

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTE
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNDE
SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU YAYGINLIĞI,
SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ VE KOMORBİD
PSİKIYATRİK BOZUKLUKLAR**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Derya AKKAYA

SAMSUN - 2011

T.C
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNDE
SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU YAYGINLIĞI,
SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ VE KOMORBİD
PSİKIYATRİK BOZUKLUKLAR**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Derya AKKAYA

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Hatice GÜZ

SAMSUN - 2011

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	II
TABLO LİSTESİ	III
KISALTMALAR	IV
ÖZET VE ANAHTAR KELİMELER	V
ABSTRACT AND KEYWORDS	VI
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tarihsel Süreç ve Tanım	3
2.2. Etiyoloji	8
2.2.1. Genetik Etkenler	8
2.2.2. Nörobiyolojik Etkenler	9
2.2.3. Nöroendokrin Etkenler	10
2.2.4. Görüntüleme Bulguları	10
2.2.5. Psikolojik ve Gelişimsel Kuramlar	11
2.2.5.1. Koşullanma ve Etolojik Modeli	11
2.2.5.2. Kişilik Modeli	12
2.2.5.3. Davranışsal Ketlenme Modeli	12
2.2.5.4. Bilişsel Model	13
2.3. Epidemiyoloji	14
2.4. Demografik Özellikler ve Risk Faktörleri	15
2.5. Klinik Belirtiler	15
2.6. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Alt Tipleri	16
2.7. Komorbid Psikiyatrik Bozukluklar	17
2.8. Sosyal Anksiyete Bozukluğuve Çekingen Kişilik Bozukluğu	19
2.9. Klinik Gidiş Ve Sonlanım	19

3.GEREÇ YÖNTEM	20
3.1. Araştırma Bölgesi ve Evrenin Özellikleri	20
3.2. Örneklem Büyüklüğü	20
3.3.Örnekleme Yöntemi ve Uygulama	20
3.3. Araştırmanın Tipi ve İzinler	22
3.4. Veri Toplama Araçları	23
3.5. İstatistiksel Analiz	26
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA	41
5.1. Yaygınlık ve Alt Tipler	41
5.2. Demografik Değişkenler ve Risk Faktörleri	44
5.3. Komorbid Psikiyatrik Bozukluklar	48
5.4. SAB’u ve Çekingen Kişilik Bozukluğu	49
5.5. SAB’u ve Yeti Yitimi	50
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	52
7. KAYNAKLAR	55
8. EKLER	67

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim sırasında bilgi ve deneyimlerini aktaran, desteğini esirgemeyen ve aynı zamanda tez danışmanım olan Prof. Dr. Hatice Özyıldız Güz başta olmak üzere değerli hocalarım Prof. Dr. Ahmet Rifat Şahin, Prof. Dr. Ali Cezmi Arık, Doç. Dr. Ömer Böke, Yrd. Doç. Dr. Gökhan Sarısoy ve Yrd. Doç. Dr. Ozan Pazvantoğlu'na,

Rotasyon eğitimimiz sırasında eğitimimize katkılarından dolayı Prof Dr. Kuddusi Cengiz, Prof. Dr. Musa Kazım Onar, Prof Dr. Taner Özbenli, Doç. Dr. Seher Akbaş, Doç. Dr. M. Z. Koray Karabekiroğlu, Yrd. Doç. Dr. Murat Yüce'ye,

Tezimin istatistiksel değerlendirmesinde desteklerinden ve sonsuz sabrından dolayı Dr. Servet Aker'e,

Uzmanlık eğitimim sırasında yakın dostluk ve desteklerini esirgemeyen tüm asistan, hemşire ve personel arkadaşlarıma,

Çalışmama katılarak emek veren tüm öğrencilere,

Varoluşumu her şeyimi borçlu olduğum anneme, babama ve sevgili kardeşime,

Beni her zaman destekleyip yanımda olan sevgili eşim ve biricik oğlum'a

Sonsuz teşekkürler...

KISALTMALAR

ADÖ : Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği

BAÖ : Beck Anksiyete Ölçeği

BDÖ : Beck Depresyon Ölçeği

BUÖ : Beck Umutsuzluk Ölçeği

HAÖ : Hamilton Anksiyete Ölçeği

LSAÖ : Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği

SAB : Sosyal Anksiyete Bozukluğu

SCID-I : Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Mental Disorders

(DSM-IV-TR Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu)

SCID-II : Manual For The Structured Clinical Interview for DSM-III R Personality Disorders (DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu)

SF : Sosyal Fobi

SYÖ : Sheean Yeti Yitimi Ölçeği

TAÖ : Toronto Aleksitimi Ölçeği

ÖZET

Amaç: Üniversite öğrencilerinde, sosyal anksiyete bozukluğu yaygınlığını, sosyodemografik değişkenlerle ilişkisini ve komorbid psikiyatrik bozuklukları saptamaktır.

Gereç ve yöntem: Çalışmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesinde eğitim gören 509 öğrenci katıldı. Katılımcılara, ilk görüşmede 16 sorudan oluşan sosyodemografik veri formu, Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği uygulandı. İlk aşamada, Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeğinden 30 ve üzeri puan alan öğrenciler ikinci görüşmeye davet edildi. İkinci görüşmede ise SCID-I, SCID-II, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Sheean Yeti Yitimi Ölçeği ve hastalık öyküsü formu uygulandı.

Bulgular: Çalışmamız sonucunda üniversite öğrencilerinde sosyal anksiyete bozukluğu yaşam boyu yaygınlığını %18,3, şu andaki yaygınlığını ise %14,4 bulduk. Yaşam boyu sosyal anksiyete bozukluğu görülenlerin %80,8'ini özgül sosyal anksiyete bozukluğu oluşturmaktadır. En sık gözlenen belirti seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmaktan çekinmeydi. 12 yaşına kadar köyde yaşama, düşük sosyoekonomik düzey ve annenin eğitim süresinin az olması sosyal anksiyete bozukluğu gelişmesi açısından önemli risk etkenleri olarak tespit edildi. Yaygın sosyal anksiyete bozukluğu başlangıç yaşı, ailede görülen psikiyatrik rahatsızlıklar, komorbidite ve psikometrik ölçümler açısından özgül sosyal anksiyete bozukluğundan farklı yönlerde sahiptir. İkinci görüşmeye gelenlerden sosyal fobik olanlar ve olmayanlar arasında, özgül ve yaygın tip sosyal anksiyete bozuklukları arasında, sosyal fobik olup komorbiditesi olanlar ve olmayanlar arasında yeti yitimi açısından anlamlı farklar bulduk.

Sonuç: Çalışmamız üniversite öğrencilerinde sosyal anksiyete bozukluğunun oldukça yüksek bir oranda olduğunu göstermiştir. Bu açıdan risk gruplarının belirlenmesinde epidemiyolojik çalışmalar önem kazanmaktadır. Sosyal anksiyete bozukluğunun daha iyi anlaşılması, önlenmesi ve daha etkili tedavisi için çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Sosyal anksiyete bozukluğu, üniversite öğrencisi, demografik değişkenler, komorbidite.

SUMMARY

Aim: The present study aims to investigate the prevalence of social anxiety disorder (SAD), the association between sociodemographic variables and SAD, and to determine psychiatric comorbid disorders.

Method: 509 undergraduate students at Ondokuz Mayıs University participated into the study. In the first interview, participants completed the 16-questions sociodemographic form, Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), and Beck Anxiety Inventory (BAI). In addition, Anxiety Sensitivity Index (ASI) were administered to the participants. Participants whose LSAS scores were higher than 30 were invited for a second interview. In the second session, SCID-I, SCID-II, Hamilton Anxiety Scale (HAS), Sheehan Disability Scale (SAS), and Illness History Questionnaire (IHQ) were administered.

Findings: Among the university students, we found the lifetime prevalence of SAD as 18.3%, and current prevalence as 14.4%. In the group diagnosed with lifetime SAD, 80.8% were found to have restricted SAD. Most prevalent symptom was reported as “avoidance of a performance, speech, or any behavior in the presence of a group of people. We found that “living in a village before age 12”, “low socioeconomic status”, and “lower education level of the mother” were most significant predictors of SAD. Compared to restricted type, generalized type of SAD has some differences in terms of age of onset, psychiatric problems in the family, comorbidity and several psychometric parameters. In the second session, we found differences in SAS Scale between students diagnosed with SAD or not, between restricted or generalized type of SAD, and with or without psychiatric comorbidity.

Conclusion: Our results reveal that SAD is highly prevalent among university students. Therefore, epidemiological studies are very important to determine the risk groups. Further studies are required for a better understanding, prevention and more efficacious treatments of SAD.

Keywords: Social anxiety disorder, university students, demographic variables, comorbidity.

TABLO LİSTESİ	Sayfa No
Tablo I. Örneklem İle İlgili Sosyodemografik Veriler ve Karşılaştırılması	30
Tablo II. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Okudukları Sınıflara Göre Sosyal Anksiyete Bozukluğu Görülme Durumlarının Dağılımı	31
Tablo III. Sosyal Anksiyete Bozukluğu Olan ve Olmayanlarda Anksiyete Duyarlılığı	32
Tablo IV. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Özgül, Yaygın Sosyal Anksiyete Bozukluğu Dağılımı	33
Tablo V. Özgül ve Yaygın Sosyal Anksiyete Bozukluğu Şikayetlerin Başlangıç Yaşı ve Ailede Psikiyatrik Bozukluk Öyküsü Dağılımı	34
Tablo VI. Özgül ve Yaygın Sosyal Anksiyete Bozukluğu Olan Olgularının Psikometrik Ölçümleri	35
Tablo VII. Özgül ve Yaygın Sosyal Anksiyete Bozukluğunda Anksiyete Duyarlılığı	36
Tablo VIII. Araştırmaya Katılan Öğrencilerde Eksen I Psikiyatrik Bozukluk Dağılımları	38
Tablo IX. Komorbiditesi Olan ve Olmayan Sosyal Anksiyete Bozukluğu Olgularının Psikometrik Ölçümleri	38
Tablo X. Komorbiditesi Olan ve Olmayan Özgül ve Yaygın Tip SAB Olgularının Psikometrik Ölçekler Açısından Karşılaştırılması	39
Tablo XI. Bonferroni Düzeltmeli Mann-Whitney U Analizi Sonucunda Grupların U ve p Değerleri	40
Tablo XII. ÇKB Olan ve Olmayan Yaygın SAB Olgularının Psikometrik Ölçüm Değerleri	41
Tablo XIII. ÇKB Olan ve Olmayan SAB Olgularının Psikometrik Ölçüm Değerleri	42

