

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANILI
HASTALARDA AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI VE
İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr.Şule AKINCI
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Mustafa Ender TANER

ANKARA– 2019

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU TANILI
HASTALARDA AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI VE
İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr.Şule AKINCI
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Mustafa Ender TANER

ANKARA– 2019

TEŞEKKÜR

Psikiyatri eğitimimde değerli vakitlerini ayırarak beni sabırla dinleyen, kendisini örnek aldığım, tezimin her aşamasında yardımını ve desteğini eksik etmeyen tez danışmanım, hocam Sayın Prof. Dr. M. Ender TANER' e teşekkürü bir borç bilirim. Uzmanlık eğitimim süresince yol gösterici değerlendirmeleri ile bilgi ve becerilerimin olgunlaşması adına kıymetli deneyimlerinden faydalandığım Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. R. Filiz KARADAĞ başta olmak üzere destek ve önerileriyle her zaman yanımda olan Sayın Prof. Dr. Nevzat Yüksel'e ve Sayın Prof. Dr. Selçuk Candansayar'a, kıymetli bilgi ve tecrübeleriyle bizleri aydınlatmış değerli hocam Sayın Prof. Dr. Zehra Arıkan'a, engin bilgi ve deneyimlerini bizlerden esirgemeyen Prof. Dr. Behcet Coşar'a psikiyatriyi sevmeme vesile olan, bana farklı bakış açıları kazandıran Prof. Dr. Aslı Kuruoğlu'na teşekkür ederim. Asistanlığım süresince birlikte çalışma imkânı bulduğum, tezimde de yardımını esirgemeyen değerli uzmanımız Öğr. Gör. Dr. İrem Ekmekçi Ertek'e teşekkürü bir borç bilirim.

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma özellikle de Sevgili Uzm. Dr. Meryem Gül TEKSİN'e, Uzm. Dr. Ferit ŞAHİN'e, Dr. Ebru ULU'ya, Dr. Seyfullah Önder UÇAR'a, Dr. Sametcan DEMİRCİ'ye, Dr. Nihal BALTACI'ya, Dr. Şeyma GÜRBÜZ'e ayrıca klinikteki tüm tedavi ekibine teşekkür ederim. Araştırmamın istatistiksel analizi aşamasında yardımcı olan Çisem Utku'ya teşekkür ederim.

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonum süresince ilgi ve desteğini esirgemeyen, kendisinden çok kıymetli bilgiler edindiğim Sayın Prof. Dr. Pınar Yurtbaşı'na, değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Elvan İşeri'ye, Prof. Dr. Yasemen

Işık Taner'e ve Doç. Dr. Esra Güney'e, Nöroloji rotasyonum sırasında bilgilerinden yararlandığım tüm hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Tezimin ve asistanlığımın en zorlu anlarında maddi ve manevi destekleri ile moral ve güven kaynağım olan canım anneme, babama ve kardeşlerime sonsuz teşekkürlerimi sunmaktan mutluluk duyarım. Varlığı ile sevinç kaynağım olan biricik kızıma teşekkür ederim.

Dr. Şule AKINCI



ÖZET

Sosyal anksiyete bozukluğu hastalarında akıllı telefon bağımlılığı ve ilişkili değişkenlerin değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışmada, sosyal anksiyete bozukluğu tanılı hastalarda, akıllı telefon bağımlılığı ve internet bağımlılığı ile ilişkili sosyodemografik ve klinik özelliklerin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya, sosyal anksiyete bozukluğu tanılı 18-65 yaş aralığında, 34'ü (% 60.7) kadın, 22'si (%39.3) erkek olgu alınmış ve hastaların yaş, cinsiyet ve eğitim durumlarına benzer 34'ü kadın, 24'ü erkek kontrol grubu dahil edilmiştir. Çalışmada; sosyodemografik veri formu, Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği, İnternet Bağımlılığı Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği, Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği, Rosenberg Benlik Saygısı ölçeğinin ilk 10 soruluk kısmı kullanıldı.

Bulgular: Sosyal anksiyete bozukluğu tanılı bireylerin akıllı telefon bağımlılığı ve internet bağımlılığı puanları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği toplam puanı ($t=3.842$, $p<.001$) ile Günlük Yaşam Bozma ve Tolerans ($t=2.349$, $p<.05$), Sanal İlişkiler ($t=2.297$, $p<.05$), Sosyal Ağlara Bağımlılık ($t=3.504$, $p<.01$) alt ölçek puanları SAB grubunda kontrol grubuna göre yüksek bulunmuş, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. SAB hastaları ATBÖ'ye göre 72 puan kesme noktası olarak kullanılarak; akıllı telefonu çok kullananlar ve az kullananlar olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. SAB grubunda akıllı telefonu çok kullanan grubun İBÖ, Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin duyguları tanıma zorluğu alt ölçeği ve Temel Kişilik

Özellikleri Ölçeği'nin dışa dönüklük alt ölçek puanları akıllı telefonu az kullanan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı.

Sonuç: Sosyal anksiyete bozukluğu olan kişilerde internet bağımlılığına benzer şekilde akıllı telefon bağımlılığı da yüksek oranlardadır. Sosyal anksiyeteli bireyler telafi amacıyla internet ve akıllı telefon kullanımını artırıyor olabilir. Çalışmamızın yöntemi sebep sonuç ilişkisini saptamaya yönelik olmadığından nedensellik bağıını göstermek için prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Sosyal anksiyeteli kişilerin akıllı telefon kullanımları açısından bakıldığında ise akıllı telefonu çok kullanan grubun daha içe dönük olması da ana hipotezimizi destekler niteliktedir.

Anahtar Kelimeler: Akıllı Telefon Bağımlılığı, Sosyal Anksiyete Bozukluğu, Kişilik Özellikleri, İnternet Bağımlılığı

ABSTRACT

The Smart Phone Addiction, Internet Addiction and Related Features in Social Anxiety Disorder.

Aim: In this study, we aimed to investigate the sociodemographic and clinical features associated with smartphone addiction, internet addiction and related features with social anxiety disorder.

Methods: Thirty-four (60.7%) women and twenty-two (39.3%) men (totally 50) diagnosed with Social Anxiety Disorder and fifty-eight healthy control groups without any mental or physical illnesses were included in the study. The sociodemographic data form, the Smartphone Addiction Scale, Internet Addiction Scale, Beck Depression Scale, Beck Anxiety Scale, Toronto Alexithymia Scale, Basic Personality Traits Inventory, Liebowitz Social Anxiety Scale, Rosenberg self-esteem scale the first ten questions were used.

Results: The scores of smartphone addiction and internet addiction scores of the individuals with social anxiety disorder were found to be significantly higher than the control group. Smartphone addiction scale total score ($t = 3.842$, $p < .001$), disturbing daily life and tolerance ($t = 2.349$, $p < .05$), cyberspace-oriented relationships ($t = 2.297$, $p < .05$), social network dependence ($t = 3.504$, $p < .01$) subscale scores were found to be higher in the SAD group compared to the control group and this difference was statistically significant. SAD patients are divided to two groups, setting 72 as cut off point according to Smart Phone Addiction Scale scores, such as; low smartphone use and high smartphone use group. High smartphone use group's internet addiction scale, toronto alexithymia scale's difficulty

of recognizing emotions subscale and basic personality characteristics scale's extraversion subscale scores were found to be significantly higher than the low smartphone use group.

Conclusion: People with social anxiety disorder have high rates of smart phone addiction, similar to internet addiction. Social anxiety individuals may be increasing the use of internet and smartphone for the purpose of compensation. The cross-sectional design, which is not the best way to evaluate causal relations, also limited the results. In terms of smart phone use of socially anxious people, the fact that the group using the smartphone is more introverted also supports our main hypothesis.

Key words: Social Anxiety Disorder, Smartphone Addiction, Internet Addiction, Personality Traits

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR	ix
TABLO LİSTESİ.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU	3
2.1.1 Tanım:	3
2.1.2 Tarihçe:	3
2.1.3 Tanı Ölçütleri:	5
2.1.4 Epidemiyoloji:	6
2.1.5 Risk Etmenleri:	7
2.1.6 Eş Tanılar:	7
2.1.7 Klinik görünüm:	9
2.1.8 Seyri:	10
2.1.9 Etyoloji:	10
2.3 AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI (ATB)	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1.Örneklem	28
3.2. Araştırmaya Dahil Olma ve Olmama Ölçütleri.....	28
3.2.1. Araştırmaya Dahil Olma Ölçütleri.....	28
3.2.2. Araştırmaya Dahil Olmama Ölçütleri.....	29
3.3 Çalışmanın Aşamaları	29
3.4. Veri Toplama Araçları.....	30
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu:	30
3.4.2. DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I)	30
3.4.3. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği:	31
3.4.4. Beck Anksiyete Ölçeği:	31

3.4.5. Beck Depresyon Ölçeği:	31
3.4.6. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği:	32
3.4.7. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği:	32
3.4.8. Toronto Aleksitimi Ölçeği:	33
3.4.9. İnternet Bağımlılık Ölçeği:	33
3.4.10. Temel kişilik Özellikleri Ölçeği:	33
3.5. İstatistiksel Analiz	34
4. BULGULAR	35
5. TARTIŞMA	47
5.1. Sosyal anksiyete bozukluğu ve kontrol grubu arasında tanımlayıcı bulguların değerlendirilmesi:	48
5.2. Sosyal anksiyete bozukluğu ve kontrol grubunun internet bağımlılığı açısından değerlendirilmesi:	49
5.3. Sosyal anksiyete bozukluğu ve kontrol grubunun akıllı telefon bağımlılığı açısından değerlendirilmesi:	51
5.4. Sosyal anksiyete bozukluğu grubunda akıllı telefon bağımlılığına etki eden faktörler:	52
6. SONUÇ	54
7. KAYNAKLAR	56

KISALTMALAR

AT : Akıllı Telefon

ATB : Akıllı Telefon Bağımlılığı

ATBÖ : Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği

ATBÖ -F1 : Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Faktör 1- Günlük Yaşamı Bozma ve Tolerans

ATBÖ -F2 : Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Faktör 2- Çekilme Belirtileri

ATBÖ -F3 : Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Faktör 3- Olumlu Beklentiler

ATBÖ -F4 : Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Faktör 4- Sanalilişkiler

ATBÖ -F5 : Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Faktör 5- Aşırı Kullanım

ATBÖ -F6 : Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Faktör 6- Sosyal Ağlara Bağımlılık

ATBÖ -F7 : Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği-Faktör 7- Fiziksel Belirtiler

BAÖ : Beck Anksiyete Ölçeği

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BDZ: Benzodiazepin

BDT : Bilişsel Davranışçı Terapi

COMT : Katekolamin-O-Metiltransferaz

ÇKB: Çekingen Kişilik Bozukluğu

DA : Dopamin

DAT : Dopamin Taşıyıcı

DSM : Zihinsel Bozukluklara İlişkin Tanı ve İstatistik El Kitabı

ECA: Epidemiyolojik Alan Taraması

FDA: Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi

FoMo: Fear Of Missing Out

GABA: Gama Aminobütirik Asit

ICD: Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması

IDC: İnternational Data Corporation

İB: İnternet Bağımlılığı

İBÖ: İnternet Bağımlılığı Ölçeği

LSKÖ: Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği

MAOI: Monoamin Oksidaz İnhibitörü

NCS: Ulusal Komorbidite Araştırması

NCS-R: Ulusal Komorbidite Araştırması

NESARC: National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions

SAB: Sosyal anksiyete bozukluğu

SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV

SSGI: Selektif Serotonin Geri alım İnhibitörü

TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği

TRH: Tirotropin Salgılatıcı Hormon

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi) DSM-5 'e göre tanı ölçütleri:...	5
Tablo 2. Akıllı telefon bağımlılığı önerilen tanı kriterleri:	23
Tablo 3. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Özellikler	37
Tablo 4. Katılımcılara Ait Diğer Özellikler	38
Tablo 5. Gruplara Uygulanan Akıllı Telefon Bağımlılığı ve İnternet Bağımlılığı Ölçeklerinin Puanlarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 6. Gruplara Uygulanan Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	41
Tablo 7. Gruplara Uygulanan Toronto Aleksitimi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	42
Tablo 8. Gruplara Uygulanan Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	43
Tablo 9. Gruplara Uygulanan Rosenberg Benlik Sayısı, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeklerinin Puanlarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 10. SAB Grubunda Akıllı Telefonu Az ve Çok Kullanan Kişilere Uygulanan Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	45

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB), kişinin sosyal ortamlarda ya da belli bir performansı gerektiren durumlarda korku ve kaygı duyması; küçük duruma düşeceği ya da rezil olacağından endişe etmesi ve bu tarz toplumsal durumlarda kaygı belirtileri göstermesi olarak tanımlanmaktadır.

Günümüzde teknolojinin getirdiği gelişmelere bağlı olarak bilgisayar, internet ve akıllı telefon kullanımı giderek artmaktadır. Kullanım kolaylığı sayesinde bilgiye kolay erişilmekte, eğlence, alışveriş kısa yollarla bazen tek tuşla kişilere sunulabilmektedir. İnternet ve akıllı telefon kullanımının olumlu taraflarının yanı sıra fazla sürelerle kullanılması, hayatın merkezi haline gelerek kişilerin işlevselliğini bozması ciddi problemleri beraberinde getirmektedir. Çalışmalarda internet bağımlılığının depresyon ve anksiyete bozuklukları ile yakından ilişkili olduğu bildirilmiştir.¹ Sosyal anksiyete bozukluğu problemlili internet kullanımı için bir risk faktörü olarak belirtilmekte ve sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin problemlili internet kullanımına karşı duyarlı olabileceği bildirilmektedir.²

Akıllı telefon bağımlılığı (ATB) ise son 10 yıl içinde araştırmalara konu olmaya başlamıştır. İnternet ve sosyal ağ erişimi, oyun oynama, mesajlaşma, video izleme, müzik dinleme gibi pek çok işlevi aynı anda barındırması ve taşınabilir olması kullanım oranlarının her geçen gün artmasına neden olmaktadır.³ Yapılan çalışmalarda akıllı telefon kullananların anksiyete ve depresyon düzeylerinin kontrol grubundan çok daha yüksek olduğu görülmüştür.⁴ Akıllı telefon bağımlılığı ve anksiyete düzeyi ilişkisini inceleyen çalışmalar olmakla birlikte, sosyal anksiyete bozukluğu tanılı kişilerde akıllı telefon bağımlılığı düzeyini inceleyen herhangi bir çalışma bulunmamaktadır.

Sosyal anksiyete bozukluğu, problemli internet kullanımında olduğu gibi akıllı telefon kullanımında da bir risk faktörü olabilir.⁵ Çalışmamızda sosyal anksiyete bozukluğu tanısı konulan kişilerin internet ve akıllı telefon bağımlılığı, aleksitimi, depresyon ve kaygı düzeyleri, sosyal kaygı, benlik saygısı ve temel kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması amaçlanmıştır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1 SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU

2.1.1 Tanım:

Sosyal anksiyete bozukluğu ya da toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal fobi) kişinin başkalarınınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması olarak tanımlanmaktadır. Bu kişiler sosyal ortamlarda başkalarınınca eleştirilmekten, hata yapıp rezil olmaktan korkar. Yaşanan kaygı, kaçınma davranışına neden olabilir. Ya da yoğun bir korku ve kaygıyla kişi, bu durumlara katlanır.⁶

2.1.2 Tarihçe:

İnsanların toplum içinde yaşadıkları kaygı ve kaçınmadan antik dönemlerden beri söz edilmektedir. 1879'da sosyal fobiyi ABD'de ilk tanımayan Beard'dır.⁷ 1903 yılında ise Pierre Janet tarafından Fransa'da sosyal fobinin klinik özellikleri tanımlanmıştır.⁸ 1966 yılında Marks ve Gelder, fobileri dörde ayırarak sosyal fobiyi diğer anksiyete bozukluklarından ayrı ele almış ve sosyal fobik kişilerin başkaları tarafından değerlendirmeye karşı aşırı korku duyduklarını belirtmiştir.⁹ Liebowitz ise 1985'te ihmal edilmiş anksiyete bozukluğu tanımını kullanmış ve sosyal fobinin işlevselliği bozan, kronik bir hastalık olduğunu vurgulamıştır.¹⁰

DSM I ve II'de fobik reaksiyon ve fobik nevroz tanımlamaları yer almaktadır. DSM-III'te ise alt gruplar tanımlanarak sosyal fobi kavramı agarofobi ve özgül fobiden ayrılmıştır. DSM-III-R'de¹¹, kaçınan kişilik bozukluğu bir dışlama ölçütü olmuştur. Sosyal fobi tanısı genişletilerek; çoğu sosyal alanda duyulan anksiyete

olarak tariflenmiş ve başkaları tarafından değerlendirileceği bir veya birden çok durumdan sürekli ve gerçeğe uygun olmayan korku duyma ve bu durumdan kaçınma, utanç duyacağı rezil olacağı biçimde davranabileceğinden korkma olarak tanımlanmıştır. Yaygın ve yaygın olmayan alt tipler tanımlanmıştır. DSM-IV'te ise tanı kriterleri daha da netleşmiş ve 'kişi anksiyete belirtileri göstermesinden ve bu belirtilerin fark edilmesinden korkar' ibaresi eklenmiştir.¹²

Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanan Uluslararası Hastalıkların Sınıflandırılmasının 9.basımında (ICD-9) yalnızca fobik sendrom mevcut iken, sosyal fobi tanısına ICD- 10'da yer verilmiştir.¹³ ICD-10 ve DSM-IV tanı kriterleri paralellik göstermektedir. DSM-5'te DSM- IV-TR'deki A tanı ölçütünde bulunan tanımadık insanlarla karşılaştığı ifadesi kaldırılmış ve korkulan toplumsal etkileşmelere örnekler verilmiştir. DSM-IV TR'de A tanı ölçütünde yer alan 'kişi küçük duruma düşeceği utanç duyacağı biçimde davranmaktan korkar' ifadesi DSM-5'te B tanı ölçütüne alınmış ve B tanı ölçütünden yaşanan anksiyetenin panik atağı biçimini alabileceği ifadesi kaldırılmıştır.⁶

DSM-IV-TR'deki B tanı ölçütünde yer alan 'toplumsal durumlarla karşılaşma hemen her zaman anksiyete doğurur' ifadesi DSM-5'te C tanı ölçütüne alınmış ve C tanı ölçütünden "Kişi, korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir." ifadesi kaldırılmıştır.⁶

DSM-5'te E tanı ölçütüne duyulan korku ya da kaygının, söz konusu toplumsal ortamda çekinilecek duruma göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısız olduğu eklenmiştir.⁶

DSM-IV-TR'deki F tanı ölçütünde yer alan "18 yaş" sınırlaması kaldırılmıştır. Bunun yanısıra DSM-IV-TR'de yaygın tip belirtici kaldırılarak yerine yalnızca

performansla ilişkili kaygıların belirtilebileceği bir belirteç eklenmiştir. Yaşanan korkunun yalnızca toplum önünde konuşulması ya da performans sergilenmesi durumuna özgü olduğu tanıda belirtilerek, performans kaygısına yönelik daha belirgin bir yaklaşım sergilenmiştir.⁶

2.1.3 Tanı Ölçütleri:

Tablo 1. Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi) DSM-5 'e göre tanı ölçütleri:

A. Kişinin, başkalarının değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması. Örnekleri arasında toplumsal etkileşimler (örn. karşılıklı konuşma, tanımadık insanlarla karşılaşma), gözlenme (örn. yemek yerken ya da içerken) ve başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirme (örn. bir konuşma yapma) vardır.
Not: Çocuklarda kaygı, yaşitlarının olduğu ortamlarda ortaya çıkmalı ve yalnızca erişkinlerle olan etkileşimler sırasında ortaya çıkmamalıdır.
B. Kişi, olumsuz olarak değerlendirilebilecek bir biçimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar (küçük düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde; başkalarının dışlanacağı ya da başkalarının kırılmasına yol açacak bir biçimde)
C. Söz konusu toplumsal durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.
Not: Çocuklarda, korku ya da kaygı, ağlama, bağırıp çağırarak tepinme, donakalma, sıkıca sarılma, sinme ya da toplumsal durumlarda konuşamama ile kendini gösterebilir.
D. Söz konusu toplumsal durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile bunlara katlanılır.
E. Duyulan korku ya da kaygı, söz konusu toplumsal ortamda çekinilecek duruma göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.
F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.
G. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
H. Korku, kaygı ya da kaçınma, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
I. Korku, kaygı ya da kaçınma, panik bozukluğu, beden algısı bozukluğu ya da otizm açılımı kapsamında bozukluk gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.
J. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (örn. Parkinson hastalığı, şişmanlık, yanık ya da yaralanmadan kaynaklanan biçimsel bozukluk) korku, kaygı ya da kaçınma bu durumla açıkça ilişkisizdir ya da aşırı bir düzeydedir.

2.1.4 Epidemiyoloji:

SAB; major depresyon, alkol bağımlılığı ve özgül fobiden sonra 4. en sık rastlanan ruhsal rahatsızlık olup anksiyete bozuklukları arasında özgül fobiden sonra en sık görülen anksiyete bozukluğudur.¹⁴ Yaşam boyu yaygınlık ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Uzakdoğuda %0.4-0.5, İtalya'da %4, Kanada'da %7.1, Almanya'da %8.7, Nijerya'da %9.4 iken İsviçre'de %16 gibi oranlardan bahsedilmektedir. Epidemiyolojik Alan Taraması-Epidemiological Catchment Area-(ECA)'da %2.7, Ulusal Komorbidite Araştırması-National Comorbidity Survey-(NCS)'de %13.3, National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)'de %12.1, National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)'da %5 yaşam boyu yaygınlık oranlarından söz edilmektedir (15, 16, 17, 18). DSM-IV'e dayanarak yapılan çalışmalarda ise SAB'ın yaşam boyu yaygınlığı %2.3 ile %7.3 arası bulunmuştur.^{14, 19, 20, 21, 22, 23} Ülkemizde üniversite öğrencileri arasında yapılan çalışmalarda SAB'ın yaşam boyu prevalansı %9.8-22 arasındadır.^{24, 25, 26}

1 yıllık yaygınlık oranlarına bakıldığında NCS'de %7.9, NCS-R'de %7.1, NESARC'da %2.8 bulunmuştur.^{16, 17, 18} Pietrini'nin yaptığı gözden geçirme çalışmasında ise 1 yıllık yaygınlık %1-9.1 saptanmıştır.²⁷ Avrupa'da ruhsal hastalık prevalansı ile ilgili yapılan çalışmada sosyal fobinin 1 yıllık prevalansı %2.3, kadın/erkek oranı ise 2/1 olarak saptanmıştır.²⁸ Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre sosyal fobi kadınlarda %2.3, erkeklerde %1.1 olarak bulunmuştur.

29

SAB diğer anksiyete bozukluklarıyla benzer şekilde kadınlarda daha fazla görülmektedir ancak klinik örnekleme tedaviye başvuranlarda kadın ve erkek oranları benzerdir.^{30, 31} Sosyal ve mesleki işlevsellik açısından erkeklerden

beklentinin daha yüksek olması, kadınların pasif ve utangaç olmalarının toplumda daha fazla kabul görmesi, kadınların iş yaşamında daha az yer alması bu durumun nedenleri arasında sayılabilir.³²

2.1.5 Risk Etmenleri:

Eğitim düzeyinin düşük olması, düşük gelir, evlenmemiş olma, ebeveyn ile yaşama ve işsizlik kişinin sosyalleşme olanaklarını kısıtladığından risk etmenlerinden sayılmaktadır.³³

2.1.6 Eş Tanılar:

Sosyal anksiyete bozukluğuna sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklar eşlik eder, bu durum hastalık şiddetini artırmakla beraber tedaviye alınan yanıtı da azaltabilir.³⁴ Hastalığın daha erken yaşlarda başladığı olgularda komorbidite oranları da artmaktadır.³⁵

Yapılan klinik gözlemlerde hastaların SAB belirtilerinden çok üstüne eklenen diğer hastalıklar nedeniyle başvurduğu gözlemlenmektedir. Bu kişilerde altta yatan SAB'ın atlanması tedaviyi olumsuz yönde etkilemektedir (32).

Ülkemizde Dilbaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada SAB'da herhangi psikiyatrik hastalık görülme oranı % 58 olarak bulunmuş (36), yine ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise SAB olan kişilerde komorbid 1. eksen bozukluğa sahip olanların oranı %52.3 olarak bildirilmiştir.³⁷ Epidemiyolojik Alan Taraması sonuçlarına göre sosyal fobi tanısı alan hastaların üçte ikisine komorbid bir başka hastalık eşlik etmektedir.³⁸ SAB hastalarında, basit fobi eştanısı %59, agarofobi %44.9, alkol kötüye kullanımı %18.8, major depresyon eştanısı %16.6, madde kötüye kullanımı %13 ve distimi eştanısı %12.5 olarak bildirilmiştir.^{38, 39, 40}

Ulusal Komorbidite Çalışması verilerine göre SAB tanılı kişilerde majör depresyon gelişme riski 4 kat daha fazladır.⁴¹ SAB'a major depresyon eşlik etme sıklığı çalışmadan çalışmaya farklılık göstermekle birlikte, %15-37 arasında saptanmıştır.^{30, 42, 43} Major depresyon ve SAB'da yetersizlik, değersizlik duyguları ortaktır ve reddedilmeye aşırı duyarlılık da atipik depresyon ile SAB'ın benzer noktalarındandır. Bunun yanında SAB olan kişilerin akrabalarında major depresyon görülme riski 2 kat yüksek bulunmuştur ⁴⁴, bu yüzden her iki bozuklukta ortak bir zeminden bahsedilebilir. Komorbiditede önce hangi bozukluğun başladığı net olmamakla birlikte, major depresyonun genellikle SAB'a ikincil olarak geliştiği ve depresyonun eşlik ettiği olgularda, finansal sorunların arttığı, hastalık şiddeti ve intihar oranlarının yükseldiği düşünülmektedir. ⁴⁵

SAB ile alkol kullanım bozukluğu sıklıkla birliktelik göstermektedir. ^{30, 46} SAB örnekleminde alkol bağımlılığı komorbiditesi %14.3 ile %43.3 arasında değişmekle birlikte, ortalama %26.5 oranında görülmektedir.⁴⁷ Alkol bağımlılığı tedavisi gören hasta grubunda yapılan çalışmalarda ise tedavi için başvuranların %15'i SAB tanısını karşılamaktadır.⁴⁸ Yapılan çalışmalarda SAB'ın alkol kullanım bozukluğundan önce başladığı bildirilmekte⁴⁹ ve SAB alkol bağımlılığı için risk faktörü olarak kabul edilmektedir. ⁵⁰ Sosyal anksiyete bozukluğu olan kişiler alkolün rahatlatıcı etkisinden faydalanarak kaygılandığı ve kaçındığı ortamlara girebilir. Alkolün SAB'da kaygıyı azaltarak olumsuz pekiştireç rolü oynadığı söylenebilir. Bu durum zamanla alkol ve madde bağımlılığı komorbiditesini beraberinde getirebilir. Komorbid durumlar arttıkça tedavi zorlaşacağından, ikincil tanılar ortaya çıkmadan hastalık tedavi edilmelidir. ⁵¹

Çekingen kişilik bozukluğu (ÇKB) yüksek oranda SAB'a eşlik etmektedir. Yapılan çalışmalarda SAB'a komorbid ÇKB tanısı alan kişilerin işlevsellik düzeylerinin daha düşük, eş tanı oranlarının ise daha yüksek olduğu belirtilmektedir.^{52, 53} Ancak SAB ve ÇKB'nin çok büyük oranda örtüşmesi, ayrımlarının tam olarak yapılamaması, aynı yelpazede bulunan ve devamlılık gösteren bozukluklar olabileceği görüşünü desteklemektedir.⁵⁴

2.1.7 Klinik görünüm:

Sosyal anksiyetenin temel özelliği kişinin performans gerektiren toplumsal durumlarda sürekli kaygı duyması, başkalarınca izleneceği ortamlarda olumsuz olarak değerlendirilmekten, rezil olup utanç duymaktan korkmasıdır. Kişiler endişeli, zayıf, beceriksiz, yetersiz, budala şeklinde değerlendirileceklerinden korkarlar.⁶

Olumsuz değerlendirilme korkularının yanı sıra bedensel belirtilerinin de diğer insanlar tarafından gözleneceği endişesi kişiyi kısır döngüye sokar. Yüz kızarması, titreme, terleme, çarpıntı, konuşma bozukluğu en sık görülen bedensel belirtilerdendir. Kimi zaman bu kaygılı duruma katlanılmaya çalışılsa da, çoğu zaman kaçınma davranışı beraberinde gelir. Yüzünün kızardığını, sesinin titrediğini başkalarının fark etmesinden korkan kişi bir topluluk önünde konuşmaktan, sunum yapmaktan kaçınır. Ellerinin titremesinin ayırt edileceğinden korkan kişiler başkalarının yanında yemek yemekten, birşeyler içmekten, yazı yazmaktan kaçınabilir. Bu tarz durumlar nerdeyse hemen her zaman anksiyete tepkisi doğurur ve kimi zaman bir panik atak olarak şekillenebilir.⁵⁵

SAB tanılı kişiler korktukları duruma maruz kalmadan günler önce kaygılanmaya başlayabilir. Beklenti anksiyetesi olarak adlandırılan bu durum hayatı büyük ölçüde sekteye uğratır.⁵⁶ Bunun yanısıra kişi kaygı duyulan durumlardan

kaçınmıyor ve yüzleşmesi gerekiyorsa güvenlik sağlamaya yönelik davranışlara yönelebilir. Yüzü kızaran biri için aşırı makyaj yapma, kalabalıkta restaurantta vs. en köşe yeri seçme, göz temasından kaçınma bu tarz davranışlara örnek olarak verilebilir. Bu davranışlar kişinin olumsuz inançlarının test edilmesine izin vermez⁵⁷

2.1.8 Seyri:

SAB genellikle geç çocukluk, ergenlik gibi erken dönemlerde başlar.⁵⁸ Tipik başlangıç yaşı 11-15 arasındır ancak tedaviye başvurma yaşı ortalama 15-20 yıl sonra, hemen hemen 30'lu yaşlarda olmaktadır. Travmatik bir yaşantının ardından başlayabileceği gibi başlangıcı sinsi de olabilir. Yaşam olaylarına göre dalgalanmalar olabileceği gibi büyük oranda kronik bir seyir izler. Özellikle hastalığın erken yaşta başlamasıyla bireyin yaşına uygun beceriler kazanması engellenir, kişilerin eğitim düzeyi düşer, okul ve iş başarıları büyük ölçüde etkilenir.⁵⁹

Kişiler bu durumla baş etmek için alkol ve madde kötüye kullanımına başvurabilir. Alkol ve madde kötüye kullanımının da tabloya eklenmesiyle beraber yeti kaybı daha da belirginleşir, hastalığın seyri kötüleşir.⁶⁰

2.1.9 Etyoloji:

SAB'a neden olabilecek altta yatan mekanizma henüz tam olarak aydınlanmamıştır, ancak diğer anksiyete bozukluklarında olduğu gibi birden çok yatkınlaştırıcı etkeni içerebilir. SAB; psikodinamik, psikobiyolojik, öğrenme (koşullanma), bilişsel, kendilik sunumu ve sosyal beceri modeli gibi çeşitli kuramlarla açıklanmaya çalışılmıştır.

2.1.9.1. Kuramlar

2.1.9.1.1. Psikodinamik Model:

Çocukluk çağı yaşantıları içsel yapıların gelişmesini ve sonuçtaki erişkin yapının oluşmasını etkiler. Bu dönemdeki yaşantıların potansiyel separasyon tehditleri (anne ile) ve kastrasyon tehditleri (baba ile) açısından anlaşılması gerekmektedir. Bu kişiler arası ilişkiler ruhsal aygıtın gelişmesini etkilemektedir.⁶¹ Bowlby insanların özellikle sağlıklı gelişim için diğer insanlara tatminkar düzeyde bağlanmaları gereken sosyal varlıklar olduklarını ileri sürmüştür.⁶² Bakımverenler ile bağlanma, sonuçta bebeğin dış dünyayı araştırmaya başlamasını sağlayan duygusal ve fiziksel bir güven sağlar. Bağlanma kuramına göre bakımverenler ile erken dönem yaşantıları kişiler arası şemalar olarak içselleştirilir. Stabil, tatminkar nesne tasarımları tehditlere karşı güven ve korunma duygusuna katkıda bulunur.⁶¹

Gilbert'in Savunma/Güvenlik Modeline göre ise sosyal fobi ya da sosyal anksiyete iki biyolojik ve tamamlayıcı sistemin uygunsuz düzeyde aktivasyonundan kaynaklanır.⁶³ Bu modele göre sosyal fobi savunma sisteminin aşırı aktivasyonu ve güvenlik sisteminin yetersiz kalmasından kaynaklanmaktadır. Savunma sisteminin bir işlevi diğer bireylerden algılanan potansiyel tehdidi değerlendirmektir. Bu sistemin aşırı aktivasyonu diğer insanların tehlide yönelik davranışlarının abartılı değerlendirilmesine yol açar. Güvenlik sistemi ise savunma sisteminin söz konusu abartılı değerlendirmesini hafifletir. Savunma sisteminin aksine diğer insanlar ile işbirliğine yönelik bir ilişki kurmaya izin verir. Evrimsel psikiyatriye göre işbirliğine dayalı davranışlar ile gerçekleşen sosyal etkileşimler uyumsal nitelik taşır. Hem işbirliğine yönelik aktiviteler hem de yarışmacı aktiviteler sosyal çevreye bağlı olarak uyumsal özellik taşımakla birlikte farklılık da gösterirler. Yarışmacı

aktiviteler ile birey diğer insanlara karşı avantaj sağlamak ister. İşbirliği temelli aktivitelerde ise birey diğerlerine karşı tarafa güven veren gülümseme, tokalaşma gibi işaretler ile yaklaşır. İşbirliğinin amacı organize bir birleşme çabası üretmektir. Psikolojik açıdan bakıldığında ise işbirliği yaklaşımı güven duygusu, aidiyet duygusu, tanınma ve paylaşılabilecek beceri sahibi olma ile ilişkili iken yarışmacı yaklaşım daha dominant bir pozisyon elde etme çabası taşır ve güç duygusunu uyarır. Sonuç olarak sosyal fobik birey sosyal hiyerarşide pozisyon almak için diğer insanlardan uzak durur, diğer insanlardan altta/üstte olma kaygısı yaşar. Bu durum sırası ile tehdit, izolasyon ve yalnızlık duygularını artırır. Psikodinamik kuramcılar sosyal anksiyete bozukluğunu büyük gelişimsel bir sorunun parçası olarak görürler. SAB'ın kapsamlı psikoanalitik bir açıklaması olmamasına karşın sosyal anksiyetede (1) eleştirel ve kaba yaklaşımı olan ebeveynlerden kaynaklanan utanma ve küçük düşme beklentileri, (2) başarma/başarılı olma gereksinimi ile başarma korkusu arasındaki çatışma, (3) bağımsızlık gereksinimi ile ebeveynler tarafından reddedilme korkusu arasındaki çatışma, (4) mükemmel bir izlenim bırakamamaya ilişkin narsistik korkuların olduğu ve bütün bu özelliklerin her birinin utanç, sosyal çekilme, güvensizlik ve benlik saygısında azalmaya yol açtığı düşünülmektedir.

2.1.9.1.2. Bilişsel davranışçı model: 1995 yılında Clark ve Wells sosyal anksiyete bozukluğunda korkulan durumlar ile karşı karşıya kalmanın tek başına bozukluğu açıklayamayacağını ileri sürmüşler ve uygun davranışsal zemin ile yaşam olaylarının birlikte hareket ederek bireyin sosyal dünyayı tehlikeli bir ortam olarak algılamalarına yol açtığı görüşünü ortaya atmışlardır.⁶⁴ Bu görüş bireyin diğerleri üzerinde iyi izlenim bırakma arzusu ve bunu gerçekleştirebilmek için belirgin güvensizlik hissetmesi esasına dayanmakta; bireyin statü kaybı, değer kaybı ve reddedilme gibi katastrofik sonuçlara ilişkin yorumlamalarına katkıda bulunmaktadır

⁶⁵ Clark ve Wells sosyal anksiyetede birbiri ile etkileşim halinde olan dört bozuk işlevsel model tanımlamıştır: (1) Sosyal korkusu olan birey kendisi için korku yaratan bir ortama girdiğinde, kendisinin olumsuz olarak değerlendirileceği yargısına varır. Ardından tüm dikkatlerini kendi performansları hakkındaki geri bildirimin temel kaynağı olan içsel bilgiyi kullanmaya çevirir. Clark ve Wells bu şekilde bir dikkat ve olumsuz değerlendirilme ikileminin sosyal anksiyeteli bireylerin günlük sosyal deneyimlerden ve alıştırmaya yönelik davranışçı tekniklerden yararlanamamalarının en önemli nedeni olduğunu ileri sürmüşlerdir. (2) İkinci bozuk işlev süreci bireyin başkaları tarafından olumsuz değerlendirilmeyi önlemek amacı ile başvurduğu ve güvenlik davranışları adı verilen davranışlardır. Ter kokusu ile başkalarına rahatsızlık verdiğini düşünen bir bireyin abartılı şekilde parfüm kullanması, hem başkalarının daha çok dikkatini çekebilir hem de korku duyulan durumlar ile olağan koşullarda yüzleşme deneyimi yaşamasını engelleyerek varolan kaygının sürmesine yol açabilmektedir. (3) Sosyal kaygısı bulunan bireyin diğer insanların kendi performansını/davranışlarını ne derece olumsuz değerlendirdiğine ilişkin abartılı tahminleri, ortaya çıkacak sosyal sonuçların da gerçekte olduğundan daha kötü olacağı şeklinde yorumlamalarına neden olur. Bu bilişsel hatalar bireyin kendi davranışlarına odaklanmasına ve sonuçta sosyal etkileşime tam anlamı ile katılamamalarına ve gerçek performanslarında kayıplar yaşamalarına neden olmaktadır. (4) Sosyal kaygısı olan bireyin yeni bir sosyal etkinliği deneyimlemeden hemen önce ya da sonra önceki olumsuz deneyimleri anımsadığı endişeli bir beklenti sürecine girmesi dördüncü bozuk işlev alanıdır. Bu süreç bireyin ortamdaki tam anlamı ile kaçınmasına neden olmaktadır. ⁶⁵

1997 yılında Rapee ve Heimberg sosyal kaygıya, uç noktası sosyal anksiyete bozukluğu olan yelpaze kavramını getirdiler.⁶⁶ Bu modele göre sosyal anksiyetesi

olan ve olmayan bireyler arasındaki fark sosyal olaylardaki ipuçlarını ne derece tehdit olarak algıdıkları konusundadır. Bu modele göre tehdit algılamaya yatkınlık yaratan genetik özellikler ve erken çocukluk çağı yaşantıları sosyal dünyanın tehlikeli ve affetmeyen bir ortam olduğuna ilişkin bir algılamaya neden olmaktadır. Sonuçta, sosyal anksiyetenin temel özelliği olan başkaları tarafından olumsuz değerlendirilme ve kabul görmeye ilişkin bilişler ortaya çıkmaktadır. Rapee ve Heimberg'e göre başkalarının kendisini nasıl gördüğüne ilişkin tasarımlar ile başkalarının algılanan beklentileri arasındaki farklılık bozukluğun özünü oluşturmaktadır.⁶⁶ Wong ve arkadaşlarına göre bu modeldeki işlevselliğin bozulmasına ilişkin süreçler şu şekildedir: Bu modelde sosyal durumlar kaygı yaratacak düzeyde bir algılanan tehdit nedenidir. Sosyal durumla karşı karşıya kalmak, bireyin görünüşü ve davranışı hakkındaki kendilik tasarımını aktive eder. Bu kendilik tasarımı çeşitli girdiler ile biçimlenen bozuk imgedir ve Rapee ile Heimberg bu imgeyi gerçek deneyimlerden ve gerçek kendilik imgesinden türeyen ve olumsuz şemalar ve çekirdek inançlarla süren temel imge olarak tanımlamıştır.^{65, 66}

Model ayrıca sosyal ortamlarda anksiyete yaşayan bireyin dikkat kaynaklarını daha çok kendilik tasarımlarını izlemeye kullandığını, tüm dikkatin sosyal durumlardaki deneyimlere verildiğini ileri sürmektedir. Sosyal kaygılı bireyler tipik olarak diğerlerinin kendi performansları konusunda yüksek standartlara sahip olduğuna inanırlar. Bu standartları sağlamada ne kadar yetersiz hissederlerse olumsuz değerlendirilme olasılıkları ve sonuçta da kaygıları o derece artar.⁶⁵

Sosyal anksiyete bozukluğundaki değerlendirilme korkusu iki karşıt yönde gerçekleşebilir. Olumlu değerlendirilme korkusu, diğer insanların bireyin kendisi hakkındaki olumlu değerlendirmelerine ilişkin beklentiye girmeleri ve bireyin buna

bağlı olarak zorlanma yaşamasıdır. Bu durum kısmen başkalarının üzerinde olumlu sosyal izlenim bırakma endişelerinden kaynaklanmaktadır.⁶⁷ Öte yandan sosyal anksiyete, sosyal durumlara karşı dehşet duygularına da yol açar. Olumlu değerlendirilme korkusunda diğerlerinden daha düşük sosyal sınıfta bulunma algısı olumlu izlenim bırakmaktan kaçınmaya, dolaylı olarak üst sınıfa yükselmek için hevesiz olmaya yol açarken; olumsuz değerlendirilme korkusu sosyal sınıf düşmesi, yaşamaktan kaçınmak için sosyal ortamlara katılmaya hevesi yokmuş gibi görünmeme çabasına yol açabilir.⁶⁸ İki yönlü değerlendirilme korkusuna yönelik, aynı grup tarafından yapılan daha güncel bir çalışmada ise hem olumlu hem de olumsuz değerlendirilme korkusunun diğer insanlar ile iletişim kurulduğunda bir taraftan daha az olumlu affekt ve otomatik düşünceler diğer taraftan da daha fazla olumsuz affekt ve otomatik düşünceler ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür.⁶⁹

Moscovitch'in modeline göre SAB olan bireyler için önemli olan korkutucu uyarıların dört boyutu bulunmaktadır: (1) Sosyal beceri ve davranışlardaki algılanan hata ve eksiklikler, (2) kaygının görünür işaretlerinin gizlenmesindeki algılanan hatalar, (3) fiziksel görünümdeki algılanan hatalar ve (4) karakter hataları.⁷⁰ Moscovitch ayrıca alıştırma teknikleri açısından durumsal alıştırmalardan yukarıdaki boyutlara özgül alıştırmalara geçiş yapılmasını önermiştir.⁶⁵

2.1.9.1.3. Kişiler arası model: Bu modele göre erken sosyal yaşantılar ve biyolojik etmenler bireyin kendisi ve ilişkide bulunduğu diğer insanlar hakkında ilişki şeması olarak tanımlanan ve sonuçta diğer insanlar ile iletişim kurulduğunda şiddetlenen olumsuz beklentilerin artmasına yol açan inançları oluştururlar. Bu sürecin sağlıklı sosyal gelişimi ve yakın ilişki kurma sürecini bozduğu, kabullenilmeyi zorlaştırdığı bildirilmiştir.⁷¹ İlişki stratejilerinde işlevsiz davranış örnekleri temel rol

oynamaktadır. Sosyal anksiyetesi olan bireylerin diğ erleri tarafından daha düşük arkadaşlık niteliğ i taşıyan, daha düşük lider özelliğ i olan, karakter olarak daha güçsüz görünen dolayısı ile olumsuz sosyal tepkilere yol açan bir davranış modeli sergilediğ i ileri sürülmüştür. ^{72, 73} Olumsuz duygusal tepkiler bireylerin hem birlikte yaşadıkları yakın çevre hem de diğ er insanlar tarafından samimi olamayan bireyler olarak algılanmalarına yol açmaktadır. Çevrenin olumsuz duyguları ve sosyal anksiyetesi olan bireyleri samimiyetsiz bulmaları da sosyal anksiyeteli bireyin sosyal reddine zemin hazırlamaktadır. ⁷⁴ Yakın ilişkilerde ise durum daha karmaş ık ve zordur. Dış çevredeki yabancı insanlar ile ilişkilerde “reddedilmekten kaçınma” temel özellik iken yakın ilişkilerde “yakınlaşma gereksinimi” temel rol oynamaktadır. Yakın arkadaş ve aile ilişkilerinde duyguların ifade edilmesinden kaçınma, inisiyatif azlığı ve kişiler arası ilişki bağımlılığ ının SAB’a eşlik eden özellikler olduğ u bildirilmiş; SAB’lı bireylerin romantik yakın ilişkilerinde kendini açığ a vurma ve duygu ifade etmenin daha düşük düzeyde olduğ u ileri sürülmüştür. ⁷⁵

76, 77

2.1.9.2 Genetik:

Sosyal anksiyete bozukluğ unun ortaya çıkış ında ailesel ve genetik etmenlerin etkili olduğ u düşünülmektedir. Monozigot ikizlerde (%24.4) dizigot ikizlere (%15.3) göre daha yüksek konkordans tespit edilmiştir (11). Sosyal anksiyete bozukluğ u olan hastaların akrabalarında yapılan bir çalışmada sosyal anksiyete bozukluğ u görülme oranı %16 iken, sağlıklı kontrollerin akrabalarında sosyal anksiyete bozukluğ u görülme oranı %5 oranında bulunmuştur. ⁷⁸ Mancini ve arkadaşları ise sosyal anksiyete bozukluğ u olan erişkinlerin çocuklarında, %49 oranında herhangi bir anksiyete bozukluğ u olduğunu tespit etmiştir. ⁷⁹

2.1.9.3 Nöroendokrin etkenler:

Sosyal anksiyete bozukluğunda tiroid işlevleri (T3-T4-TSH), idrar-plazma kortizol, adrenalin ve noradrenalin seviyeleri normal düzeylerde bulunmuştur. Yapılan çalışmaların bu sonuçları hipotalamo-hipofizer-adrenal eksenin normal işlevini sürdürdüğünü göstermektedir.⁸⁰ Ancak, yapılan bir başka araştırmada ise, TRH infüzyonu sonrası SAB hastalarında panik bozukluğu olan hastalara ve sağlıklı kontrollere kıyasla kan basıncında belirgin artış olduğu görülmüş, bu da sosyal anksiyete bozukluğunda otonomik aktivitedeki artışın göstergesi olarak kabul edilmiştir.⁸¹

2.1.9.4 Nörobiyolojik etkenler:

Diğer anksiyete bozukluklarına benzer şekilde, sosyal anksiyete bozukluğu nörobiyolojisinde en fazla üzerinde durulan nörotransmitterler serotonin (5-HT), noradrenalin, GABA ve dopamindir.

Serotonin (5-HT), anksiyetede önemli bir role sahiptir (82) ve serotoninin SAB'da rol oynadığına dair birçok çalışma yapılmıştır. Serotonin agonisti olan mCPP (meta-Chlorophenylpiperazine) ve fenfluramin kullanılarak yapılan çalışmalarda prolaktin yanıtında farklılık bulunmazken, anksiyetede artış saptanmıştır ve bu sonuçlar postsinaptik 5-HT aşırı duyarlılığı ile ilişkilendirilmiştir.⁸³ SAB'da 5-HT alım bölgelerinde anormallik olup olmadığını inceleyen bir araştırmada ise, platelet 3H- paroksetin bağlanması açısından SAB grubu ile kontrol grubu arasında farklılık saptanmamıştır.⁴¹

SSRI'lar ve MAOI'lerinin SAB tedavisindeki etkinliği, SAB'da serotoninin rolünü destekler niteliktedir ancak SAB nörobiyolojisinde serotoninin fazlalığı ya da azlığından ziyade düzensizliği söz konusudur.^{84,85}

SAB’da çarpıntı, terleme ve tremor gibi sempatik aktivitede artışla ilişkilendirilen fiziksel belirtiler göze çarpar. Performans anksiyetesinde beta blokerlerin etkisi ispatlanmışken, yaygın tip sosyal anksiyete bozukluğunda etkisi gösterilememiştir. Ortostatik challenge testinde SAB olan kişilerde noradrenalin plazma düzeyleri yüksek bulunurken⁸⁶, bir başka çalışmada azalmış parasempatik aktiviteden bahsedilmiştir.⁸⁷ $\alpha 2$ -adrenerjik antagonist etkili yohimbinin SAB’da anksiyete düzeyini artırdığı ve bu durumun 3-metoksi-4-hidroksifenilglolikol düzeylerindeki artış ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir.⁸⁸ Yapılan çalışmalar az olmakla beraber, çalışmaların bir kısmında otonomik aşırı uyarılmanın ön plana çıkması SAB’da bu sistemde bir bozukluk olabileceğini düşündürmektedir.⁸⁹

Dopamin ile ilgili yapılan çalışmalarda SAB’da dopamin disfonksiyonu üzerinde durulmuştur.⁹⁰ Dopamin artışı sağlayan ilaçların SAB’da etkili olması⁸⁵, dopamin düzeyini düşüren ilaçlarınsa SAB benzeri belirtilere yol açması bu varsayımı desteklemiştir.⁹¹ Ancak Tancer ve arkadaşlarının SAB ve kontrol grubunda yaptıkları çalışmada dopaminerjik fonksiyon açısından her iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.⁸³

GABA beynin ana inhibitor nörotransmitteridir ve pek çok ilaç GABA üzerinden etki etmektedir. Pregabalin, gabapentin gibi GABAerjik ilaçların ve GABA düzeyini artırarak etki eden alkolün SAB belirtilerini azalması GABA’nın etyolojideki rolünü vurgulamaktadır.⁹² Fakat benzodiazepin antagonisti olan flumazenilin panik bozukluğu hastalarında atakları tetiklerken SAB üzerinde bu etkiye yol açmaması SAB’da GABA’nın rolünün tam anlaşılamadığını düşündürmektedir.

2.3AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI (ATB)

Cep Telefonu ve Akıllı Telefon Tarihçesi:

Cep telefonu 1973 yılında Martin Cooper tarafından icat edilmiştir. İlk başta 1 kilogramdan fazla olan bu icat zamanla büyük değişimlere uğramıştır. Boyutları küçültülüp, ağırlığı 800 grama indirilerek geliştirilen ikinci telefon 1983 yılında Motorola tarafından piyasaya sürülmüştür. Yıllar geçtikçe telefonların antenleri küçülmüş, LED ekran eklenmiş, bataryaları geliştirilmiştir.

Şu anki akıllı telefonların temeli 1993 yılında piyasaya sürülen IBM ve BellSouth şirketlerinin ortak girişimleri ile üretilen IBM Simon'dur. IBM Simon dokunmatik ekranı ve özel kaleminin yanısıra ilk defa takvim, elektronik posta, ajanda, dünya saatleri, not defteri, oyunlar gibi uygulamaları barındırması ile bugünkü akıllı telefonların öncüsü olmuştur. Ericsson ile 1997 yılında dünya literatüründe ilk kez akıllı telefon tanımı yapılmıştır.¹¹³

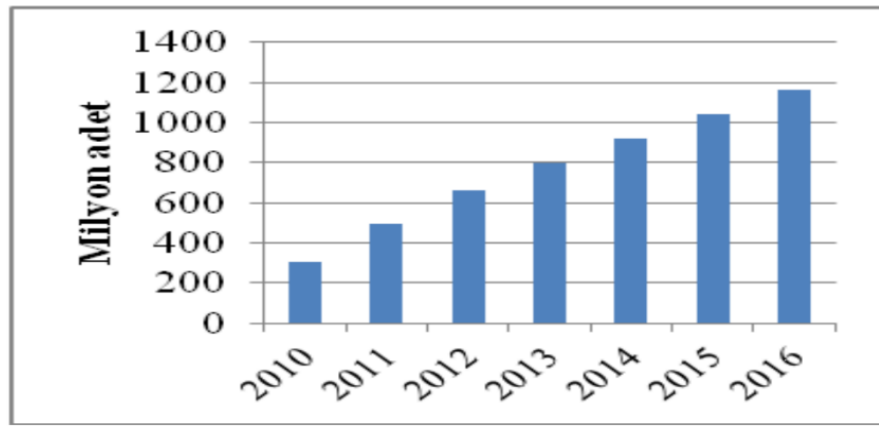
Dünyada ve Türkiye’de Cep Telefonu ve Akıllı Telefon Kullanımı:

Günümüzde cep telefonu kullanımı hayatın vazgeçilmez bir parçası haline gelmiştir. 2014 yılında 7,1 milyar olan mobil abonelik sayısının 2020’de 9,2 milyara ulaşacağı öngörülmektedir.

Cep telefonu kullanımı dünyada olduğu gibi Türkiye’de de oldukça hızlı ve yaygın bir artış göstermektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması 2016 yılı verilerine göre ülkemizde hanelerin %96,8’inde cep telefonu veya akıllı telefon bulunduğu saptanmıştır.¹¹⁴

Cep telefonu kullanımının büyük kısmını da akıllı telefon kullanımı oluşturmaktadır. International Data Corporation (IDC) ‘nin yaptığı araştırmada da akıllı telefon satışlarının her yıl katlanarak arttığı vurgulanmaktadır (Şekil 1).

Ericsson'un yayınladığı Global Mobilite Raporu'na göre bugün 2.6 milyar olan akıllı telefon sayısının 2020’de 6.1 milyara çıkacağı ve dünya nüfusunun yüzde 70’inin en az bir akıllı telefon kullanacağı öngörülmektedir.¹¹⁵



Kaynak: IDC, Mart 2012-11-24

Şekil 1. Dünya çapındaki akıllı telefon satışları

2017’de yapılan Global Mobil Kullanıcı Araştırması’na göre uyandıkları ilk 5 dakika içerisinde telefonunu kontrol eden kullanıcıların oranı gelişmiş ülkelerde %33, gelişmekte olan ülkelerde ise %50 olarak bildirilmiş. Bu araştırmaya Türkiye’den 1005 kullanıcı katılmış ve kullanıcıların %92’si akıllı telefon sahibi olduğunu belirtmiş.¹¹⁶

Yapılan çalışmalarda özellikle genç nüfusun risk altında olduğu vurgulanmaktadır. Kore’de yapılan bir çalışmada 20’li yaşlardaki üniversite öğrencilerinin %91’inin akıllı telefon kullandığı bildirilirken¹¹⁷, İsviçre’de yapılan

başka bir çalışmada ergenlerin %98'inin telefon sahibi olduğu ve %97'sinin de akıllı telefon kullandığı bildirilmiştir.¹¹⁸

Akıllı Telefon Bağımlılığı Tanımı ve Epidemiyolojisi:

Son yıllarda hayatımızın vazgeçilmezleri arasında yerini alan internet, televizyon, video oyunları ve tüm teknolojik ürünlerin getirdikleri kolaylıkların yanında bazen sorunlara da yol açtığı söylenebilir. Bağımlılık denince akla klasik olarak alkol ve madde gibi kimyasal bağımlılıklar gelse de kumar, internet bağımlılığı gibi davranışsal bağımlılıklar da bağımlılık spektrumu içerisinde yer almaktadır. Bu durum psikiyatri literatüründe davranışsal bağımlılık ile ilgili bildirimlerin artmasına, bu alanda daha çok çalışılmasına yol açmıştır. Teknolojik gelişmeleri takiben davranışsal bağımlılıklara yenileri eklenmektedir.

Akıllı telefonlar iletişim kurmaya yönelik işlevlerinin yanı sıra oyun oynama, internete ve sosyal ağlara erişim, mesajlaşma, video izleme, navigasyon gibi pek çok özelliği barındırmaktadır. Kimi zaman bir fotoğraf makinesi, kimi zaman da mp3'ün yerini alabilmekte, kişiye özgü uygulamalarıyla cazip hale gelmektedir. Akıllı telefonların her zaman ve her yere taşınabilir bir bilgisayar gibi olması, birçok işlevi yapabilmesi hayatı oldukça kolaylaştırmaktadır. Ancak ihtiyaç doğrultusunda kullanılmadığında bazı problemler ortaya çıkmaktadır. Cep telefonu aşırı kullanılmasının yol açtığı sorunlarla ilgili yazında “problemlili cep telefonu kullanımı” (*problematic mobile phone use*)¹¹⁹, “cep telefonu bağımlılığı” (*mobile phone dependency; mobile phone addiction*)¹²⁰, “akıllı telefon bağımlılığı” (*smartphone addiction*) gibi farklı tanımlayıcı ifadeler kullanılmaktadır.¹²¹

Akıllı telefon bağımlılığı tanı kriterleri henüz olmamakla birlikte diğer davranışsal bağımlılıklara benzer şekilde; akıllı telefonla aşırı zaman harcama,

giderek daha fazla kullanma isteği, uygun olmayan zamanlarda (örneğin araba kullanırken) da akıllı telefon kullanma ve akıllı telefondan uzak kalındığı zaman yoksunluk belirtileri yaşama (örneğin; huzursuzluk, kaygı) gibi semptomlarla kendini gösterebilir. Bu gibi belirtiler kişinin gerçek hayattaki sosyal iletişimini etkiler ve işlevselliğini bozar.^{122,123}

Lin ve arkadaşları çalışmalarını ATB kriterlerini belirleme üzerinde yoğunlaştırmıştır. 2014'te yaptıkları çalışmada dört temel faktör (kompulsif davranış, işlevsellikte bozulma, çekilme ve tolerans) üzerinde durarak, ATB'nin DSM-5'teki madde bağımlılığı kriterlerine benzer yönleri olduğuna dikkat çekmişlerdir.¹²⁴ ATB tanı kriterleri ilk kez 2015 yılında Lin ve arkadaşları tarafından önerilmiştir. Bu çalışmada aday tanı kriteri olarak alınan oniki semptom kriterinin dördü düşük tanı doğruluğu nedeniyle çıkarılmış, semptom kriteri olarak sekiz madde, işlevsellikte bozulma kriteri olarak dört madde ve dışlama ölçütü olarak bir madde belirlenmiştir.¹²⁵ Aynı ekibin tanı ölçütlerini geliştirmek için 2016 yılında yaptıkları son çalışmada ise akıllı telefonu tüm gün kullanımda tutma ve tolerans kriterleri çıkarılarak semptom kriterleri altı maddeye indirilmiştir. İşlevsellikte bozulma kriteri olan dört madde ve dışlama ölçütü olan bir maddeyse aynı kalmıştır. 2016'da güncellenen tanı kriterleri tablo 2'de belirtilmiştir.¹²⁶

Tablo 2.Akıllı telefon bağımlılığı önerilen tanı kriterleri:

A tanı kriteri: 3 aylık periyot içinde herhangi bir zamanda meydana gelen, klinik olarak önemli bir bozulma veya sıkıntıya yol açan maladaptif şekilde akıllı telefon kullanımını ifade eder. A tanı ölçütlerinden üç veya fazlasının aynı zamanda olması gerekmektedir.
1. Akıllı telefon kullanma dürtüsüne direnmede yineleyici başarısızlıklar
2. Yoksunluk: Akıllı telefon kullanımının olmadığı dönemi takiben disfori, anksiyete ve/veya irritabilite ile kendini gösterir
3. Planlandığından daha uzun süre akıllı telefon kullanımı
4. Akıllı telefon kullanımını azaltmak veya bırakmak için süregelen bir istek duyma ve/veya buna yönelik başarısız girişimlerde bulunma
5. Akıllı telefon kullanma veya kullanmayı bırakma için aşırı zaman harcama
6. Akıllı telefon aşırı kullanımından kaynaklanan, süregelen veya tekrarlayıcı fiziksel veya psikolojik bir sorunun bulunmasına rağmen aşırı akıllı telefon kullanımına devam edilmesi
B tanı kriteri işlevsellikte bozulmayı ifade eder. Kriterlerden iki veya daha fazlasının bulunması gerekmektedir.
1. Aşırı akıllı telefon kullanımının süregelen veya tekrarlayıcı fiziksel veya psikolojik sorunla sonuçlanması
2. Fiziksel olarak tehlike oluşturacak durumlarda (araba sürerken veya karşıya geçerken gibi) veya günlük yaşam üzerine diğer olumsuz etkilere neden olacak akıllı telefon kullanımı
3. Akıllı telefon kullanımının sosyal ilişkiler, okul başarısı veya iş performansında bozulmaya neden olması
4. Aşırı akıllı telefon kullanımının belirgin öznel bir sıkıntıya neden olması veya zaman alıcı olması
C tanı kriteri ise dışlama ölçütüdür. Akıllı Telefon Bağımlılığı davranışı Obsesif Kompulsif Bozukluk veya Bipolar 1 Bozukluğu ile daha iyi açıklanamamaktadır.

Tayvan’da yapılan bir çalışmada akıllı telefon kullanıcısı gençlerin %36’sında yoksunluk, %30’unda tolerans, %27’sinde niyetlenenden daha uzun süre kullanma, %18’inde kullanımı azaltma girişiminde başarısızlık, %10’unda yakın ilişkilerde bozulma gibi bağımlılığın tanı ölçütlerinin karşılandığı gösterilmiştir.¹²⁷

Akıllı telefon kullanıcılarında yapılan başka bir çalışmada ise %45.8’inin akıllı telefon elinde değilken anksiyete yaşadığı, %27.1’inin akıllı telefonda çok zaman harcadığı, %22.6’sının akıllı telefon kullanımlarını azaltmak için çabaladığı ancak başarısız olduğu, %21’inin kullanım nedeniyle iş veya okulla ilgili sorunlar yaşadığı bildirilmiştir.¹²⁸

2012 yılında yapılan bir araştırmada internet bağımlılığı sıklığı %7,7 saptanırken, akıllı telefon bağımlılığı sıklığı %8.4 ile internet bağımlılığından daha yüksek bulunmuştur. Akıllı telefon bağımlılığının internet bağımlılığından çok daha riskli bir bağımlılık potansiyeli olduğu düşünülmektedir.¹²⁹

Koreli ergenlerde akıllı telefon bağımlılığı %11.8-%17.9 olarak saptanırken^{130, 131}, yaş grupları ele alınarak yapılan başka bir çalışmada ise 10-20 yaşları arasındaki bireylerin %11.4’ünün, 20-30 yaşları arasındaki bireylerin %10.4’ünün akıllı telefon bağımlısı olduğu bildirilmiştir.¹²⁹

2009’da İspanya’da yapılan bir çalışmada ise 13-20 yaş arası gençler arasında cep telefonu bağımlılığı prevalansı %20 olarak saptanmıştır.¹³²

Ülkemizde yapılan bir çalışmada 248 üniversite öğrencisinde AT kullanımı incelenmiş, %39.8’inin yüksek oranda AT kullandığı belirlenmiştir.¹³³ 13 ülkenin yer aldığı Deloitte Global Mobil Kullanıcı Anketi verilerine göre ise Türkiye’deki kullanıcıların sabah uyanır uyanmaz ve gece yatmadan önce telefona bakma oranları

diğer ülkelere kıyasla 2 kat fazla bulunmuştur. Bu ankette Türk katılımcılar, günde ortalama 78 kez telefona baktıklarını belirterek tüm katılımcılar arasında birinci sırada yer almıştır ve bu sayının Avrupa katılımcılarının 1.5 katının üzerinde olduğu saptanmıştır. Uyanık olunan süre göz önüne alındığında 13 dakikada bir ekrana bakan Türk katılımcıların, 2 yıl önceki verilerle karşılaştırıldığında telefona bakma sıklığının artması telefon bağımlılığının gelecekte daha da büyük bir sorun olarak karşımıza çıkacağına işaret etmektedir.¹¹⁶

Akıllı Telefon Bağımlılığı-Psikopatoloji İlişkisi:

Akıllı telefon bağımlılığı pek çok yönden internet bağımlılığına benzer özellikler gösterir.¹³⁴ Akıllı telefondaki birçok uygulamanın internet tabanlı çalışması, davranışsal bağımlılık yapabilmesi ortak özelliklerinden birkaçıdır. Yapılan çalışmalarda da akıllı telefon bağımlılığı ve aşırı cep telefonu kullanımı ile internet bağımlılığı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.^{128, 135}

Akıllı telefon bağımlılığı risk faktörlerini anlamada da internet bağımlılığından faydalanılabilir. İnternet bağımlılığı için anksiyete, depresyon ve düşük benlik saygısı risk faktörlerindendir.^{136, 137} Problemlı telefon kullanımı ile ilişkili çalışmalarda da genç yaş, anksiyete ve düşük benlik saygısı ile cep telefonu bağımlılığı arasında anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir.^{135, 138, 139, 140, 141} Aynı zamanda benlik saygısı düşük kişilerin daha çok arama yaptıkları ve kısa mesaj attıkları belirlenmiştir.^{119, 134, 142}

Cep telefonu kullanımı ile depresyon ilişkisini inceleyen veriler ise çelişkilidir. Çoğu çalışmada cep telefonu bağımlılığıyla depresif semptomlar arasında pozitif ilişki saptanırken^{132, 139, 143, 144} bazı çalışmalarda depresyonun akıllı telefon kullanımında koruyucu faktör olduğu ileri sürülmektedir.^{128, 134}

Yapılan birçok çalışmada akıllı telefon kullanımı ile anksiyete belirtileri arasında pozitif korelasyon bulunmuş ^{128, 135, 143} ve kişilerin anksiyeteyi azaltmak için cep telefonu kullanımlarını artırabileceği üzerinde durulmuştur. ¹⁴¹ Anksiyetesi yüksek kişilerin; kişiler arası ilişkilerde korktukları, yüz yüze iletişimdense cep telefonu aracılığıyla iletişimi tercih ettikleri düşünülmüştür. ^{134, 145}

Akıllı telefon kullanımı, birçok çalışmada sosyal anksiyeteye de ilişkili bulunmuştur. ^{119, 134, 135, 146, 147, 148, 149, 150, 151}

Cep telefonu doğrudan sosyal ilişkilerden kaçınmaya izin verir. ¹⁵² Çevrimiçi iletişimin sosyal anksiyeteli kişilerin tehdit algısını ve kaygılarını azaltarak iletişim kurmalarına yardımcı olduğu düşünülmektedir. Bu yüzden çevrimiçi iletişimleri yüzyüze iletişime göre daha güvenli algıladıkları ve internetle iletişimle rahatlık yaşadıkları vurgulanmaktadır. ^{153, 154}

Aynı zamanda sosyal anksiyetesi olan kişiler aramalardan ziyade mesajlaşmayı tercih etme eğilimindedir ^{119, 134, 150} çünkü mesajlaşma kişinin söylemek istediklerini ifade etmek için zaman verir ve kontrolün kişinin elinde olduğu hissini uyandırır. Bu açıdan da anksiyeteyi azaltmada rol oynadığı söylenebilir.

Sosyal medya bağımlılığı:

Sosyal medya bağımlılığı, son dönemde sıkça söz edilen yeni bir davranışsal bağımlılık çeşitidir. Hücresel ağların yaygınlaşması ile akıllı telefonlarla hemen hemen her yerde internet erişimi sağlanmaktadır. Son yıllarda internet üzerinden en sık kullanılan programlar sosyal ağ/sosyal medya (facebook, instagram gibi) uygulamalarıdır, 2017’de yapılan bir çalışmanın verileri de bu durumu destekleyen kanıtlar sunmuştur. ¹⁵⁵ Akıllı telefonun kendisinin mi yoksa içindeki uygulamaların

mı bağımlılık oluşturduğu halen tartışılmaktadır. Bu sorunun yanıtı henüz tam verilememiş olsa da bu güne kadar yapılan yayınlarda (özellikle genç erişkinlerdeki) sosyal medya yaygınlığının akıllı telefon bağımlılığının en önemli etkeni olduğu düşünülmektedir.^{156, 157}

Sosyal medyanın yaygınlaşması sosyal medya bağımlılığı başta olmak üzere pek çok yeni kavramı beraberinde getirmiştir. FoMo (fear of missing out) da bunlardan biridir. Gelişmeleri kaçırma korkusu, ödüllendirici deneyimden eksik kalma korkusu ya da başkalarıyla sürekli bağlantıda kalma arzusu gibi çeşitli şekillerde tanımlanabilir.¹⁵⁸ Mobil cihazların iletişimde kalma ve başkalarının yaşamına katılmada kolaylık sağladığı düşünüldüğünde¹⁵⁹ FoMo'nun akıllı telefon bağımlılığıyla yakından ilişkili olduğu söylenebilir.¹⁶⁰

Son dönemde Wolniewics ve arkadaşları sosyal anksiyetenin FoMo'ya neden olabileceği FoMo'nun da akıllı telefon bağımlılığını yordayabileceğini ortaya koymuştur.¹⁶¹

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Örnekleme

Bu tez çalışması Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Erişkin Psikiyatrisi Polikliniği'ne başvuran, DSM-5'e göre SAB tanısı konan, çalışmaya katılmaya hem sözlü hem de yazılı olur veren, çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan 56 erişkin hasta (18-65 yaş arası) ve yaş, cinsiyet ve eğitim bakımından benzer özelliklere sahip 58 sağlıklı kontrol grubu ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırma projesi Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin Etik Kurul onayına sunulmuş, 28.05.2015 tarih ve 99950669/138 sayılı yazısıyla etik kurul onayı alınmıştır.

Hastalar çalışma hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirilmiş, gönüllü olanlardan sözel ve yazılı onay alınmıştır. Hastalara çalışmaya katılmayı reddetme veya görüşmeyi herhangi bir noktada sonlandırma hakkına sahip oldukları açıklanmış, kayıtlarının gizli tutulacağına dair güvence verilmiştir.

3.2. Araştırmaya Dahil Olma ve Olmama Ölçütleri

3.2.1. Araştırmaya Dahil Olma Ölçütleri

- 18-65 yaş arasında olmak,
- DSM-5'e göre SAB tanısının olması,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak, sözlü ve yazılı olur vermiş olmak,
- Okur-yazar olmak,

3.2.2. Araştırmaya Dahil Olmama Ölçütleri

- Bu çalışmanın uygulamalarına uyum sağlamasına engel olacak düzeyde eğitim ya da zeka problemi olması,
- Merkezi sinir sistemini etkileyebilecek herhangi bir fiziksel hastalık, travma ya da madde kullanım bozukluğu olmaması,
- Katılımcılarda psikotik belirtilerle ya da klinik olarak önemli derecede bilişsel işlev kusuruyla seyreden herhangi bir psikiyatrik bozukluğun ya da hastalığın olması (şizofreni, bipolar bozukluk epizodu, demans gibi),
- Çalışmaya olur vermeme.

3.3 Çalışmanın Aşamaları

Çalışmaya alınan kişilere aşağıdaki yapılandırılmış ya da yarı yapılandırılmış klinik değerlendirme gereçleri ve öz bildirim ölçekleri uygulanmıştır:

1. Sosyodemografik Veri Formu
2. DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)
3. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği
4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
5. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ)
6. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)
7. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)
8. Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği
9. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)

10. İnternet Bağımlılık Ölçeği (İBÖ)

SAB tanısı konan 56 hasta çalışmaya dahil edildi. Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID- I) uygulandı ve DSM-5'e göre SAB tanısı teyit edildi. Sosyodemografik bilgilerinin ve hastalıklarının klinik özelliklerine ilişkin bilgilerin kaydedilmesi için belirtilen öz bildirim ölçekleri hastalara uygulandı.

Kontrol grubuna ve SAB hastalarına, tedavi öncesinde ve sonrasında depresyon belirtilerini değerlendirmek amacıyla Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), genel kaygı şiddetini ölçmek amacıyla Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), aleksitimi düzeyini ölçmek için Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), sosyal anksiyetenin şiddetini belirlemek için Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ), akıllı telefon kullanımını değerlendirmek için Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği, internet bağımlılığını değerlendirmek için İnternet Bağımlılık Ölçeği, kişilik özelliklerini değerlendirmek için Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği, benlik saygısını değerlendirmek için rosenberg benlik saygısı ölçeğinin ilk 10 maddesi uygulandı. Uygulanan ölçek sonuçları her iki grup için karşılaştırıldı.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu:

Hastaların sosyodemografik bilgileri ve hastalıklarının klinik özelliklerine ilişkin bilgilerin kaydedilmesi için tarafımızca hazırlanmış formlar kullanıldı.

3.4.2. DSM-IV Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I)

Altı modülden oluşan, DSM-IV'e göre eksen I ruhsal bozuklukların tanısını araştırmak için görüşmeci tarafından uygulanan ortalama 25-60 dakika süren

yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. First ve arkadaşları¹⁶² tarafından geliştirilmiş, Özkürkçügil ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.¹⁶³

3.4.3. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği:

Birçok sosyal durumlarla ilgili olarak ortaya çıkan kaygı ve kaçınma şiddetini sorgulayan kaygı için 24, kaçınma için 24 sorudan oluşan toplam 48 soruluk likert tipinde bir öz-değerlendirme ölçeğidir. Her bir soruya 1 ile 4 puan arası verilmek suretiyle hesaplanır. Sosyal kaygının ve kaçınmanın şiddetlendikçe alınan puanlar da artış göstermektedir. Ölçek Liebowitz¹⁶⁴ tarafından geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Heimberg ve arkadaşları¹⁶⁵, Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Dilbaz ve arkadaşları¹⁶⁶ tarafından yapılmıştır. Türkçe versiyonunun kesme puanı bulunmamaktadır ancak kesme puanı 41,5 puan olarak alındığında, %97 özgüllük ve duyarlılık sağlandığı saptanmıştır.¹⁶⁶

3.4.4. Beck Anksiyete Ölçeği:

Anksiyetenin bedensel ve ruhsal belirtilerini ölçen, 21 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Her soru 0 ile 3 puan arası puanlanır. 1988 yılında Beck ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş¹⁶⁷, Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği Ulusoy ve arkadaşları¹⁶⁸ tarafından yapılmıştır.

3.4.5. Beck Depresyon Ölçeği:

Depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla Beck tarafından geliştirilen 21 maddelik kendini değerlendirme ölçeğidir. Likert tipi ölçüm sağlar. Her soru 0-3 arası puanlanır, toplam puan 0-63 arası değişir. Türkçe geçerlilik

güvenilirlik çalışması Nesrin Hisli tarafından yapılmış, kesme puanı 17 olarak kabul edilmiştir.¹⁶⁹

3.4.6. Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği:

Kwon ve arkadaşları tarafından geliştirilen öz bildirim ölçeğidir.¹²¹ Likert tipi bir ölçektir, 33 maddeden oluşur her soru 1 ile 6 arası puanlanır. Kesme puanı yoktur, alınan puan yükseldikçe akıllı telefon bağımlılığı riski de artar. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kadir Demirci ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.¹⁷⁰ Ölçeğin diğer ölçeklerle arasındaki korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

3.4.7. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği:

1963 yılında Morris Rosenberg tarafından geliştirilen Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Çuhadaroğlu tarafından yapılan 63 sorudan oluşan bir ölçektir.¹⁷¹ Benlik saygısı, kendilik kavramının sürekliliği, insanlara güvenme, eleştiriye duyarlılık, depresif duygulanım, hayalperestlik, psikosomatik belirtiler, kişiler arası ilişkilerde tehdit hissetme, tartışmalara katılabilme, anne-baba ilgisi, babayla ilişki ve psişik izolasyon olmak üzere 12 alt kategoriden oluşur.

Çalışmamızın amacı doğrultusunda benlik saygısını ölçen ilk 10 madde kullanılmıştır. 1, 2, 4, 6, 7. maddeler olumlu kendilik değerlendirmesini sorgulamakta olup, 3'ten 0'a kadar değişen puanlama yapılırken, 3, 5, 8, 9, 10. maddeler olumsuz kendilik değerlendirmesini sorgulamakta olup, 0'dan 3'e kadar değişen bir puanlama yapılmaktadır. Toplam puan aralığı 0-30 arasında olup, 15-25 arası alınan puan benlik saygısının yeterli olduğunu gösterirken, 15 puanın altı düşük benlik saygısını göstermektedir.

3.4.8. Toronto Aleksitimi Ölçeği:

Bagby ve arkadaşları tarafından aleksitimik özellikleri ölçmek amacıyla geliştirilen 20 soruluk bir kendini değerlendirme ölçeğidir.¹⁷² 4, 5, 10, 18 ve 19.maddeler ters biçimde puanlanır. Düz maddeler için; hiç katılmıyorum (1), katılmıyorum (2), kararsızım (3), katılıyorum (4), tamamen katılıyorum (5) puan almaktadır. Olumlu maddeler için hiç katılmıyorum (5), katılmıyorum (4), kararsızım (3), katılıyorum (2), tamamen katılıyorum (1) puan almaktadır. Türkçe uyarlaması Sayar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.¹⁷³ Kesme puanı 61'dir.

“Duygularını tanımada güçlük (TAÖ-1)”, “duyguları söze dökmede güçlük (TAÖ-2)”, “dışa-dönük düşünme (TAÖ-3)” alt ölçekleri şeklinde 3 alt ölçeği vardır.

3.4.9. İnternet Bağımlılık Ölçeği:

Nichols ve Nicki tarafından geliştirilen, internet bağımlılığı varlığını ve düzeyini değerlendiren, 31 maddelik, self-report, beş seçenekli likert tipi bir ölçektir.¹⁷⁴ Ölçekte 93 puan ve üzeri toplam internet bağımlılığı göstergesi olarak bildirilmiştir. Türkçe'ye uyarlaması Kayrı ve Günüş tarafından yapılmıştır. Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı 0,9312 olarak hesaplanmıştır.¹⁷⁵

3.4.10. Temel kişilik Özellikleri Ölçeği:

Costa ve arkadaşları¹⁷⁶ tarafından oluşturulan 5 faktörlü kişilik özellikleri ölçeği Gülgöz¹⁷⁷ tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ancak yeni anketlere ihtiyaç olduğu vurgulanmış ve bunun üzerine temel kişilik özellikleri ölçeği geliştirilmiştir. 45 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Katılımcılar her bir özelliğin

kendilerini ne boyutta tanımladığını, 1 “bu özellik benim için hiç uygun değil” ile 5 “bu özellik benim için çok uygun” arasında değerlendirmektedir.

Türkçe geçerlik-güvenilirlik çalışması, Tülin Gençöz ve Öznur Öncül tarafından yapılmıştır.¹⁷⁸ Dışa dönüklük – içe dönüklük (extroversion – introversion), sorumluluk (conscientiousness), uyumluluk (agreeableness), nörotisizm – duygusal tutarlık (neuroticism – emotional stability), açıklık / akıl (openness / intellect), olumsuz değerlik (negative valence) olmak üzere 6 alt ölçekten oluşmaktadır.

3.5. İstatistiksel Analiz

İstatistik değerlendirmeler SPSS 21.0 IBM paket programı kullanılarak yapılmıştır. Grupların bağımlı değişkenler açısından normal dağılım gösterdiği saptanmış, bu nedenle de tüm değerlendirmelerde parametrik testler kullanılmıştır. Sosyodemografik verilerin değerlendirilmesinde betimsel analiz yöntemleri, gruplar arası karşılaştırma yaparken, T-Testi ve Ki-Kare analiz yöntemleri, gruplara düşen kişi sayısı 30’un altına düştüğünde ise, karşılaştırma yapmak için Mann Whitney U analiz yöntemi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

İstatistik Analizler

Bulgular

Bu bölümde SAB hastaları ile sağlıklı kontrol grubuna uygulanan anksiyete, depresyon, benlik saygısı, aleksitimi, kişilik özellikleri, sosyal kaygı, internet ve akıllı telefon bağımlılığı ölçeklerine ait verilerin sonuçları verilecektir. Gruplar arasında cinsiyet ($X^2=0.052$, $p=.820$), medeni durum ($X^2=0.090$, $p=.764$), eğitim durumu ($X^2=7.094$, $p=.131$) ve yaş ($t=-1.278$, $p=.205$) açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Tüm katılımcıların ortalama yaşı 25.62'dir. Katılımcıların 46'sı (%40.3) erkek, 68'i (59.7) kadın cinsiyettedir. Medeni durumları incelendiğinde tüm katılımcıların 82'si (%71.9) bekar, 32'si (%28.1) evlidir. Tüm katılımcıların 1'i (%0.9) ortaokul mezunu, 7'si (%6.1) lise mezunu, 4'ü (%3.5) yüksekokul mezunu, 99'u (%86.8) üniversite mezunu olup, 3'ü (%2.6) ise eğitim durumlarını diğer olarak belirtmiştir.

Katılımcılara ait sosyodemografik veriler Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Özellikler

Değişkenler	Sosyal Anksiyete Bozukluğu (N=56)		Kontrol (N=58)	
	N	%	N	%
Cinsiyet				
Kadın	34	60.7	34	58.6
Erkek	22	39.3	24	41.4
Medeni Durum				
Bekar	41	73.2	41	70.7
Evli	15	26.8	17	29.3
Eğitim Durumu				
Ortaokul	1	1.8	0	0
Lise	6	10.7	1	1.7
Yüksek Okul	3	5.4	1	1.7
Üniversite	44	78.6	55	94.8
Diğer	2	3.8	1	1.7
	Ort.	s.d.	Ort.	s.d.
Yaş	25.09	5.37	26.14	3.02

Gruplara ait sigara, alkol, madde ile akıllı telefon ve internet kullanımına ilişkin bilgiler ise Tablo 4'te belirtilmiştir. SAB grubunda 6 kişi (%10.7) sigara kullanmakta, 50 kişi (%89.3) sigara kullanmamaktadır. Kontrol grubunda ise 9 kişi (%15.5) sigara kullanırken, 49 kişi (%84.5) sigara kullanmamaktadır. SAB grubunda 4 kişi (%7.1) alkol kullanmakta, 52 kişi (%92.9) alkol kullanmamaktadır. Kontrol grubunda ise 11 kişi (%19) alkol kullanmakta, 47 kişi (%81) alkol kullanmamaktadır. Hem SAB hem de kontrol grubunda madde kullanan kimse bulunmamaktadır.

Gruplar arasında internet kullanım süresi ($t=2.973$, $p<.01$) açısından anlamlı bir fark varken, mesajlaşma süresi ($t=1.958$, $p=.054$), telefonla geçirilen süre ($t=0.975$, $p=.332$) ve telefonda konuşma süresi ($t=1.319$, $p=.191$) açısından anlamlı bir fark yoktur. SAB hastaları (Ort.= 195.09 ± 151.10) sağlıklı kontrol grubuna (Ort.= 129.66 ± 66.76) göre anlamlı olarak daha fazla internette zaman harcamaktadırlar.

Tablo 4.Katılımcılara Ait Diğer Özellikler

Değişkenler	Sosyal Anksiyete Bozukluğu (N=56)		Kontrol (N=58)	
	N	%	N	%
Sigara Kullanımı				
Hayır	50	89.3	49	84.5
Evet	6	10.7	9	15.5
Alkol Kullanımı				
Hayır	52	92.9	47	81
Evet	4	7.1	11	19
Madde Kullanımı				
Hayır	56	100	58	100
Evet	0	0	0	0
Akıllı Telefonu				
Olan	56	100	58	100
Olmayan	0	0	0	0
Cep Telefonu Kullanım Amacı				

Konuşma	14	25.9	21	36.2
Mesajlaşma	14	25.9	15	25.9
Oyun Oynama	2	3.7	1	1.7
Fotoğraf/Video Çekme	2	3.7	1	1.7
Müzik Dinleme	3	5.6	0	0
İnternet Kullanımı	19	35.2	20	34.5
Akıllı telefona sahip olma süresi				
1-3 Yıl	6	10.7	0	0
4-5 Yıl	3	5.4	0	0
6-8 Yıl	11	19.6	4	6.9
8 Yıldan Fazla	36	64.3	54	93.1
Cep telefonuyla hangisini yapmayı tercih eder siz?				
Konuşmak	25	44.6	40	69
Mesajlaşmak	31	55.4	18	31
Mesajlaşmak konuşmaktan daha az kaygı verir				
Doğru	39	75	26	44.8
Yanlış	13	25	32	55.2
Telefon kullanımı yaşamınızı etkiliyor mu?				
Hiç etkilemiyor	14	25	13	22.4
Çok az etkiliyor	14	25	18	31
Kısmen etkiliyor	19	33.9	20	34.5
Etkiliyor	6	10.7	7	12.1
Çok fazla etkiliyor	3	5.4	0	0
Sosyal Medya				
Kullanan	48	85.7	49	84.5
Kullanmayan	8	14.3	9	15.5
Sosyal Medyada Aktivite Durumu				
Aktif paylaşım yapan	15	31.9	15	30
Aktif olarak yer almayan ancak paylaşımları takip eden	32	68.1	35	70
İnternet Kullanım Amacı				
Amaçsızca dolaşmak	19	33.93	20	34.48
E-postaya bakmak	4	7.14	5	8.62
Video izlemek	8	14.29	13	22.42
Sohbet (chat) etmek	5	8.93	7	12.07
Ders çalışmak	4	7.14	3	5.17
Oyun oynamak	3	5.36	3	5.17
Alışveriş yapmak	1	1.79	1	1.73

Birden fazla nedenle kullanmak	12	21.42	6	10.34
Bilgisayar ve internet kullanımı yaşamınızı etkiliyor mu?				
Hiç etkilemiyor	7	12.5	8	13.8
Çok az etkiliyor	12	21.4	19	32.8
Kısmen etkiliyor	18	32.1	19	32.8
Etkiliyor	13	23.2	11	19
Çok fazla etkiliyor	6	10.7	1	1.7
	Ort.	s.d	Ort.	s.d.
Telefon Kullanımı Süresi (Saat)	4.23	1.22	4.03	0.92
Mesajlaşma Süresi (Dakika)	111.02	131.32	73.28	54.98
Konuşma Süresi (Dakika)	57.76	57.7	46.03	30.63
İnternet Kullanım Süresi (Dakika)	195.09	151.10	129.66	66.76

Her iki gruba uygulanan Akıllı Telefon Bağımlılığı ve İnternet Bağımlılığı ölçek puanları karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 5'te gösterilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde her iki grup arasında Akıllı Telefon Bağımlılık Ölçeği'nin Günlük Yaşamı Bozma ve Tolerans ($t=2.349$, $p<.05$), Sanal İlişkiler ($t=2.297$, $p<.05$), Sosyal Ağlara Bağımlılık ($t=3.504$, $p<.01$) alt ölçek puanları ile toplam puan ($t=3.842$, $p<.001$) açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Buna göre, SAB grubu ($Ort.=22.71\pm9.04$) kontrol grubundakilerden ($Ort.=19.02\pm6.88$) anlamlı olarak daha fazla günlük yaşamı bozma ve tolerans alt ölçek puanına sahiptirler. Yine SAB grubu ($Ort.=7.30\pm3.95$) kontrol grubundakilerden ($Ort.=5.90\pm2.36$) anlamlı olarak daha fazla sanal ilişkiler alt test puanı almışlardır. Benzer şekilde, Sosyal Ağlara Bağımlılık alt test puanları açısından da SAB grubu ($Ort.=5.39\pm2.96$) kontrol grubundakilerden ($Ort.=3.69\pm2.15$) anlamlı olarak daha fazla puan almışlardır. Akıllı Telefon Bağımlılığı toplam puanları açısından yine SAB grubu ($Ort.=83.49\pm29.90$) kontrol grubundakilerden ($Ort.=69.60\pm18.42$) anlamlı olarak daha fazla puana sahiptirler. Tüm bu sonuçlara göre SAB grubunun kontrol grubuna göre daha fazla akıllı telefon bağımlısı olduğu söylenebilir. Akıllı Telefon

Bağımlılığı Ölçeği'nin Çekilme Belirtileri ($t=1.048$, $p=.297$), Olumlu Beklentiler ($t=0.984$, $p=.327$), Aşırı Kullanım ($t=1.977$, $p=.051$) ve Fiziksel Belirtiler ($t=0.891$, $p=.375$) alt ölçek puanları açısından ise anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

İnternet Bağımlılığı ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($t=3.842$, $p<.001$). Buna göre SAB grubunun (Ort.=71.73±22.47) kontrol grubundakilerden (Ort.=56.69±19.13) anlamlı olarak daha fazla internet bağımlısı olduğu söylenebilir.

Tablo 5. Gruplara Uygulanan Akıllı Telefon Bağımlılığı ve İnternet Bağımlılığı Ölçeklerinin Puanlarının Karşılaştırılması

Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği	Grup	N	Ortalama	S	sd	t	p
Günlük Yaşamı ve Tolerans	Sosyal anksiyete bozukluğu	51	22.71	9.04	93.24	2.349*	.021
	Kontrol	55	19.02	6.88			
Çekilme Belirtileri	Sosyal anksiyete bozukluğu	55	14.64	7.36	93.31	1.048	.297
	Kontrol	58	13.40	4.90			
Olumlu Beklentiler	Sosyal anksiyete bozukluğu	54	13.94	5.45	100.51	0.984	.327
	Kontrol	55	13.02	4.29			
Sanal İlişkiler	Sosyal anksiyete bozukluğu	56	7.30	3.95	89.16	2.297*	.024
	Kontrol	58	5.90	2.36			
Aşırı Kullanım	Sosyal anksiyete bozukluğu	55	10.73	4.28	100.23	1.977	.051
	Kontrol	56	9.30	3.22			
Sosyal Ağlara Bağımlılık	Sosyal anksiyete bozukluğu	56	5.39	2.96	100.34	3.504**	.001
	Kontrol	58	3.69	2.15			
Fiziksel Belirtiler	Sosyal anksiyete bozukluğu	56	7.73	2.98	104.97	0.891	.375
	Kontrol	57	7.28	2.37			
Toplam	Sosyal anksiyete bozukluğu	49	83.49	29.90	78.95	2.791**	.007
	Kontrol	52	69.60	18.42			
İnternet Bağımlılığı Ölçeği	Sosyal anksiyete bozukluğu	56	71.73	22.47	107.93	3.842***	.000
	Kontrol	58	56.69	19.13			

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

NOT: Verilerde eksiklikler olduğu için tablodaki grup sayıları farklılık göstermektedir.

Gruplar, uygulanan Temel Kişilik Özellikleri Ölçek puanı açısından karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 6'da belirtilmiştir. Buna göre, Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği'nin Dışa Dönüklük ($t=-7.563$, $p<.001$), Duygusal Tutarsızlık ($t=3.185$, $p<.01$) ve Gelişime Açıklık/Akıl ($t=-7.508$, $p<.001$) alt ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Buna göre, SAB'lı hastalar (Ort.=20.17±6.36) kontrol grubundakilerden (Ort.=28.77±5.57) anlamlı olarak daha içe dönüktürler. Duygusal Tutarsızlık alt test puanları açısından da sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalar (Ort.=28.98±6.54) kontrol grubundakilerden (Ort.=25.21±5.96) anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır. Gelişime Açıklık/Akıl alt ölçek puanları açısından SAB'lı hastalar (Ort.=16.95±4.30) kontrol grubundakilerden (Ort.=22.21±3.05) anlamlı olarak daha düşük puana sahiptirler. Sorumluluk ($t=-1.954$, $p=.054$), Geçimlilik/Uyumluluk ($t=-0.893$, $p=.374$), Olumsuz Değerlik ($t=-0.183$, $p=.855$) alt ölçek puanları açısından ise anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.

Tablo 6. Gruplara Uygulanan Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği	Grup	N	Ortalama	S	sd	t	p
Dışa Dönüklük	Sosyal anksiyete bozukluğu	54	20.17	6.36	105.37	-7.563**	.000
	Kontrol	57	28.77	5.57			
Sorumluluk	Sosyal anksiyete bozukluğu	56	26.96	7.00	99.98	-1.954	.054
	Kontrol	58	29.21	5.06			
Geçimlilik/ Uyumluluk	Sosyal anksiyete bozukluğu	53	32.32	3.74	108.8	-0.893	.374
	Kontrol	58	33	4.28			
Duygusal Tutarsızlık	Sosyal anksiyete bozukluğu	54	28.98	6.54	107.1	3.185*	.002
	Kontrol	58	25.21	5.96			
Gelişime Açıklık/Akıl	Sosyal anksiyete bozukluğu	56	16.95	4.30	98.96	-7.508**	.000
	Kontrol	58	22.21	3.05			
Olumsuz Değerlik	Sosyal anksiyete bozukluğu	54	10.11	2.77	109.31	-0.183	.855
	Kontrol	58	10.21	2.75			

* $p < .01$, ** $p < .001$

NOT: Verilerde eksiklikler olduğu için tablodaki grup sayıları farklılık göstermektedir.

Uygulanan TAÖ puanları açısından da gruplar karşılaştırılmıştır (Tablo 7).

TAÖ'nün Duyguları Tanıma Zorluğu ($t=5.833$, $p<.001$) ve Duyguları İfade Etme Zorluğu ($t=4.733$, $p<.001$) alt ölçek puanların açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Buna göre, SAB'lı hastalar (Ort.=18.53±5.89) kontrol grubundakilerden (Ort.=12.74±4.38) anlamlı olarak daha fazla duygularını

tanımda zorluk çekmektedir. Benzer şekilde, SAB'lı hastalar (Ort.=14.96±4.17) kontrol grubundakilerden (Ort.=11.53±3.44) anlamlı olarak daha fazla duygularını ifade etmekte zorluk yaşamaktadır. Dışavuruk Düşünce (t=0.796, p=.428) alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.

Tablo 7. Gruplara Uygulanan Toronto Aleksitimi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Toronto Aleksitimi Ölçeği	Grup	N	Ortalama	S	sd	t	p
Duyguları Tanıma Zorluğu	Sosyal anksiyete bozukluğu	53	18.53	5.89	95.6	5.833*	.000
	Kontrol	58	12.74	4.38			
Duyguları İfade Etme Zorluğu	Sosyal anksiyete bozukluğu	54	14.96	4.17	102.96	4.733*	.000
	Kontrol	58	11.53	3.44			
Dışavuruk Düşünce	Sosyal anksiyete bozukluğu	53	20.79	3.56	106.48	0.796	.428
	Kontrol	57	20.26	3.40			

*p<.001

Gruplara uygulanan Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği'nin puanları karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 8'de gösterilmiştir. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği'nin Kaygı (t=16.132, p<.001) ve Kaçınma (t=13.668, p<.001) alt ölçek puanları ile Toplam (t=15.586, p<.001) puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark vardır. Buna göre, SAB grubu (Ort.=62.70±11.57) kontrol grubundakilerden (Ort.=35.12±5.94) anlamlı olarak daha fazla kaygılıdır. Benzer şekilde, SAB'lı hastalar (Ort.=56.62±11.47) kontrol grubundakilerden

(Ort.=33.12±5.94) anlamlı olarak daha fazla kaçınma yaşamaktadır. Yine SAB'lı hastalar (Ort.=119.32±22.13) kontrol grubundakilerden (Ort.=68.24±10.77) anlamlı olarak daha fazla sosyal kaygıya sahiptirler.

Tablo 8. Gruplara Uygulanan Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği	Grup	N	Ortalama	S	sd	t	p
Kaygı	Sosyal anksiyete bozukluğu	56	62.70	11.57	78.42	16.132*	.000
	Kontrol	58	35.12	5.94			
Kaçınma	Sosyal anksiyete bozukluğu	56	56.62	11.47	81.84	13.668*	.000
	Kontrol	58	33.12	5.94			
Toplam	Sosyal anksiyete bozukluğu	56	119.32	22.13	79.04	15.586*	.000
	Kontrol	58	68.24	10.77			

*p<.001

Gruplar, uygulanan Rosenberg Benlik Saygısı, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete ölçek puanları açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 9). Sonuçta, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($t=-7.707$, $p<.001$). Buna göre SAB'lı hastalar (Ort.=14.43±6.09) kontrol grubundakilerden (Ort.=22.03±4.25) anlamlı olarak daha düşük benlik saygısına sahiptirler.

BDÖ puanları açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($t=7.105$, $p<.001$). Buna göre SAB'lı hastalar ($\text{Ort.}=16.34\pm11.37$) kontrol grubundakilerden ($\text{Ort.}=4.60\pm4.93$) anlamlı olarak daha yüksek depresyon skorlarına sahiptirler. SAB'lı BDÖ puanlarına göre hafif, orta ve şiddetli diye ayrılmıştır. Hastalardan 16 kişi (%44.4) hafif, 7 kişi (%19.4) orta ve 13 kişi (%36.1) şiddetli depresif belirtilere sahiptir.

Benzer şekilde, BAÖ puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($t=7.098$, $p<.001$). Buna göre SAB'lı hastalar ($\text{Ort.}=19.62\pm13.99$) kontrol grubundakilerden ($\text{Ort.}=5.21\pm6.04$) anlamlı olarak daha fazla anksiyetelidirler.

Tablo 9. Gruplara Uygulanan Rosenberg Benlik Sayısı, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeklerinin Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	N	Ortal ama	S	sd	t	p
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	Sosyal anksiyete bozukluğu	56	14.43	6.09	97.91	-7.707*	.000
	Kontrol	58	22.03	4.25			
Beck Depresyon Ölçeği	Sosyal anksiyete bozukluğu	56	16.34	11.37	74.45	7.105*	.000
	Kontrol	58	4.60	4.93			
Beck Anksiyete Ölçeği	Sosyal anksiyete bozukluğu	56	19.62	13.99	74.25	7.098*	.000
	Kontrol	58	5.21	6.04			

* $p<.001$

ATBÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Kadir Demirci ve arkadaşlarının 2015'te yaptıkları çalışmada ATBÖ median değeri 72 bulunarak;

72 altı AT az kullanan, 72 ve üstü ise AT çok kullanan grup şeklinde sınıflandırılmıştır.¹³³ Bu çalışmada da SAB grubu ATBÖ puanlarına göre 72 puandan bölünmüş, AT az kullanan ve çok kullanan şeklinde iki gruba ayrılmıştır. SAB hastalarında akıllı telefonu az ve çok kullanan kişilerin uygulanan ölçek puanları karşılaştırılmıştır (Tablo 10). Buna göre, gruplar arasında İBÖ (U=123.5, p<.01), Toronto Aleksitimi Ölçeği- Duyguları Tanıma Zorluğu (U=175, p<.05) ve Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği-Dışa Dönüklük (U=175.5, p<.05) ölçek puanları açısından anlamlı bir fark varken diğer ölçümler arasında anlamlı bir fark yoktur. Akıllı telefonu çok kullanan kişiler (Ort.=30.74), az kullanan kişilerden (Ort.=16.68) anlamlı olarak daha yüksek İBÖ puanına sahiptirler. Benzer şekilde, akıllı telefonu çok kullanan kişiler (Ort.=27.75), az kullanan kişilerden (Ort.=19.21) anlamlı olarak daha yüksek Toronto Aleksitimi Ölçeği- Duyguları Tanıma Zorluğu puanını almıştır. Tersine, akıllı telefonu çok kullanan kişiler (Ort.=20.50), az kullanan kişilerden (Ort.=28.73) anlamlı olarak daha düşük Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği-Dışa Dönüklük puanı almışlardır.

Tablo 10. SAB Grubunda Akıllı Telefonu Az ve Çok Kullanan Kişilere Uygulanan Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Akıllı Telefon	N	Ortalama	Ortalama Toplamı	U	P
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	Az kullanan	20	26.98	539.5	250.5	.420
	Çok Kullanan	29	23.64	685.5		
Beck Depresyon Ölçeği	Az kullanan	20	24.18	483.5	273.5	.737
	Çok Kullanan	29	25.57	741.5		
Beck Anksiyete Ölçeği	Az kullanan	20	23.83	476.5	266.5	.632
	Çok	29	25.81	748.5		

	Kullanan					
Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği-Kaygı	Az kullanan	20	22.05	441	231	.230
	Çok Kullanan	29	27.03	784		
Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği-Kaçınma	Az kullanan	20	21.75	435	225	.186
	Çok Kullanan	29	27.24	790		
Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği-Toplam	Az kullanan	20	21.18	423.5	213.5	.119
	Çok Kullanan	29	27.64	801.5		
İnternet Bağımlılığı Ölçeği	Az kullanan	20	16.68	333.5	123.5**	.001
	Çok Kullanan	29	30.74	891.5		
Toronto Aleksitimi Ölçeği-Duyguları Tanıma Zorluğu	Az kullanan	19	19.21	365	175*	.048
	Çok Kullanan	28	27.25	763		
Toronto Aleksitimi Ölçeği-Duyguları İfade Etme Zorluğu	Az kullanan	19	20.89	397	207	.198
	Çok Kullanan	28	26.11	763		
Toronto Aleksitimi Ölçeği-Dışavuruk Düşünce	Az kullanan	19	24.53	466	256	.827
	Çok Kullanan	28	23.64	662		
Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği-Dışa Dönüklük	Az kullanan	20	28.73	574.5	175.5*	.041
	Çok Kullanan	27	20.50	553.5		
Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği-Sorumluluk	Az kullanan	20	27.28	545.5	244.5	.354
	Çok Kullanan	29	23.43	679.5		
Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği-Geçimlilik/Uyumluluk	Az kullanan	20	26.88	537.5	232.5	.319
	Çok Kullanan	28	22.80	638.5		
Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği-Duygusal Tutarsızlık	Az kullanan	20	21.10	422	212	.211
	Çok Kullanan	27	26.15	706		
Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği-Gelişime Açıklık/Akıl	Az kullanan	20	28.73	574.5	215.5	.128
	Çok Kullanan	29	22.43	650.5		
Temel Kişilik Özellikleri Ölçeği-Olumsuz Değerlik	Az kullanan	19	21.50	408.5	218.5	.299
	Çok Kullanan	28	25.70	719.5		

* $p < .05$, ** $p < .01$

5. TARTIŞMA

SAB, çeşitli toplumsal durumlarda olumsuz değerlendirileceğinden korkma, kaygı duyma ve sosyal ortamlardan mümkün olduğunca kaçınma olarak tanımlanabilir. Yüz yüze iletişimde zorluk çeken bu kişilerin alternatif iletişim yolları kullanması olasıdır. Yapılan çalışmalarda sosyal anksiyete düzeyi arttıkça internet bağımlılık düzeyinin arttığı bulunmuştur. İlişki yönünü belirleyen prospektif çalışmalar sınırlı olmakla birlikte sosyal anksiyetenin internet bağımlılığını öngörmede önemli bir faktör olduğu vurgulanmaktadır.¹⁷⁹

ATB, özellikle son yıllarda gündeme gelen bir kavramdır. Akıllı telefonların birçok cihazın işlevini tek başına yapabilmesi, çok kolay taşınabilmesi popülerliğini giderek arttırmış, açık ara en çok kullanılan cihaz olmasına yol açmıştır. Ancak bu durum aynı zamanda bağımlılık riskini de arttırmış ve davranışsal bağımlılık kategorisine yeni bir kavramın eklenmesine neden olmuştur. Literatürde özellikle anksiyöz olmanın davranışsal bağımlılığa yatkınlıkta önemli rol oynadığı belirtilmiştir.¹⁸⁰ Davranışsal bağımlılık kategorisine giren akıllı telefon bağımlılığını öngören pek çok faktör olmakla birlikte en çok çalışılanlar düşük benlik saygısı, yüksek kişiler arası anksiyete, depresif semptomlar ve internet bağımlılığıdır.^{119, 135} Bazı çalışmalarda kadın cinsiyet, genç yaş, nörotisizm ve dışa dönüklüğün de öngördürücü olduğu ifade edilmiştir.^{119, 139}

SAB'ın ATB ile en çok ilişkilendirilen anksiyete ve benlik saygısı düşüklüğünü kapsayan bir patoloji olması çalışmamızın önemini vurgulanmaktadır. Bildiğimiz kadarıyla şimdiye kadar sosyal anksiyete bozukluğunda akıllı telefon bağımlılığı ve ilişkili değişkenleri araştıran herhangi bir çalışma yoktur. Bu çalışmada amacımız SAB hastalarında akıllı telefon bağımlılığı düzeyinin, benlik

saygısı, kişilik özellikleri, aleksitimi ve internet bağımlılığıyla ilişkisini değerlendirmek, bu parametreleri sağlıklı kontrol grubuyla kıyaslamaktır.

5.1. Sosyal anksiyete bozukluğu ve kontrol grubu arasında tanımlayıcı bulguların değerlendirilmesi:

Kontrol grubu, SAB grubunun sosyodemografik özellikleri göz önüne alınarak seçilmiştir. İstatistiksel olarak bakıldığında da gruplar arasında cinsiyet, medeni durum, yaş ve eğitim durumu açısından anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir. Bu da çalışmamızı güçlü kılmaktadır.

Gruplar arasında mesajlaşma süresi, telefonla geçirilen süre ve telefonda konuşma süresi açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kısa mesaj kullanımı, kısa mesaj bağımlılığı kavramlarıyla ilgili sınırlı sayıda çalışma vardır. 2011’de yapılan bir çalışmada kaygı düzeyinin düşük olması ve mesaj bağımlılığı ilişkili bulunurken¹⁸¹, İngiltere’de yayınlanan bir çalışmada da anksiyöz kişilerin arama yapmaktansa mesajlaşmayı tercih ettikleri ortaya konmuş¹⁸². Çalışmamızda kişilerin günlük mesaj sayısı sorulmamıştır ancak mesajlaşma süresi arasında her iki grup arası fark yoktur. Mesajlaşma, aralıklarla sürdürülen bir eylem olduğundan süresinin belirlenmesi zordur bu da çalışmamızda gruplar arası farklılık olmamasına neden olmuş olabilir.

SAB’da cep telefonu kullanımı araştırılmış olsa da bireylerin telefonda geçirdikleri süre ve konuşma süresini sorgulayan çalışmalar azdır. Cep telefonu kullanımı ve kişilik özellikleri ilişkisini araştıran çalışmalarda dışa dönüklük telefonda daha fazla konuşmayla ilişkilendirilmiştir^{150, 183}. Bu açıdan bakıldığında SAB grubunun konuşma sürelerinin daha kısa olması beklenebilir ancak çalışmamızda iki grup arasında bir fark bulunmamıştır. Konuşma süresinin kişilerin

özbildirimine bağlanması, kullanım tercihlerine dair bir ölçeğin bulunmaması bu durumun nedeni olabilir. Yeni akıllı telefon yazılımlarında ekran süresinin ölçülmesi ve mesajlaşma, konuşma, whatsapp gibi uygulamalarda geçirilen sürelerin ayrı ayrı hesaplanması mümkün olabilmektedir. İlerki çalışmalarda bu süreler katılımcıların telefonları aracılığıyla saptanarak daha objektif sonuçlara ulaşılabilir.

5.2. Sosyal anksiyete bozukluğu ve kontrol grubunun internet bağımlılığı açısından değerlendirilmesi:

Günümüzde internet pek çok amaçla kullanılmakla birlikte, bazı programlar ve sosyal ağlar aracılığıyla kişilerarası iletişimde de kolaylık sağlamaktadır. SAB'lı bireylerin iletişimde yaşadığı zorluklar göz önüne alındığında internetin bir alternatif sunması bu konuyu araştırmaya değer kılmaktadır.

Birçok çalışmada sosyal anksiyete ve internet bağımlılığı ilişkisi araştırılmış ve çoğunluğunda da pozitif bir ilişki saptanmıştır^{184, 185}. 2015'te yapılan bir gözden geçirmede internet bağımlılığı, sosyal anksiyete bozukluğu, depresyon ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuyla yakından ilişkilendirilirken¹⁸⁶, Chak ve Leung'un yaptığı çalışmada internet bağımlılığı, sosyal anksiyete, çekingenlik ve depresyonla pozitif ilişkili bulunmuştur¹⁸⁷.

Ülkemizde tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan güncel bir çalışmada sosyal kaçınma puanları yüksek olan bireylerin internet bağımlılığı ölçeğinde yüksek puanlar aldığı ortaya konulmuş olup; sosyal kaygının internet bağımlılığı puanlarındaki varyansın %43'ü ile ilişkilendirildiği ve internet bağımlılığı üzerinde güçlü bir öngörücü olarak nitelendirilebileceği ifade edilmiştir¹⁸⁸. Sosyal anksiyete ve internet bağımlılığı arasındaki neden-sonuç ilişkisi belirsizdir¹⁸⁹ ancak internetin

sosyal anksiyeteye baş etmede önemli bir etken olarak rol alabileceği söylenebilir¹⁹⁰.

Sosyal anksiyeteli bireylerin interneti daha sık kullanma eğiliminde olmalarının nedenlerinden biri olumsuz duygulardan kaçmak olabilir¹⁸⁸. İnternetle iletişim, kişilerin haklarındaki bazı bilgileri saklayabilmelerine ve istedikleri kimliğe bürünebilmelerine olanak sağlar.¹⁹¹ Ayrıca yüz yüze iletişimden daha esnektir.¹⁹² Bu yüzden sosyal ilişkilerde zorluk çeken bireyler interneti, kendilerini daha rahat ifade edebildikleri sanal bir dünya olarak görebilirler.^{188, 193}

Çalışmamızda SAB grubunun günlük internet kullanım süreleri Ort.=195.09±151.10 dakika bulunmuş olup, sağlıklı kontrol grubuna (Ort.=129.66±66.76) göre internette harcadıkları süre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. İnternet bağımlılığı ölçek puanları açısından da karşılaştırıldığında SAB grubunun (Ort.=71.73±22.47) kontrol grubundan (Ort.=56.69±19.13) daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (t=3.842, p<.001). Çalışmamızda internet bağımlılığı ile sosyal anksiyete bozukluğu arasında pozitif ilişki saptanmış olup bu bulgular literatür ile uyumlu bulunmuştur. Daha önce yapılan çalışmalar klinik popülasyondan ziyade üniversite öğrencilerinde yapılmıştır. Bu çalışmanın sosyal anksiyeteli bireylerde kontrol grubuyla karşılaştırılarak yapılmış olması çalışmamızı diğer çalışmalardan ayırmaktadır.

Ancak ortaya çıkan bulgular, internet bağımlılığı ve sosyal anksiyete bozukluğu arasındaki nedensellik bağının saptanmasına olanak vermemektedir. Literatürde de vurgulandığı gibi nedenselliğe yönelik yapılmış çalışma sayısı azdır ve prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

5.3. Sosyal anksiyete bozukluğu ve kontrol grubunun akıllı telefon bağımlılığı açısından değerlendirilmesi:

Akıllı telefonlar bir çok cihazın işlevini yapabilmesi, kolay taşınabilirliği nedeniyle hayatımızda en fazla yer alan cihazlardır. 2017’de yapılan Global Mobil Kullanıcı Anketi’nde diğer cihazlara kıyasla gelir, yaş fark etmeksizin tüm gruplarda benzer oranda kullanıldığı bulunmuştur¹¹⁶. Bu durum akıllı telefonların hayatımızdaki yerini vurgulamakta, günümüzde herkes için olmazsa olmaz bir hale geldiğini göstermektedir.

Çalışmamızda akıllı telefon bağımlılığı toplam puanı SAB grubunda kontrol grubundan anlamlı olarak yüksektir. Başka bir deyişle, SAB hastalarının kontrollere göre daha fazla akıllı telefon bağımlısı olduğu söylenebilir. Sosyal anksiyete belirtileri ve ATB ilişkisi pek çok çalışmada incelenmiştir. Klinik olmayan örnekleme yapılan bu çalışmalarda sosyal anksiyete semptomları arttıkça akıllı telefon bağımlılık düzeyinin de arttığı tespit edilmiştir^{146, 194, 195}. Bu açıdan çalışmamız literatürle uyumludur. Önceki çalışmalardan farklı olarak çalışmamız klinik popülasyonunda yapılmıştır. Ulaşabildiğimiz kadarıyla SAB tanısı almış popülasyonda yapılan akıllı telefon bağımlılığı çalışması yoktur.

Alt ölçekler açısından incelendiğinde günlük yaşamı bozma ve tolerans, sanal ilişkiler, sosyal ağlara bağımlılık düzeyleri iki grup arasında anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. SAB hastaları kontrollere kıyasla bu alt ölçeklerden daha yüksek puanlar almıştır, sonuçlarımız literatürle uyumludur. Çekilme belirtileri, olumlu beklentiler, aşırı kullanım ve fiziksel belirtiler alt ölçeklerinde iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Gelişmeleri kaçırma korkusu olarak tanımlanan (fear of missing out- FoMo) sosyal ağlara bağımlılıkla ilişkili bir

tanımdır. FoMo daha önce yapılan çalışmalarda anksiyete ve depresyonla ilişkilendirilmiştir¹⁹⁶. Yakın zamanlı bir çalışmada; sosyal anksiyeteli kişilerin gelişmeleri kaçırma korkusu duyduğu ve bunun sonucunda akıllı telefon kullanımlarının artabileceğinden bahsedilmektedir¹⁶¹. SAB’da kişiler arası ilişkilerde anksiyete arttığından yüz yüze ilişki kurmakta zorlanan bireyler sanal ilişki kurmaya yönelmektedir. SAB hastaları kaygılarını azaltmak için akıllı telefonu kullanıyor olabilir, bu durumun sonuçları da gündelik hayata olumsuz şekilde yansır. Çalışmamızda SAB hastalarının, günlük yaşamı bozma ve tolerans, sanal ilişkiler, sosyal ağlara bağımlılık alt ölçeklerinin kontrol grubuna göre yüksek bulunması da yukarıdaki durumlarla bağlantılandırılabilir. Benlik saygısı yüksek kişilerin online arkadaşlarının daha fazla olduğu, tartışma gruplarında daha fazla yer aldıkları literatürde yer almaktadır^{197, 198}. Bu kişiler online etkileşimleri keyif almak için kullanırken, SAB hastaları sosyal beceri yetersizliği nedeniyle akıllı telefonu sık tercih ediyor olabilir¹⁹⁹. Çekilme belirtileri ve olumlu beklentilerin SAB ve kontrol grubu arasında farklılık göstermemesi de bu durumla ilişkilendirilebilir.

5.4. Sosyal anksiyete bozukluğu grubunda akıllı telefon bağımlılığına etki eden faktörler:

SAB hastalarında akıllı telefonu az ve çok kullanan kişilerin ölçek puanları karşılaştırıldığında; gruplar arasında İBÖ, aleksitimi alt ölçeği olan duyguları tanıma zorluğu ve kişilik özelliği alt ölçeği olan dışa dönüklük ölçek puanları açısından anlamlı bir fark varken diğer ölçümler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Akıllı telefonun barındırdığı pek çok program internet üzerinden kullanılmaktadır. Literatürde de akıllı telefon bağımlılığının internet bağımlılığıyla birçok ortak özelliği paylaştığı ve aralarında pozitif bir etkileşim olduğu belirtilmekte, her iki

bağımlılığın benzer risk faktörlerine sahip olduğu bilinmektedir¹²⁸. Çalışmamızda da hasta grubunda akıllı telefon kullanımı çok olan kişilerin, az olan gruba göre internet bağımlılığı ölçeğinin anlamlı derece yüksek olması bu şekilde açıklanabilir.

SAB grubu ATBÖ puanlarına göre 72 puandan bölünmüş, AT az kullanan ve çok kullanan şeklinde iki gruba ayrılmıştır. İki grup arasında toplam aleksitimi puanı, duyguları ifade etme ve dışavuruk düşünce alt ölçekleri arasında fark bulunmazken, duyguları tanıma zorluğu alt ölçeği akıllı telefon çok kullanan grupta yüksek bulunmuştur. Aleksitimi ve bağımlılık ilişkisiyle ilgili çok sayıda çalışma yapılmış ve aleksitimik bireylerin kompanzatuvar şekilde bağımlılık davranışlarına yönelebileceği ifade edilmiştir²⁰⁰. İtalya’da yapılan bir çalışmada aleksitimi düzeyi yüksek olan öğrencilerin internet bağımlılığı puanlarının daha yüksek olduğu bulunarak, aleksitiminin internet bağımlılığında güçlü bir yordayıcı olduğu vurgulanmıştır²⁰¹. Çalışmamızda bu veriyi destekleyecek bulguya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda SAB grubunda akıllı telefonu çok kullanan grubun az kullanan gruba göre daha içe dönük saptanması akıllı telefon kullanımının sosyal anksiyeteyi kompanse etmek amaçlı kullanıldığı hipotezini destekler niteliktedir. Kişilik ve akıllı telefon ilişkisini araştıran önceki yayınlara bakıldığında dışa dönüklük akıllı telefonla ilişkili bulunmuştur^{202, 203}. Bu açıdan çalışmamız literatürden ayrılmakla birlikte, önceki çalışmaların genel popülasyonda yapılması bu farklılığı açıklayabilir.

SAB tanılı kişilerde akıllı telefonu çok kullanan grupta benlik saygısı daha düşük, sosyal kaygı ve kaçınma puanları daha yüksek bulunmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Örneklem sayımızın düşüklüğü bu noktada dezavantaj oluşturmuş olabilir.

6. SONUÇ

Çalışmamızda SAB tanılı bireylerde akıllı telefon bağımlılığı, internet bağımlılığı ve ilişkili diğer parametreler incelenmiştir. SAB grubunun kontrol grubuyla karşılaştırılmasının yanı sıra, SAB'lı kişiler akıllı telefon kullanımına göre az ve çok olarak iki gruba ayrılmış, bu olguların internet bağımlılığı, benlik saygısı, kişilik özellikleri, aleksitimi, sosyal kaygı düzeyi, depresif semptom ve anksiyete semptomu yönünden farklılık gösterip göstermedikleri araştırılmıştır.

Çalışmamızdan elde edilen ana sonuçlar şöyledir:

1. SAB tanılı bireylerin kontrol grubuna göre teknolojik bağımlılık (akıllı telefon, internet bağımlılığı) düzeyleri daha yüksektir.
2. SAB grubu ile kontrol grubu sigara, alkol kullanımı açısından benzerdir.
3. SAB grubunda internet kullanım süresi kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksektir bu da teknolojik bağımlılık açısından riskli oldukları hipotezini desteklemektedir.
4. SAB grubunda ATB ile ilişkili Günlük Yaşam Bozma ve Tolerans, Sanal İlişkiler ve Sosyal Ağlara Bağımlılık ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur.
5. SAB'lı kişilerden akıllı telefonu çok kullanan grubun az kullanan gruba göre İB ve duyguları tanıma güçlüklerinin yüksek, dışa dönüklüklerinin ise daha düşük olduğu saptanmıştır.

SAB tanısı olan bireylerin, teknolojik bağımlılıklar kapsamında değerlendirilen ATB ve İB ile ilişkili özelliklerinin belirlenmesi, bu bağımlılıkların eşlik ettiği SAB olgularına yönelik önleyici ve tedavi edici stratejilerin geliştirilmesinde önem arz etmektedir.

Çalışmamızın kesitsel olması sebebiyle incelenen değişkenler arasında nedensel bir ilişki kurulamamaktadır. Daha geniş örneklemelerde yapılacak ilerki çalışmalarda teknolojik bağımlılıklar için risk oluşturan diğer etkenlerin araştırılması gerekmektedir.



7. KAYNAKLAR

1. Weinstein A, Lejoyeux M. Internet addiction or excessive internet use. *The American journal of drug and alcohol abuse* 2010;36(5):277-283.
2. Lee BW, Stapinski, LA. Seeking safety on the internet: relationship between social anxiety and problematic internet use. *Journal of anxiety disorders* 2012;26(1): 197-205.
3. Kwon M, Lee JY, Won WY, Park JW, Min JA, Hahn C, et al. Development and Validation of a Smartphone Addiction Scale (SAS). *PloS One* 2013;8(2):e56936.
4. Hwang KH, Yoo YS, Cho OH. Smartphone overuse and upper extremity pain, anxiety, depression, and interpersonal relationships among college students. *The Journal of the Korea Contents Association* 2012;12(10): 365–375.
5. Shepherd RM, Edelmann RJ. Reasons for internet use and social anxiety. *Pers Individ Dif* 2005;39(5): 949- 958.
6. American Psychiatric Association, Ruhsal bozuklukların tanımsal ve varsayımsal elkitabı (DSM-5), tanı ölçütleri başvuru elkitabı, ed. E. Köroğlu. 2013, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
7. Beard GM. Morbid fear as a symptom of nervous disease. *Hos. Gaz* 1879;6:305-308.
8. Janet P, Raymond F. *Les Obsessions et la Psychasthenie*. Felix Alcan 1903.
9. Marks IM, Gelder MG. Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry* 1966;123(2):218-221.
10. Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AJ, Klein DF. Social phobia: Review of a neglected anxiety disorder. *Archives of general psychiatry* 1985;42(7):729-736.
11. American Psychiatric Association *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (3rd edition—Revised). Washington;1987.
12. American Psychiatric Association *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (4th edition). Washington;1994.
13. World Health Organization. *The ICD- 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*, Geneva;1993.
14. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:617–27.
15. Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Rae DS, Myers JK, Kramer M, et al. One-Month Prevalence Of Mental Disorders in the United States: Based on Five Epidemiologic Catchment Area Sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45(11):977- 86.
16. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United

States: results from the National Comorbidity Survey. Archives of general psychiatry 1994;51(1): 8-19.

17. Ruscio AM, Brown TA, Chiu WT, Sareen J, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. Psychol Med 2008;38:15-28.
18. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, Smith S, et al. The Epidemiology of DSM-IV Panic Disorder and Agoraphobia in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry 2006;67(3):363-74.
19. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand Suppl 2004;420: 28–37.
20. Faravelli C, Abrardi L, Bartolozzi D, Cecchi C, Cosci F, D'Adamo D, et al. The Sesto Fiorentino study: point and one-year prevalences of psychiatric disorders in an Italian community sample using clinical interviewers. Psychother Psychosom 2004;73:226–234.
21. Lampe L, Slade T, Issakidis C, Andrews G. Social phobia in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being (NSMHWB). Psychol Med 2003;33:637–646.
22. Fehm L, Beesdo K, Jacobi F, Fiedler A. Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: prevalence, comorbidity and impairment in the general population. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2008;43:257–265.
23. Beesdo K, Bittner A, Pine DS, Stein MB, Höfler M, Lieb R, et al. Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. Arch Gen Psychiatry 2007;64:903–12.
24. İzgiç F, Akyüz G, Doğan O, Kuğu N. Üniversite öğrencilerinde sosyal fobi yaygınlığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000;1(4): 207-214.
25. Kırpınar İ, Özer H, Coşkun İ, Anaç Ş, Turan M, Gençelli Ş. Erzurum'daki üniversite öğrencilerinde CIDI (DSM-III-R) ruhsal bozuklukların yaşam boyu ve 12 aylık yaygınlığı. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1997;4:253-265.
26. Dilbaz N. The prevalence of social phobia among the Turkish university students. XII. World Congress of Psychiatry Yokohama 2002;24-29.
27. Pietrini F, Lelli L, Lo Sauro C, Faravelli C. Epidemiology of Social Phobia. Riv Psichiatri 2009;44(4):203-13.
28. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. European Neuropsychopharmacology 2011;21(9):655-679.
29. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusta Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı, İlişkili Faktörler, Yetiştirimi ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanımı Sonuçları. Ankara Eksen Tanınım Ltd, 1998;p:77-94.

30. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 1996;53:159-168.
31. Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR. Social phobia: diagnosis, assessment and treatment. New York:Guilford,1995;261-309.
32. Dilbaz N, Güz H. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun fenomenolojisi; Anksiyete Bozuklukları Ankara:Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları,2006;185-212.
33. Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology, patterns of comorbidity and associated disabilities of social phobia. *Psychiatric Clinics of North America* 2001;24:617-641.
34. Marshall JR. The diagnosis and treatment of social phobia and alcohol abuse. *Bull Menninger Clin* 1994;58(Suppl A):59- 65.
35. Wittchen HU, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine* 1999;29(02):309-323.
36. Dilbaz N, Güz H. Sosyal kaygı bozukluğunda cinsiyet farklılıkları. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2002;39:79-86.
37. Solmaz D, Gökalp PG, Babaoğlu AN. Sosyal fobide klinik özellikler ve eştanı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999;10:207-214.
38. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman MM. Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:282-288.
39. Regier DA, Narrow WE, Rae DS. The epidemiology of anxiety disorders: the Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *J Psychiatr Res* 1990;24:3-14.
40. Hazan AL, Stein MB. Clinical phenomenology and comorbidity. Social phobia: Clinical and research perspectives 1995;3-41.
41. Stein MB, Delaney SM, Chartier MJ, Kroft CD, Hazen AL. 3H paroxetine binding to platelets of patients with social phobia: comparison to patients with panic disorder and healthy volunteers. *Biol Psychiatry* 1995;37:224-228.
42. Davidson JRT, Huges DL, George LK, Blazer DG. The epidemiology of social phobia: Findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychol Med* 1993;23(3):709-718.
43. Dick CL, Sowa B, Bland RC, Newman SC. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton: Phobic disorders. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994;376:36-44.
44. Fyer AJ, Mannuzza S, Chapman TF, Liebowitz MR, Klein DF. A direct interview family study of social phobia. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50(4):286-93.
45. Lecrbier Y, Weiller E. Comorbidities in social phobia. *International Clinical Psychopharmacology* 1997;12:17-21.

46. Thomas SE, Thevos AK, Randall CL. Alcoholics with and without social phobia: A comparison of substance use and psychiatric variables. *J Stud Alcohol* 1999;60:472-479.
47. Lepine JP, Pelissolo A. Social phobia and alcoholism: a complex relationship. *J Affect Disord* 1998;50 Suppl 1:23-28.
48. Randall CL, Thomas S, Thevos AK. Concurrent alcoholism and social anxiety disorder: a first step toward developing effective treatments. *Alcohol Clin Exp Res* 2001;25:210-220.
49. Terra MB, Barros HM, Stein AT, Figueira I, Jorge MR, Palermo LH et al. Social Anxiety disorder in 300 patients hospitalized for alcoholism in Brazil: high prevalence and undertreatment. *Compr Psychiatry* 2006;47:463-467.
50. Randall CL, Johnson MR, Thevos AK, Sonne SC, Thomas SE, Willard SL, et al. Paroxetine for social anxiety and alcohol use in dual diagnosed patients. *Depress Anxiety* 2001;14:255-262.
51. Brunello N, den Boer JA, Judd LL, Kasper S, Kelsey JE, Lader M, et al. Social phobia: diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. *J Affect Disord* 2000;60(1):61-74.
52. Herbert JD, Hope DA, Bellack AS. Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorders. *J Abnorm Psychol* 1992;101:332-339.
53. Holt CS, Heimberg RG, Hope DA. Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *J Abnorm Psychol* 1992;101:318-325.
54. Sevinçok L. Sosyal Fobi ve Çekingen Kişilik Bozukluğu Arasındaki Tanısal Güçlükler. *Psikiyatri Dünyası* 2000;4(1):3-6.
55. Dilbaz N. Sosyal anksiyete bozukluğu: Tanı, epidemiyoloji, etiyoloji, klinik ve ayırıcı tanı. *Klinik Psikiyatri* 2000;3(2):3-21.
56. Westenberg HG, Liebowitz MR. Overview of panic and social anxiety disorders. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65 Suppl 14:22-6.
57. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Nobel Tıp Kitapları.2011;465.
58. Heimberg RG, Brozovich FA, Ronald, Rapee RM. A cognitive behavioral model of social anxiety disorder: update and extension. *Social Anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives* 2010;2:395-422.
59. Weiller E, Biseerbe JC, Boyer P, Lepine JP, Lecrubier Y. Social phobia in general health care: an unrecognised undertreated disabling disorder. *Br J Psychiatry* 1996; 168:169-174.
60. Schuckit MA Tipp JE, Bucholz KK, Nurnberger JI Jr, 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;92:1289-1304.
61. Stein MB. Social Phobia: Clinical and Research Perspectives. American Psychiatric Publication 1995;163-81.

62. Bowlby J. Attachment and Loss. Volume One: Attachment. Basic Books. 2nd ed. New York: NY;1969.
63. Gilbert P. Defense and safety: their function in social behavior and psychopathology. *Br J Clin Psychol* 1993;32(Pt 2):131-53.
64. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. In: Heimberg R, Liebowitz M, Hope DA, Schneier FR, eds. *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*. New York: Guilford Press,1995.
65. Wong J, Gordon EA, Heimberg RG. Cognitive behavioral models of social anxiety disorder. In: Weeks JW, ed. *The Wiley Blackwell Handbook of Social Anxiety Disorder*. 1st ed. John Wiley & Sons Ltd; 2014.
66. Rapee RM, Heimberg RG. A cognitive behavioral model of anxiety in social phobia. *Behav Res Ther* 1997;35(8):741-56.
67. Weeks JW, Heimberg RG, Rodebaugh TL. The Fear of Positive Evaluation Scale: assessing a proposed cognitive component of social anxiety. *J Anxiety Disord* 2008;22(1):44-55.
68. Weeks JW, Rodebaugh TL, Heimberg RG, Norton PJ, Jakatdar TA. "To avoid evaluation, withdraw": Fears of evaluation and depressive cognitions leads to social anxiety and submissive withdrawal. *Cogn Ther Res* 2009;33:375-89.
69. Weeks JW, Howell AN. The bivalent fear of evaluation model of social anxiety: Further integrating findings on fears of positive and negative evaluation. *Cogn Behav Ther* 2012;41(2):83-95.
70. Moscovitz DA. What is the core fear in social phobia? A new model to facilitate individualized case conceptualization and treatment. *Cogn Behav Practice* 2009;16:123-4.
71. Alden LE, Bieling P. Interpersonal consequences of the pursuit of safety. *Behav Res Ther* 1998;36(1):53-64.
72. Jones WH, Russell D. The Social Retention Scale: an objective instrument to measure shyness. *J Pers Assess* 1982;46(6):629-31.
73. Purdon C, Antoni M, Monteiro S, Swinson RP. Social anxiety in college students. *J Anxiety Disord* 2001;15(3):203-15.
74. Voncken MJ, Alden LE, Bögels SM, Roelofs J. Social rejection in social anxiety disorder: the role of performance deficits, evoked negative emotions and dissimilarity. *Br J Clin Psychol* 2008;47(Pt 4):439-50.
75. Grant DM, Beck JG, Farrow SM, Davila J. Do interpersonal features of social anxiety influence the development of depressive symptoms? *Cognition Emotion* 2007;21(3): 646-63.
76. Sparrevohn RM, Rapee RM. Self-disclosure, emotional expression and intimacy within romantic relationships of people with social phobia. *Behav Res Ther* 2009;47(12):1074-8.

77. Alden LE, Regambal MJ, Plasencia L. Relational processes in social anxiety disorder. In: Weeks JW, ed. *The Wiley Blackwell Handbook of Social Anxiety Disorder*. 1st ed. John Wiley & Sons, Ltd, 2014.
78. Fyer AJ, Manuzza S, Chapman TF, Liebowitz MR, Klein DF. A direct interview family study of social phobia. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:286-293.
79. Mancini C, van Ameringen M, Szatmari P, Fugere C, Boyle M. A high-risk pilot study of the children of adults with social phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1996;35(11):1511-1517.
80. Uhde T, Tancer ME, Gelertner CS, et al. Normal urinary free cortisol and postdexamethasone cortisol in social phobia: comparison to normal volunteers. *J Affect Dis* 1994;30:155-161.
81. Tancer ME, Stein MB, Gelernter CS, Uhde TW. The hypothalamic-pituitary-thyroid axis in social phobia. *Am J Psychiatry* 1990;147(7):929-33.
82. Graeff FG. On serotonin and experimental anxiety. *Psychopharmacology* 2002;163(3-4):467-76.
83. Tancer ME, Mailman RB, Stein MB, Mason GA, Carson SW, Golden RN. Neuroendocrine responsivity to monoaminergic system probes in generalized social phobia. *Anxiety* 1994;1(5):216-223.
84. Dilbaz N, Güz H. Sosyal anksiyete bozukluğunun patogenezi. Tükel R, Alkın T, editörler. *Anksiyete Bozuklukları*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2006;213-44.
85. Ipser JC, Kariuki CM, Stein DJ. Pharmacotherapy for social anxiety disorder: a systematic review. *Expert Rev Neurother* 2008;8(2):235-57.
86. Stein MB, Tancer ME, Uhde TW. Heart rate and plasma norepinephrine responsivity to orthostatic challenge in anxiety disorders. Comparison of patients with panic disorder and social phobia and normal control subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49(4):311-7.
87. Stein MB, Asmundson GJ, Chartier M. Autonomic responsivity in generalized social phobia. *J Affect Disord* 1994;31(3):211-21.
88. Potts NL, Book S, Davidson JR. The neurobiology of social phobia. *International Clinical Psychopharmacology* 1996;11(suppl 3):43-48.
89. Mathew SJ, Coplan JD, Gorman JM. Neurobiological mechanisms of social anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158(10):1558-67.
90. Furmark T. Neurobiological aspects of social anxiety disorder. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2009;46(1):5-12.
91. Mikkelsen EJ, Detlor J, Cohen DJ. School avoidance and social phobia triggered by haloperidol in patients with Tourette's disorder. *Am J Psychiatry* 1981;138(12):1572-6.
92. Van Ameringen M, Mancini C. The promise of neurobiology in social anxiety disorder. *Medical Psychiatry* 2004;29:181-96.
93. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety,

- posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry* 2014;14 (suppl 1):1.
94. Liebowitz MR, DeMartinis NA, Weihs K, Lonnberg PD, Smith WT, Chung H. Efficacy of sertraline in severe generalized social anxiety disorder: results of a double-blind, placebo controlled study. *J Clin Psychiatry* 2003;64(7):785-92.
 95. Van Ameringen MA, Lane RM, Walker JR, Bowen RC, Chokka PR, Goldner EM, et al. Sertraline treatment of generalized social phobia: a 20-week double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 2001;158(2):275-81.
 96. Kasper S, Stein DJ, Loft H, Nil R. Escitalopram in the treatment of social anxiety disorder: randomised, placebo-controlled, flexible-dosage study. *Br J Psychiatry* 2005;186:222-6.
 97. Van Vliet IM, den Boer JA, Westenberg HG. Psychopharmacological treatment of social phobia; a double blind placebo controlled study with fluvoxamine. *Psychopharmacology* 1994;115(1-2):128-34.
 98. Stein MB, Fyer AJ, Davidson JR, Pollack MH, Wiita B. Fluvoxamine treatment of social phobia (social anxiety disorder): a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 1999;156(5):756-60.
 99. Black B, Uhde TW, Tancer ME. Fluoxetine for the treatment of social phobia. *J Clin Psychopharmacol* 1992;12(4):293-5.
 100. Kobak KA, Griest JH, Jefferson JW, Katzelnick DJ. Fluoxetine in social phobia: a double-blind placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychopharmacol* 2002;22(3):257-62.
 101. Liebowitz MR, Gelenberg AJ, Munjack D. Venlafaxine extended release vs placebo and paroxetine in social anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:190-198.
 102. Baldwin D, Bobes J, Stein DJ, Scharwächter I, Faure M. Paroxetine in social phobia/social anxiety disorder. Randomised, double-blind, placebo-controlled study. *Br J Psychiatry* 1999;175:120-6.
 103. Rickels K, Mangano R, Khan A. A double-blind, placebo-controlled study of a flexible dose of venlafaxine ER in adult outpatients with generalized social anxiety disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2004;24(5):488-96.
 104. Liebowitz MR, Mangano RM, Bradwejn J, Asnis G. A randomized controlled trial of venlafaxine extended release in generalized social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2005;66(2):238-47.
 105. Altamura AC, Pioli R, Vitto M, Mannu P. Venlafaxine in social phobia: a study in selective serotonin reuptake inhibitor non-responders. *Int Clin Psychopharmacol* 1999;14(4):239-45.
 106. Blanco C, Heimberg RG, Schneier FR, Fresco DM, Chen H, Turk CL, et al. A placebo-controlled trial of phenelzine, cognitive behavioral group therapy, and their combination for social anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(3):286-95.

107. Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, Holt CS, Welkowitz LA, et al. Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55(12):1133-41.
108. Stein DJ, Cameron A, Amrein R, Montgomery SA; Moclobemide Social Phobia Clinical Study Group. Moclobemide is effective and well tolerated in the long-term pharmacotherapy of social anxiety disorder with or without comorbid anxiety disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2002;17(4):161-70.
109. Van Vliet IM, den Boer JA, Westenberg GA, Ho Pian KL. Clinical effects of buspirone in social phobia: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 1997;58(4):164-8.
110. Feltner DE, Liu-Dumaw M, Schweizer E, Bielski R. Efficacy of pregabalin in generalized social anxiety disorder: results of a double-blind, placebo-controlled, fixed-dose study. *Int Clin Psychopharmacol* 2011;26(4):213-20.
111. Pande AC, Feltner DE, Jefferson JW, Davidson JR, Pollack M, Stein MB, et al. Efficacy of the novel anxiolytic pregabalin in social anxiety disorder: a placebo-controlled, multicenter study. *J Clin Psychopharmacol* 2004;24(2):141-9.
112. Pande AC, Davidson RT, Jefferson JW, Janney CA, Katzelnick DJ, Weisler RH, et al. Treatment of social phobia with gabapentine: a placebo controlled study. *J Clin Psychopharmacol* 1999;19(4):341-8.
113. IDC, "Worldwide Smartphone 2012–2016 Forecast Update", September (2012).
114. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18660>
115. <http://www.ericsson.com/res/docs/2015/ericsson-mobility-report-june-2015.pdf>
116. <https://www2.deloitte.com/tr/tr/pages/about-deloitte/articles/deloitte-global-mobil-kullaici-arastirmasi-2017.html>
117. Lee SJ. Exploration and verification of risk factors on smartphone addiction: focused on personality and use motivations. Unpublished Master's dissertation, Graduate School, Kyeongsang National University, 2013.
118. Willemse I, Suess D, Waller G JAMES-Studie. Jugend, Aktivita ¨t, Medien—Erhebung Schweiz. Factsheet Befunde. Zu ¨rcher Hochschule fu ¨r angewandte Wissenschaft, Zu ¨rich. 2014
119. Bianchi A, Phillips JG. Psychological predictors of problem mobile phone use. *CyberPsychology Behavior* 2005;8(1):39–51.
120. Toda M, Ezoe S, Nishi A, Mukai T, Goto M, Morimoto K. Mobile phone dependence of female students and perceived parental rearing attitudes. *Social Behavior and Personality: An International Journal* 2008;36(6):765-770.
121. Kwon M, Kim DJ, Cho H, Yang S. The smartphone addiction scale: Development and validation of a short version for adolescents. *PloS One* 2013;8(12),e83558.
122. Campbell MA. The impact of the mobile phone on young people's social life. Paper presented at the Social Change in the 21st Century Conference. Brisbane, 2005.

123. Walsh SP, White KM, Young RM. Young and connected: Psychological influences of mobile phone use amongst Australian youth. In: Goggin G, Hjorth L, editors. *Mobile Media 2007: Proceedings of an international conference on social and cultural aspects of mobile phones, media and wireless technologies* Sydney: University of Sydney, 2007;125–134.
124. Lin YH, Chang LR, Lee YH, Tseng HW, Kuo TB, Chen SH. Development and validation of the Smartphone Addiction Inventory (SPAI). *PloS oOne* 2014;9(6):98-112.
125. Lin YH, Lin YC, Lee YH, Lin PH, Lin SH, Chang LR, et al. Time distortion associated with smartphone addiction: Identifying smartphone addiction via a mobile application (App). *Journal of Psychiatric Research* 2015; 65:139-45.
126. Lin YH, Chiang CL, Lin PH, Chang LR, Ko CH, Lee YH, et al. Proposed diagnostic criteria for smartphone addiction. *PloS One* 2016;11(11):163-10.
127. Yen CF, Tang TC, Yen JY, Lin HC, Huang CF, Liu SC, et al. Symptoms of problematic cellular phone use, functional impairment and its association with depression among adolescents in Southern Taiwan. *J Adolesc* 2009;32(4):863–73.
128. Choi SW, Kim DJ, Choi JS, Ahn H, Choi EJ, Song WY, et al. Comparison of risk and protective factors associated with smartphone addiction and Internet addiction. *J Behav Addict* 2015;4(4):308-14.
129. National Information Society Agency. *Internet Addiction Survey*. Seoul: National Information Society Agency 2012;118–119.
130. Nam GW, Aum NR, Park HS. 2013 Internet Addiction Survey (Report NIA V-RER-13077). Ministry of Science, ICT and Future Planning and National Information Society Agency 2014.
131. Kim AY. 240 thousand adolescents are in danger of smartphone addiction. *Naeil Shinmun*. Korean 2013.
132. Sanchez-Martinez M, Otero A. Factors associated with cell phone use in adolescents in the community of Madrid (Spain). *Cyberpsychol Behav* 2009;12:131–137.
133. Demirci K, Akgönül M, Akpınar A. Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression, and anxiety in university students. *Journal of Behavioral Addictions* 2015;4(2):85-92.
134. Billieux J, Linden MVD, Rochat, L. The role of impulsivity in actual and problematic use of the mobile phone. *Applied Cognitive Psychology* 2008;22:1195–1210.
135. Ha JH, Chin B, Park DH, Ryu SH, Yu J. Characteristics of excessive cellular phone use in Korean adolescents. *CyberPsychology Behavior* 2008;11(6):783-784.
136. Ho RC, Zhang MW, Tsang TY, Toh AH, Pan F, Lu Y, et al. The association between internet addiction and psychiatric comorbidity: A metaanalysis. *BMC Psychiatry* 2014;14:183.
137. Niemz K, Griffiths M, Banyard P. Prevalence of pathological Internet use among university students and correlations with self-esteem, the General

- Health Questionnaire (GHQ) and disinhibition. *Cyberpsychol Behav* 2005;8(6):562-70.
138. Takao M. Problematic mobile phone use and big-five personality domains. *Indian J Community Med* 2014;39(2):111-3.
 139. Billieux J, Linden MVD, D'acremont M, Ceschi G, Zermatten A. Does impulsivity relate to perceived dependence on and actual use of the mobile phone? *Applied Cognitive Psychology* 2007;21:527–537.
 140. Pedrero Pérez EJ, Rodríguez Monje MT, Ruiz Sánchez De León JM. Mobile phone abuse or addiction. *Adicciones* 2012;24(2):139-52.
 141. Yang YS, Yen JY, Ko CH, Cheng CP, Yen CF. The association between problematic cellular phone use and risky behaviors and low self-esteem among Taiwanese adolescents. *BMC Public Health* 2010;10:217.
 142. Hong FY, Chiu SI, Huang DH. A model of the relationship between psychological characteristics, mobile phone addiction and use of mobile phones by Taiwanese university female students. *Computers in Human Behavior* 2012; 28(6):2152-2159.
 143. Körmendi A. Smartphone usage among adolescents. *Psychiatria Hungarica* 2015;30(3):297-302.
 144. Thomee S, Harenstam A, Hagberg M. Mobile phone use and stress, sleep disturbances, and symptoms of depression among young adults—a prospective cohort study. *BMC Public Health* 2011;11:66
 145. Ezoe S, Toda M, Yoshimura K, Naritomi A, Den R, Morimoto K. Relationships of personality and lifestyle with mobile phone dependence among female nursing students. *Social Behavior and Personality* 2009;37(2):231–238.
 146. Lee YK, Chang CT, Lin Y, Cheng ZH. The dark side of smartphone usage: psychological traits, compulsive behavior and technostress. *Comput Hum Behav* 2014;31:373–83.
 147. Lepp A, Barkley JE, Karpinski AC. The relationship between cell phone use, academic performance, anxiety, and satisfaction with life in college students. *Comput Hum Behav* 2014;31:343–50.
 148. Ehrenberg A, Juckes S, White KM, Walsh SP. Personality and self esteem as predictors of young people's technology use. *Cyberpsychol Behav* 2008;11(6):739–41.
 149. Igarashi T, Motoyoshi T, Takai J, Yoshida T. No mobile, no life: self-perception and text-message dependency among Japanese high school students. *Comput Hum Behav* 2008;24(5):2311–24.
 150. Butt S, Phillips JG. Personality and self-reported mobile phone use. *Comput Hum Behav* 2008;24(2):346–60.
 151. Leung L. Linking psychological attributes to addiction and improper use of the mobile phone among adolescents in Hong Kong. *J Child Media* 2008;2(2):93–113.
 152. Billieux J, Maurage P, Lopez-Fernandez O, Kuss DJ, Griffiths MD. Can disordered mobile phone use be considered a behavioral addiction? An update on current

- evidence and a comprehensive model for future research. *Current Addiction Reports* 2015; 2(2):156-162.
153. Erwin BA, Turk CL, Heimberg RG, Fresco DM, Hantula DA. The internet: home to a severe population of individuals with social anxiety disorder? *Anxiety Disorders* 2004;18:629–646.
154. Shepherd RM, Edelman RJ. Reasons for internet use and social anxiety. *Personality and Individual Differences* 2005;39:949–958.
155. Hussain Z, Griffiths MD, Sheffield D. An investigation into problematic smartphone use: The role of narcissism, anxiety, and personality factors. *Journal of Behavioral Addictions* 2017;6(3):378–386.
156. Kuss DJ, Griffiths MD. Social networking sites and addiction: Ten lessons learned. *International journal of environmental research and public health* 2017;14(3):311.
157. Wu AM, Cheung VI, Ku L, Hung EP. Psychological risk factors of addiction to social networking sites among Chinese smartphone users. *Journal of Behavioral Addictions* 2013;2(3):160–166.
158. Przybylski AK, Murayama K, DeHaan CR, Gladwell V. Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. *Computers in Human Behavior* 2013;29(4):1841-1848.
159. Casale S, Lecchi S, Fioravanti G. The association between psychological well-being and problematic use of Internet communicative services among young people. *J Psychol* 2015;149(5):480–97
160. Chotpitayasunondh V, Douglas KM How “phubbing” becomes the norm: The antecedents and consequences of snubbing via smartphone. *Computer Human Behav* 2016;63:9–18.
161. Wolniewicz CA, Tiamiyu MF, Weeks JW, Elhai JD. Problematic smartphone use and relations with negative affect, fear of missing out, and fear of negative and positive evaluation. *Psychiatry Research* 2018;262:618–623.
162. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV) . Washington DC:American Psychiatric Press, 1997.
163. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu E. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe’ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999;12:233-236.
164. Liebowitz MR. Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry* 1987;22:141-173.
165. Heimberg RG, Horner KJ, Juster HR, Safren SA, Brown EJ, Schneier FR, et al. Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine* 1999;29:199-212.
166. Dilbaz N, Güz H. Liebowitz sosyal kaygı ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi. İstanbul,2001.

167. Beck AT, Epstein N, Brown G, Ster RA. An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Phychol* 1988;56(6):893-7.
168. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmén H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 1998;12:163-172.
169. Hisli N. A study on the validity of Beck Depression Inventory. *Turkish Journal of Psychology* 1988;6(22):118-123.
170. Demirci K, Orhan H, Demirdas A, Akpınar A, Sert H. Validity and reliability of the Turkish Version of the Smartphone Addiction Scale in a younger population. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2014;24(3):226-34.
171. Çuhadaroglu F. Adolesanlarda benlik saygısı.Uzmanlık tezi.Ankara:Hacettepe Üniversitesi,1986.
172. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA. Construct validity of the Toronto alexithymia scale. *Psychother Psychosom* 1988;50:29-34.
173. Sayar K, Güleç H, Ak İ. Yirmi Soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin Geçerlik Ve Güvenirliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi. İstanbul,2001.
174. Nichols LA, Nicki R. Development of a psychometrically sound internet addiction scale: a preliminary step. *Psychol Addict Behav* 2004;18(4):381-4.
175. Kayri M, Günüş S. The adaptation of internet addiction scale into Turkish: The study of validity and reliability. Ankara University, Journal of Faculty of Educational Sciences 2009;42(1):157-175.
176. Costa PT, McCrae RR. Revised NEO personality inventory (NEO PI-R) and NEO five-factor inventory (NEO-FFI) professional manual. Lutz: Psychological Assessment Resources 1992.
177. Gülgöz S. "Five-factor model and Neo-PI-R in Turkey". In *The Five Factor Model of Personality across Cultures*, Edited by: McCrea RR and Allik J. New York: Kluwer Academic/Plenum,2002.
178. Gençöz T, Öncül Ö. Examination of Personality Characteristics in a Turkish Sample: Development of Basic Personality Traits Inventory, *The Journal of General Psychology* 2012;139(3):194-216.
179. Ko CH, Yen JY, Chen CS, Yeh YC, Yen CF. Predictive values of psychiatric symptoms for internet addiction in adolescents: a 2-year prospective study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163,937-943.
180. Davis C, Loxton NJ. Addictive behaviors and addiction-prone personality traits: associations with a dopamine multilocus genetic profile. *Addictive Behaviors* 2013; 38(7),2306-2312.
181. Lu X, Watanabe J, Liu QB, Uji M, Shono M, KitamuraT. Internet and mobile phone text-messaging dependency: factor structure and correlation with dysphoric mood among Japanese adults. *Computers in Human Behavior* 2011;27,1702-1709.

182. Reid DJ, Reid FJM. Text or talk? Social anxiety, loneliness, and divergent preferences for cell phone use. *CyberPsychology & Behavior* 2007;10(3):424–435.
183. Chittaranjan G, Blom J, Gatica-Perez D. Mining large-scale smartphone data for personality studies. *Personal and Ubiquitous Computing* 2011;17(3):433–450.
184. Bernardi S, Pallanti S. Internet addiction: a descriptive clinical study focusing on comorbidities and dissociative symptoms. *Compr Psychiatry* 2009;50(6):510–6.
185. Bozkurt H, Coskun M, Ayaydin H, Adak I, Zoroglu SS. Prevalence and patterns of psychiatric disorders in referred adolescents with Internet addiction. *Psychiatry Clin Neurosci* 2013;67(5):352–9.
186. Chak K, Leung L. Shyness and locus of control as predictors of internet addiction and internet use. *Cyberpsychol Behav* 2004;7:559–70.
187. Yücens B, Üzer A. The relationship between internet addiction, social anxiety, impulsivity, self-esteem, and depression in a sample of Turkish undergraduate medical students. *Psychiatry Res* 2018;267:313–318.
188. Young KS. Cognitive behavior therapy with Internet addicts: treatment outcomes and implications. *CyberPsychology Behav* 2007;10:671–679.
189. Hamburger YA, Ben-Artzi E. The relationship between extraversion and neuroticism and the different uses of the internet. *Computers in Human Behavior* 2000;16:441–449.
190. Huan VS, Ang RP, Chye S. Loneliness and shyness in adolescent problematic internet users: the role of social anxiety. *Child Youth Care Forum* 2014;43:539–551.
191. Morahan-Martin J, Schumacher P. Incidence and correlates of pathological Internet use among college students. *Comput Human Behav* 2000;16:13–29.
192. Weinstein A, Dorani D, Elhadif R, Bukovza Y, Yarmulnik A, Dannon P. Internet addiction is associated with social anxiety in young adults. *Ann Clin Psychiatry* 2015;27(1):4–9.
193. Eichenberg C, Schott M, Decker O, Sindelar B. Attachment style and Internet addiction: an online survey. *J Med Int Res* 2017;19(5):e170.
194. Harwood J, Dooley JJ, Scott AJ, Joiner R. Constantly connected: the effects of smart-devices on mental health. *Comput Hum Behav* 2014; 34:267–272.
195. Enez Darcin A, Kose S, Noyan CO, Nurmedov S, Yılmaz O, Dilbaz N. Smartphone addiction and its relationship with social anxiety and loneliness. *Behaviour & Information Technology* 2016;35(7):520–5.
196. Elhai JD, Levine JC, Dvorak RD, Hall BJ. Fear of missing out, need for touch, anxiety and depression are related to problematic smartphone use. *Comput Hum Behav* 2016;63:509–516.
197. Brailovskaia J, Bierhoff HW. Cross-cultural narcissism on Facebook: Relationship between self-presentation, social interaction and the open and covert narcissism on a

- social networking site in Germany and Russia. *Comput Human Behav* 2016;55:251–7.
- 198.** Brailovskaia J, Margraf J. Comparing Facebook Users and Facebook Non-Users: Relationship between Personality Traits and Mental Health Variables–An Exploratory Study. *PloS ONE* 2016;11(12): e0166999
- 199.** Błachnio A, Przepiorka A, Pantic I. Association between Facebook addiction, self-esteem and life satisfaction: a cross-sectional study. *Computers in Human Behavior* 2016;55,701-705.
- 200.** Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*, Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
- 201.** Scimeca G, Bruno A, Cava L, Pandolfo G, Muscatello MR, Zoccali R. The relationship between alexithymia, anxiety, depression, and Internet addiction severity in a sample of Italian high school students. *ScientificWorld Journal* 2014;504376.
- 202.** Roberts J, Pullig C, Manolis C. I need my smartphone: A hierarchical model of personality and cell-phone addiction. *Personality and Individual Differences* 2014;79, 13–19.
- 203.** Lane W, Manner C. The impact of personality traits on smartphone ownership and use. *International Journal of Business and Social Science* 2012;2,22–28.

ÖZGEÇMİŞ

Adı: Şule

Soyadı: Akıncı

Doğum Yeri ve Tarihi: Afyon, 25.05.1987

Eğitimi: Psikiyatri Uzmanlık Eğitimi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 2019

Tıp Eğitimi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 2011

Lise, Zafer Koleji, Afyonkarahisar, 2005

Yabancı Dili: İngilizce

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar: Türkiye Psikiyatri Derneği Üyesi

Bilimsel Etkinlikleri:

Makale

- Pınar Yurtbaşı, Secil Aldemir, Meryem Gül Teksin Bakır, **Şule Aktaş**, Fatma Betül Ayvaz, Şeyma Piştav Satılmış, Kemal Münir, Comparison of Neurological and Cognitive Deficits in Children With ADHD and Anxiety Disorders. J Atten Disord, Haziran, 2015

Kitap

- Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, Bölüm 29.22 MAO İnhibitörleri, 29.23 Nefazodon ve Trazodon, Çeviri

Poster Bildiri

- **Şule Akıncı**, Aslı Kuruoğlu, Zehra Arıkan, “Bağımlılığa Psikodinamik Bir Bakış: Fentanil Bağımlısı Bir Çift” Olgu Sunumu, 4. Anksiyete Zirvesi, Antalya, 2019

- **Şule Akıncı**, Behçet Coşar, Zehra Arıkan, İrem Ekmekçi Ertek, “Kokain Yoksunluğu ve Feokromasitoma Birlikteliği” Olgu Sunumu, 4. Anksiyete Zirvesi, Antalya, 2019
- **Şule Aktaş**, Ercan Dalbudak, Seçil Özen, Merve Topcu, Meryem Gül Teksin Bakır, 51. Ulusal Psikiyatri kongresi dahilinde, “Obsesif Kompulsif Semptom Şiddeti ile MMPI Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki” (bildiri kitapçığında), Antalya, Kasım, 2015
- **Şule Aktaş**, Meryem Gül Teksin, Burhanettin Kaya, “Klozapine Bağlı Toksik Hepatit Gelişen Bir Şizofreni Olgusu“ 19. Yıllık Toplantı ve Klinik Eğitim Sempozyumu, Kuşadası, Mayıs 2015
- **Şule Akıncı Aktaş**, Ercan Dalbudak, Seçil Aldemir, Merve Topcu, Meryem Gül Teksin, Gülşen Teksin, “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Semptomları ile Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon ve Anksiyete Semptomları Arasındaki İlişki”, Antalya, Kasım, 2014
- Meryem Gül Teksin, Seçil Aldemir, Ercan Dalbudak, **Şule Akıncı**, 18. Yıllık Toplantı ve Klinik Eğitim Sempozyumu, “Lityuma Bağlı Nefrojenik Diabetes İnsipidus” (bildiri kitapçığında) İzmir, Nisan, 2014
- Meryem Gül Teksin, Ercan Dalbudak, Seçil Aldemir, Merve Topcu, **Şule Aktaş**, Gülşen Teksin, 50. Ulusal Psikiyatri Kongresi, “Depresyon, Anksiyete, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Semptomları ile Kendini Yaralama Davranışı Arasındaki İlişki”, Antalya, Kasım, 2014
- Meryem Gül Teksin Bakır, Seçil Aldemir, Duran Berker Cemil, Emre Cemal Gökçe, Emine Şimşek, Ercan Dalbudak, **Şule Aktaş**, 19. Yıllık Toplantı ve Klinik Eğitim Sempozyumu dahilinde, “Sakküler Anevrizma Sonrası Postoperatif Dönemde Frontal Lob Sendromu: Olgu Sunumu” (bildiri

kitapçığında), Kuşadası, Mayıs, 2015

- Meryem Gül Teksin, Ercan Dalbudak, Seçil Özen, Merve Topçu, **Şule Aktaş**,

51. Ulusal Psikiyatri kongresi dahilinde, “Çocukluk Çağı Travmaları,

Depresyon ve Kişilik Özelliklerinin Sosyal Anksiyete Bozukluğu Semptom

Şiddetine Etkisi” (bildiri kitapçığında), Antalya, Mayıs, 2015

Sözel Bildiri

- Seçil Özen, Ercan Dalbudak, Cüneyt Evren, Merve Topcu, Kerem Şenol

Coşkun, **Şule Aktaş**, Meryem Gül Teksin Bakır, 51. Ulusal Psikiyatri

kongresi dahilinde, “Üniversite Öğrencilerinde Problemlı İnternet Kullanımı

ile Depresyon, Dürtüsellik, Obsesyon ve Aleksitimi Arasındaki İlişki” (sözel

bildiri olarak sunulmuştur), Antalya, Kasım, 2015

- Şeyma Selen Sevinç, Ercan Dalbudak, Seçil Aldemir, İbrahim Özer, **Şule Akıncı**,

Merve Topcu, “Arjinin, Ornitin ve Lizin Kullanımının İndüklediği Manik Hecme”,

3. Psikofarmakoloji Kongresi, Antalya, Kasım 2012

Mesleki Üyelikleri

- Türkiye Psikiyatri Derneği üyesi

- Türkiye Psikiyatri Derneği Anksiyete, Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar Çalışma Birimi üyesi

- Türkiye Psikiyatri Derneği Alkol Madde Kullanım Bozuklukları Çalışma Birimi üyesi

- Türkiye Psikiyatri Derneği Bilişsel-Davranışçı Psikoterapiler Çalışma Birimi üyesi

- Türkiye Psikiyatri Derneği Asistan Hekim Komitesi Çalışma Birimi üyesi

- Türkiye Psikiyatri Derneği Psikiyatrik Araştırma Çalışma Birimi üyesi