, Salkovskis P, Ludgate J, Hackmann A, Gelder M. Social Phobia: The Role of In-Situation Safety Behaviors in Maintaining Anxiety and Negative Beliefs - Republished Article. *Behav Ther*. 2016 Sep;47(5):669–74.
114. Liebowitz MR. Social phobia. *Mod Probl Pharmacopsychiatry*. 1987;22:141–73.
115. Soykan Ç, Özgüven HD, Gençöz T. Liebowitz social anxiety scale: The Turkish version. *Psychol Rep*. 2003;93(3 II):1059–69.
116. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer R. Beck anxiety inventory. *J Consult Clin Psychol*. 1993;
117. Gümüş Avcı M. Beck Anksiyete Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. 1995.
118. Batmaz S, Özdel K. Psychometric properties of the revised and abbreviated form of the Turkish version of the dysfunctional attitude scale. *Psychol Rep*. 2016;118(1):180–98.
119. McManus F, Sacadura C, Clark DM. Why social anxiety persists: an experimental investigation of the role of safety behaviours as a maintaining factor. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2008 Jun;39(2):147–61.
120. Morrison AS, Heimberg RG. Social anxiety and social anxiety disorder. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9(March 2013):249–74.
121. Çokluk O, Şekercioğlu G, Büyüköztürk S. Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik : SPSS ve LISREL uygulamaları. 2014;414.
122. Field AP. *Discovering statistics using SPSS (2nd Edition)*. 2005.
123. Wells A, Stopa L, Clark DM. Social cognition questionnaire. Unpublished, Department of Psychiatry, University of Oxford, Warneford Hospital, Oxford, UK. 1993;

124. Clark DM. Social Cognitions Questionnaire [Internet]. Available from: <https://oxcadatresources.com/questionnaires/>
125. Makkar SR, Grisham JR. The predictors and contents of post-event processing in social anxiety. *Cognit Ther Res*. 2011;35(2):118–33.
126. Tanner RJ, Stopa L, De Houwer J. Implicit views of the self in social anxiety. *Behav Res Ther*. 2006;44(10):1397–409.
127. Alden LE, Bieling P. Interpersonal consequences of the pursuit of safety. *Behav Res Ther*. 1998 Jan;36(1):53–64.
128. Bögels SM, Reith W. Validity of Two Questionnaires to Assess Social Fears: The Dutch Social Phobia and Anxiety Inventory and the Blushing, Trembling and Sweating Questionnaire. *J Psychopathol Behav Assess* [Internet]. 1999;21(1):51–66. Available from: <https://doi.org/10.1023/A:1022812227606>
129. Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, Iwasaki Y, Stein DJ. Taijin kyofusho: a form of social anxiety disorder that responds to serotonin reuptake inhibitors? *Int J Neuropsychopharmacol*. 2001 Sep;4(3):231–7.
130. Bögels S, Rijseumus W, Jong P. Self-Focused Attention and Social Anxiety: The Effects of Experimentally Heightened Self-Awareness on Fear, Blushing, Cognitions, and Social Skills. *Cognit Ther Res*. 2002 Aug 1;26:461–72.
131. Voncken MJ, Bögels SM. Physiological blushing in social anxiety disorder patients with and without blushing complaints: Two subtypes? *Biol Psychol* [Internet]. 2009;81(2):86–94. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301051109000301>
132. Hamm H, Naumann MK, Kowalski JW, Kütt S, Kozma CM, Teale C. Primary Focal Hyperhidrosis: Disease Characteristics and Functional Impairment. *Dermatology*. 2006;212:343–53.
133. Scholing A, Emmelkamp PMG. Cognitive and behavioural treatments of fear of blushing, sweating or trembling. *Behav Res Ther*. 1993;31(2):155–70.
134. Plasencia ML, Alden LE, Taylor CT. Differential effects of safety behaviour subtypes in social anxiety disorder. *Behav Res Ther* [Internet]. 2011;49(10):665–75. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2011.07.005>

135. Walters KS, Hope DA. Analysis of social behavior in individuals with social phobia and nonanxious participants using a psychobiological model. *Behav Ther.* 1998;29(3):387–407.
136. World Health Organisation. Global status report on alcohol and health 2014. 2014;1–392. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf