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sosyal Fobi veya diğere adıyla Sosyal Anksiyete Bozukluğu kişinin toplumsal ortamlarda mahcup ya da rezil olacağı ve başkaları tarafından yargılanabileceği kaygısını taşıdığı, bu konuda belirgin olarak sũrekli korku yaşadığı ve bu ortamlardan olabildiğince kaçındığı bir anksiyete bozukluğudur (1).

Hastaların ve ailelerin çoğu sosyal anksiyeteyi yeterince umursamadığı, hastalık olarak değil bir kişilik yapısı olarak kabul ettiği için ya da hastaların büyük kısmı hastalıkları ve getirdiği kısıtlılıklarla beraber alt performans düzeyinde yaşamayı kanıksadığı için pek çok hasta tedaviye başvurmamaktadır (2).

Son yirmi yıldır sosyal anksiyete bozukluğu (SAB), araştırmacılar ve klinisyenlerin daha fazla ilgisini çekmektedir. Bu konudaki araştırmalar sanılanın aksine SAB'nun çok daha sık olduğunu göstermektedir. SAB'nun genellikle erken yaşlarda başladığı, adolesan dönemde sıkladığı, tedavi edilmezse kronikleştiği ve daha fazla işlev kaybına yol açaabildiği gözlenmiştir (3).

ABD'de 1994 yılında sonuçları yayımlanan ulusal komorbidite araştırmasına göre SAB'nun yaşam boyu prevalansı %13,3 olarak saptanmıştır. Major depresif bozukluk ve alkol ile ilintili hastalıklardan sonra en sık rastlanılan üçüncü ruhsal hastalık olduğu tespit edilmiştir (4). SAB'nda yaşam boyu komorbidite oranı oldukça yüksektir. Özellikle depresif bozukluklar, diğere anksiyete bozuklukları ve madde kötüye kullanımı sıklıkla birlikte görülür. Komorbiditenin varlığı sosyal fobinin şiddetini artırabilir, tedaviye yanıtı azaltabilir, alkol ya da diğere psikoaktif maddeler ile kişiye zarar veren başa çıkma yolları ortaya çıkarabilir (5, 6, 7, 8, 9).

SAB fiziksel, bilişsel ve davranışsal belirtilerle karakterize bir hastalıktır. DSM-IV-TR tanı sistemine göre B tanı ölçütünde korkulan durumla karşılaşmanın hemen her zaman anksiyete doğurduğu ve anksiyetenin duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösteren bir panik atağı biçimini alabileceği belirtilmiştir (10). Kişi, korktuğu durumla karşılaşması için zorlandığında veya beklenmedik bir anda böyle bir durumla

karşılaştığında yoğun anksiyete yaşar ve çeşitli bedensel belirtiler ortaya çıkar. Bu belirtiler çarpıntı, tremor, terleme, gastrointestinal rahatsızlıklar, diyare, kas geginliği, yüz kızarması, konfüzyon gibi belirtilerdir (11).

SAB kişinin iş, okul, akademik, sosyal etkileşim gibi alanlardaki işlevselliğini bozmaktadır. Tipik olarak ergenlik çağında sosyal etkileşim becerilerinin geliştiği bir yaşta başlayan sosyal fobi, diğer insanlarla girilen ilişkilerin şekillenmesine, yaşama yönelik hedeflerin peşinden gitme isteğine engel olabilir ve diğer psikiyatrik rahatsızlıkların beraberinde görülmesine neden olabilir. Üniversite yılları gençlerin erişkinliğe geçiş yıllarıdır. Bu dönemde gençlerin ilişkilerinin çok hızlı değişim gösterdiği bilinmektedir. Özellikle üniversitede okuma şansı elde edenler, üniversiteyi kazanma sevincinin yanı sıra; aileden ayrılma, yeni bir çevre, yeni arkadaşlar edinme, yalnız kalma korkusu, ekonomik güçlükler, yurt hayatına alışma, gelecekteki mesleği ve çalışma hayatı ile ilgili kaygı gibi birçok sorunla tek başına baş etmek zorunda kalır. Bu sosyal kültürel, ekonomik değişiklikler beraberinde ruhsal açıdan olumsuzlukları getirebilir. Bu dönemde sosyal fobik belirtileri ortaya çıkabilir ya da var olan belirtiler şiddetlenebilir. Bu nedenle sosyal fobinin tanınması önemlidir.

SAB, yüksek yaygınlık oranı ve hastalığın doğası gereği yeterli psikiyatrik başvuru ve tedavinin olmaması nedeniyle akademik, mesleki ve sosyal alanlarda ciddi yeti yitimine yol açmaktadır. Bu çalışmanın amacı üniversite eğitimi almakta olan öğrencilerde SAB yaygınlığını, SAB'nun sosyodemografik değişkenlerle ilişkisini ve komorbid psikiyatrik bozuklukları saptamaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Tarihsel Süreç ve Tanım

Kişilerin toplumla ilişkilerini gerektiren durumlarda yaşadıkları kaygı ve topluma girmeme gibi kaçınma davranışlarının varlığından Hipokrat döneminden beri söz edilmektedir. O dönemlerde toplum içine çıkmayan, toplum önünde küçük düşmekten korkan kişilerin varlığından bahsedilmektedir. Sosyal fobi ABD’de ilk kez Beard 1879 ve Fransa’da Pierre Janet 1903 tarafından tanımlanmıştır. Janet sosyal fobiyi başkalarının izlenirken konuşmak, yazı yazmak ya da piyano çalmak gibi durumlardan korku duymak olarak tanımlamıştır (12,13). Marks ve Gelder tarafından özgül fobi, hayvan fobisi, agorafobi ve sosyal fobi olmak üzere fobiler dört sınıfa ayrılmıştır (14).

Janet öncesinde hekimler tarafından tıbbi bir durum olmaktan çok normal bir insan özelliği olarak değerlendirilen sosyal fobik belirtiler ne 1952 yılında kabul edilen DSM-I’de, ne de 1968 yılında sunulan DSM-II’de yer aldı. DSM-II’de (1968) tüm fobik bozukluklar “fobik nörozlar” başlığı altında toplanmışken, DSM-III’ün (1980) geliştirilmesiyle birlikte, belirli fobilerin niteliksel olarak farklılık gösterdiği verilerle desteklenmiş ve sosyal fobi ayrı bir tanı kategorisi olarak tanımlanmıştır. Sosyal fobi, DSM-III’te ilk yer aldığı dönemde, “başkası tarafından gözlenirken veya performansa dayalı durumlarda dikkatle izlenmeden aşırı korku duyma” olarak tanımlanmıştır. Bu gibi durumlarla karşı karşıya kalındığında, panik benzeri belirtilerin geliştiği ve bireylerin bu gibi durumlardan kaçınarak veya büyük bir gerilim yaşayarak tahammül etmeye çalıştıkları belirtilmiştir. DSM-III’e göre, bireylerin korkularını anlamsız veya abartılı olarak tanımlamaları gerekiyordu. Eğer kaçınılan sosyal durum çok ise, II. Eksen tanısı olan çekingen kişilik bozukluğu, sosyal fobi tanısının yerini alıyordu. Sonuç olarak birçok bireye, sosyal fobi tanısından çekingen kişilik bozukluğu tanısı konulmuş oldu. Birçok durumda bu iki tanı çakıştığı için, çekingen kişilik bozukluğu (ÇKB) geniş bir yayılım alanı olması, yoğun aşağılık duygusu içermesi ve başlama yaşının erken olması ile sosyal fobiden ayrıştırıldı (11). Ayırıcı tanının yetersizliğinin tedavi yöntemlerinin de etkisiz ve yetersiz olmasına yol açması sonucu, DSM-III- R (1987), sosyal fobi tanısını genişletip, sınıflama ölçütlerini değiştirerek birçok sosyal

durumdan korkan bireyleri de bu tanı grubuna dahil etmiştir. Bu değişiklik ile ÇKB bir dışlama ölçütü olarak tanımlanmıştır. Sonuç olarak, DSM-III-R’de, performans (konuşma yapmak, toplantıda konuşmak) ve etkileşimsel durumları (yabancılarla konuşmak, partiye katılmak) kapsayan birçok durumdan korkan bireyler için yaygın alt tip tanımlanmıştır. Bu alt tipe uymayanlara ise “yaygın olmayan”, “sınırlı” veya “özgül” adı verildi (1). DSM-IV (1994) tanı sisteminde sosyal fobide anksiyete belirtilerinin önemi vurgulanmış ve adı SAB olarak değiştirilmiştir (15). Ayrıca bu tanının çocuklarda da konulabilmesi için yeni maddeler eklenmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından (WHO) hazırlanan Uluslararası Hastalıkların Sınıflandırılması ‘nın 9. Basımında (ICD- 9) DSM-II ye benzer şekilde yalnızca fobik sendrom mevcut iken sosyal fobi tanısına ICD-10’ da yer verilmiştir. ICD-10 ve DSM-IV tanı ölçütleri birbirleriyle örtüşmektedir. ICD-10 tanı sistemi anksiyete belirtilerine ağırlık verirken, DSM-IV bilişsel belirtileri ön plana almaktadır. DSM-IV-TR tanı sistemine göre SAB’nun tanı ölçütleri, ICD-10 Araştırma tanı ölçütleri (16) ve ICD-10 tanı ölçütleri (17) sırasıyla aşağıdaki gibidir.

Sosyal Anksiyete Bozukluğunun DSM-IV-TR tanı ölçütleri;

A. Tanımadık insanlarla karşılaştığı ya da başkalarının gözünün üzerinde olabileceği, bir ya da birden fazla toplumsal ya da bir eylemi gerçekleştirildiği durumdan belirgin ve sürekli bir korku duyma. Kişi, küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacağından korkar (ya da anksiyete belirtileri gösterir). **Not:** Çocuklarda, tanıdık kişilerle yaşına uygun toplumsal ilişkilere girebilme becerisi olmalı ve anksiyete, sadece erişkinlerle olan etkileşimlerinde değil, yaşlılarıyla karşılaştığı ortamlarda da ortaya çıkmalıdır.

B. Korkulan toplumsal durumla karşılaşma hemen her zaman anksiyete doğurur, bu duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösteren bir Panik Atağı biçimini alabilir. **Not:** Çocuklarda anksiyete; ağlama, huysuzluk gösterme, donakalma veya tanıdık olmayan insanların olduğu toplumsal durumlardan uzak durma olarak dışa vurabilir.

C. Kişi korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir. **Not:** Çocuklarda bu özellik olmayabilir.

- D. Korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlardan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla bunlara katlanılır.
- E. Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlarda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki işlevselliğini (ya da eğitimle ilgili olan), toplumsal etkinliklerini veya ilişkilerini bozar veya fobi olacağına dair belirgin bir sıkıntı vardır.
- F. 18 yaşın altındaki kişilerde bu süre en az 6 aydır.
- G. Korku veya kaçınma bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi amaçlı kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkinliklerine bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örneğin Agorafobi ile Birlikte Olan veya Olmayan Panik Bozukluğu, Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu, Vücut Dismorfik Bozukluğu, Yaygın bir Gelişimsel Bozukluk ya da Şizoid Kişilik Bozukluğu).
- H. Genel tıbbi bir durum ya da başka bir mental bozukluk varsa bile A tanı ölçütünde sözü edilen korku bununla ilişkisizdir. Örneğin, korku, Kekemelik, Parkinson hastalığındaki titreme ya da Anoreksiya Nevroza ya da Bulimia Nervozadaki yemek yeme davranışı ile ilişkili değildir.

Varsa belirtiniz:

Yaygın: Korkular, çoğu toplumsal durumları kapsıyorsa (örneğin söyleşileri başlatma ve sürdürme, küçük topluluklara katılma, karşı cinsle çıkma, üstleriyle konuşma, partilere gitme). **Not:** Çekingen Kişilik Bozukluğu ek tanısını koymayı da düşününüz.

Sosyal Anksiyete Bozukluğunun ICD-10 Araştırma Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdakilerden birisi bulunmalıdır.

1. Dikkat odağı olma ile ilgili ciddi korku ya da utanacağı ya da küçük düşeceği biçimde davranma korkusu

2. İlgi odağı olmaktan ya da utandırıcı ya da küçük düşürücü şekilde davranma korkusu olan durumlardan kaçınma

Bu korkular topluluk içinde yemek yeme ya da konuşma, tanıdık kişilerle topluluk içinde karşılaşma, küçük gruplara (örneğin partiler, toplantılar, sınıf) katılma gibi sosyal durumlarda ortaya çıkmaktadır.

B. Hastalığın başlangıcından beri, korkulan durumlarda agarofobi için B tanı ölçütleri altında tanımlandığı gibi, en az iki anksiyete belirtisinin aşağıdaki belirtilerden en az birisiyle beraber görülmesi

1. Kızarma ya da titreme

2. Kusmaktan korkma

3. İdrara sıkışma ya da idrar ya da dışkı kaçırmaya korkusu

C. Belirtiler ya da kaçınma ciddi duygusal sıkıntıya neden olur ve birey bunların aşırı ve mantıksız olduğunun farkındadır.

D. Belirtiler korkulan durumlarla sınırlı şekilde ya da en yoğun olarak bu durumlarda görülür ya da korkulan durumun ortaya çıkması beklendiğinde belirgin hale gelir

E. A ve B tanı ölçütünde yer alan belirtilerin nedeni sanrılar, varsanılar ya da organik mental bozukluklar, şizofreni ve şizofreni benzeri bozukluklar, duygudurum bozuklukları, saplantı-zorlantı bozukluğu olmamalı ve bu belirtiler kültürel inançlara ikincil olmamalıdır.

Sosyal Anksiyete Bozukluğunun ICD-10 Tanı Ölçütleri

Kesin tanı için aşağıdaki ölçütlerin hepsi karşılanmalıdır:

(a) Psikolojik, davranışsal veya otonomik belirtiler birincil olarak bunaltıya bağlı olmalıdır; sanrılar veya obsesif düşünceler gibi başka belirtilere ikincil olmamalıdır,

(b) bunaltı belirli sosyal durumlarda ortaya çıkmalı ve bu durumlarla sınırlı olmalıdır; ve

(c) fobik durumlardan kaçınma belirgin bir özellik olmalıdır.

İçerdikleri: antropofobi

Sosyal nevroz

Ayırıcı tanı: Sosyal fobiye sıklıkla belirgin agorafobi ve depresif bozukluklar eşlik eder. Her ikisi de hastanın eve kapanmasını artıran etkenlerdir. Eğer sosyal fobi ve agorafobi arasında ayırım yapabilmek çok güç ise agorafobiye öncelik verilmelidir. Depresif sendrom açık bir biçimde tanımlanamıyorsa depresif bozukluk tanısı konmalıdır.

2.2. Etiyoloji

SAB'nun etyolojisinde, diğer psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi birçok etken sıralanmış fakat tam olarak netleştirilememiştir. Etiyolojiyi açıklamaya yönelik çok sayıda çalışma olmakla birlikte, çalışma yapılan örneklem grupları çeşitli olduğu için etkenler de çeşitlilik göstermiştir. Bu nedenle SAB'nun etyolojisinde genetik, kişisel deneyim veya çevresel koşullar, mizaç gibi tek bir nedenden değil bir arada birçok etkenden bahsedilmektedir.

2.2.1. Genetik Etkenler

Sosyal fobinin, diğer anksiyete bozukluklarından daha yüksek oranda ailevi geçiş gösterdiği bilinmektedir (18). SAB'nun yaygın alt tipinde ise bu oran daha fazladır (19, 20).

Utangaçlık ve sosyal anksiyete ile ilgili diğer davranışlarla ilgili ikiz çalışmaları, utangaçlığın genetik olarak geçen bir özellik olduğunu göstermektedir (21, 22). Utangaç çocukların annelerini araştıran çalışmaların sonuçları, utangaçlık ile SAB arasında etiyopatolojik birliktelik olduğunu göstermektedir. Zayıf utangaç (utangaçlık var ama başka davranışsal bozukluk yok) olan çocukların annelerinde utangaç olmayan çocukların annelerine göre, genel olarak anksiyete bozuklukları daha yaygın ve SAB görülme hızı belirgin olarak daha yüksek bulunmuştur (23).

Utangaçlık ve davranışsal ketlenme ile ilgili ikiz çalışmaları, davranışın bu boyutunun çocukluk çağı anksiyetesini genetik olarak etkilediğini ortaya koymuştur. İkiz çalışmaları davranışsal ketlenmenin güçlü bir genetik etiyolojisi olduğunu ve kalıtsal olma olasılığının %50-70 kadar yüksek olduğunu göstermektedir (24, 25).

Onyediyedi sosyal fobik hastada anksiyete provokasyonu yapılarak pozitron emisyon tomografi (PET) çekilmiş, serotonin taşıyıcısı gendeki varyasyonun sosyal fobideki belirti şiddetini ve amygdala uyarılabilirliğini artırdığı gösterilmiştir (26). Altmışiki SAB ve 62 sağlıklı kontrolde serotonin transporter gen varyasyonuna bakılmış ve 5 Hidroksi Triptamin Gene Linked Polimorphic Region (5HTTLPR) genotipi daha az aktif olanlarda kızarmaya eğilimin daha fazla olduğu bulunmuştur (27).

2.2.2 Nörobiyolojik Etkenler

SAB'nun etyolojisinde araştırılmış diğer bir alan nörobiyolojik etmenlerdir. Dopamin, serotonin, noradrenalin ve GABA ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır.

Çalışmalarda, daha özgül bir bulgu olarak, SAB'nda striatal dopaminerjik işlev bozukluğu olduğu görülmüştür. Presinaptik dopamin geri alımında ve dopamin-2 reseptör bağlanmasında azalma gösterilmiştir. Ayrıca post sinaptik dopamin-2 reseptör bağlanmasının, sosyal fobinin belirti şiddetiyle anlamlı ilişkisi gösterilmiştir. SAB nörobiyolojisinde, merkezi dopaminin azalmış olduğu görüşü, hayvan modelleri, klinik ve nörogörüntüleme çalışmaları ile gözlenmiştir (28, 29, 30).

Serotoninin keşif davranışı, sosyallik ve sosyal hiyerarşiyi düzenlemede önemli rolü olduğu gösterilmiştir. SAB'ndaki anksiyetenin postsinaptik serotonin-1 reseptör aşırı duyarlılığına bağlı olabileceği yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Oniki tedavi almamış erkek SAB hastası ve 18 sağlıklı kontrol grubunda PET'te, karbonil-11C kullanılarak yapılan çalışmada SAB grubunda limbik ve paralimbik alanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmış 5HT-1A reseptör bağlanması gösterilmiştir. Serotonin-1A reseptörü yok edilen farelerde dış çevreyi araştırmada azalma ve artmış korkuyla ilişkili davranışlar gözlenmiştir (31, 32, 33).

SAB'nda noradrenalin ile ilgili bulgular çelişkili olsa da, sosyal uyarımlara karşı otonomik hiperaktivite cevabının olduğu gözlenmiştir. Bunun muhtemel alfa-2 adrenerjik reseptör işlev bozukluğuna bağlı olduğu düşünülmüştür (34).

GABAerjik ajanların, sosyal anksiyete belirtilerini azalttığı ve diğer anksiyete bozukluklarında olduğu gibi periferik benzodiazepin reseptörlerinin GABAerjik işlev bozukluğunun bir parçası olduğu bulgularına rağmen, SAB nörobiyolojisinde GABA'nın özgül rolü konusunda ileri çalışmalara ihtiyaç vardır (35).

2.2.3.Nöroendokrin Etkenler

Diğer bir etyolojik etken olarak nöroendokrin sisteme bakıldığında, SAB'nda troid ve hipotalamo pitüiter aks ile ilgili çalışmalarda bu bozukluğa özgü bir patoloji saptanmamıştır (36). Anksiyete bozukluğunun varlığının büyüme hormonu yetersizliğine yol açabileceği veya büyüme hormonu yetersizliğinin, anksiyete bozukluğu gelişmesi için risk faktörü olabileceği düşünülmektedir. Bu, muhtemelen anksiyete ve korku davranışında temel rol oynayan nörotransmitter-reseptör sistemindeki değişimler üzerinden gerçekleşmektedir. SAB'nda, baklofene büyüme hormonu cevabında küntleşme olduğunun gösterilmesi, bu hastalarda büyüme hormonu işlevinde genel bir azalmaya işaret eder (37,38,39). Yapılan bir çalışmada plazma kortizol seviyesi SAB'nda düşük bulunmuştur, plazma kortizol seviyesi ve 5HT-1A reseptör bağlanmaları arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir (40). Bu alanda yapılan diğer çalışmalardan biri de kimyasal zorlama çalışmalarıdır. Kimyasal zorlama çalışmaları, altında yatan biyolojik düzeneği saptamak amacıyla bireyde doğal olarak ortaya çıkan anksiyete belirtilerinin dışarıdan verilen kimyasal ajanlarla oluşturulması çalışmalarıdır. Bu çalışmalarda laktat, kafein, karbondioksit, kolesistokinin, pentagastrin ve benzodiazepin antagonisti flumazenil gibi ajanlar kullanılmaktadır. Ancak bu konuyla ilgili çelişkili sonuçlar saptanmıştır (1,2).

2.2.4. Görüntüleme Bulguları

İşlevsel beyin görüntüleme çalışmaları, sosyal fobide amigdala ve limbik sistemde işlevsel değişiklikler bulunduğunu göstermektedir. Yapılan bir çalışmada, sekiz yaygın tip sosyal anksiyete bozukluğu ve altı sağlıklı kontrol grubunun topluluk önünde konuşma sırasında beyin aktivitesi BOLD-fMRI tekniği ile araştırılmış; yaygın tip sosyal anksiyete bozukluğu olan grupta otomatik emosyonel süreçlerde önemli olan subkortikal, limbik ve lateral paralimbik (pons, striatum, amigdala, uncus, anterior parahipokampus, insula, temporal lob) bölgelerde aktivite artışı; buna karşılık bilişsel süreçlerde önemli olan kortikal (dorsal anterior, singulat ve prefrontal korteks) bölgelerde aktivite azalması saptanmıştır (41). Yine toplum önünde konuşma sırasında, sosyal fobik hastalarda amigdala kompleksi içeren medial temporal lobda izlenen kan akımının yaşanan korkuyla ilişkisi olduğu izlenmiştir. Kişide sosyal fobi belirtilerinin uyarılması sağ amigdalayı uyarırken, sıkıntılı bekleyiş içinde olma, yani beklenti

anksiyetesi durumu ise sol amigdalaı uyarmaktadır (42). Sitalopram ve nörokinin-1 antagonisti GR205171 ile tedavi edilen sosyal fobili hastalarda, tedavi ile rinal korteks, amigdala, hipokampal-parahipokampal bölgelerde, bölgesel kan akımında belirgin azalmaya dikkat çekilmektedir (43). Onsekiz yaygın SAB, 18 sağlıklı kontrol grubuna kızgın yüz ifadesi gösterilerek fonksiyonel manyetik rezonans tetkiki ile amigdala aktivitesi tespit edilmiş, çalışmanın ikinci aşamasında ise Oksitosin verilerek aynı işlem tekrar yapılmış ve yaygın SAB'nda amigdala hiperaktivitesinin sağlıklı gruba göre belirgin olarak azaldığı, korkuya bağlı amigdala aktivitesinde oksitosinin spesifik bir etkisi olduğu tespit edilmiştir (44). Yirmi dört yaygın tip sosyal fobili hasta ve 24 sağlıklı kontrol grubunda yapılan yapısal beyin görüntüleme çalışmasında yaygın alt tip sosyal fobili hastalarda amigdalada %13, hipokampüste %8'lik bir hacim azalması gösterilmiştir (45).

2.2.5. Psikolojik ve Gelişimsel Kuramlar

2.2.5.1. Koşullanma ve Etolojik Model

Etolojik model, ilk olarak 1986 yılında Ohman tarafından tanımlanmış, sonrasında 1995'de Mineka ve Zinbarg, 1997'de Stein ve Bauwer tarafından geliştirilmiştir. Etolojik model, evrimsel olarak birisi tarafından dikkatle izlendiği durumda bazı kişilerin uyarıldığı ve rahatsız olduğu kuramını ortaya atmıştır. Göz teması ve başkaları tarafından incelenmeye olan bu duyarlılık, kalıtsal olarak geçen ailesel bir kişilik özelliğidir (46,47).

SAB'nda üzerinde durulan teorilerden biri de koşullanma modelidir. Bu model, koşullu itici uyarının fobilerin gelişmesine yol açması kuramına dayanır. SAB'nun kökenini açıklayan kuramlardan biri de, SAB'nun bir veya daha fazla travmatik yaşantı sonucu ortaya çıkmasıdır. Koşullu uyarının tipi hangi tip fobinin gelişeceğini belirler. Davranışçı görüş SAB'nun üç yolla gelişebileceğini öne sürmektedir. Bunlar doğrudan koşullanma, gözlemsel öğrenme ve bilgi aktarımıdır. Doğrudan koşullanma sosyal ortamlarda kişinin travmatik bir deneyim yaşamasıyla oluşur ve yapılan çalışmalarda en büyük etkenin travmatik yaşantılar olduğu görülmüştür. Gözlemsel öğrenmede kişi, sosyal ortamda olumsuz deneyim yaşayan başka bir kişiyi gözleyerek korkulu hale gelir. Bilgi aktarımında ise sözel ya da sözel olmayan yolla, yani tutumlarla sosyal

ortamların tehlikeli olduğu bilgisinin kişiye aktarılması yoluyla sosyal korkuların kazanılması söz konusudur (11).

2.2.5.2. Kişilik Modeli

Utangaçlık kavramı belirli sosyal durumlarda rahatsız olmanın sonucunda, bu gibi durumlardan endişelenmeyi ve kaçınmayı ifade eder. Birçok SAB'lu birey kendini utangaç olarak nitelendirse de bu evrensel bir bulgu değildir. Aksine çoğu utangaç birey SAB tanı ölçütlerini karşılamaz.

Utangaçlık çoğu insanda yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkmış bir kişilik özelliğidir. Üniversite öğrencilerinin yaklaşık %40'ı, kendisini utangaç olarak tanımlamıştır. Utangaçlık tek başına bir patolojik durum olmamakla birlikte her zaman olumlu bir özellik olarak görülmez. Utangaçlıkla ilgili çocukluğa ait belirgin kişilik özelliklerinin SAB'nun gelişmesinde risk etmeni oluşturduğu ortaya atılmıştır (11).

2.2.5.3. Davranışsal Ketlenme Modeli

Sosyal anksiyete ile bazı klinik özellikleri paylaşan davranışsal ketlenme, kişiliğin kalıtımla geçen bir boyutudur. Davranışsal olarak bu çocuklar alışılmadık durumlarda geri çekilme, ağlama, bağlanma nesnelere sıkı sıkıya tutunma şeklinde davranış gösterirler. Bu kuramda alışılmadık yeni bir ortama girdiğinde ürkek, kaygılı davranış gösteren çocuk grubundan söz edilmektedir. Ketlenmemiş çocuklarla kıyaslandığında davranışsal ketlenmesi olan çocuklarda konuşma gecikmesinde artma, araştırmaya yönelik davranışta azalma, kalp hızında artma ve kortizol ile adrenalin düzeyinde yükselme saptanmıştır. Davranışsal ketlenme, azalmış sosyal ilişkilere ve sosyal ilişkilere rahatsızlık duymaya neden olabilir. Bu durumda sosyal korku ve sosyal anksiyete içe kapanmaya, kuramsal olarak SAB'na neden olabilir (48,49).

2.2.5.4. Bilişsel Model

Bilişsel modele göre, sosyal fobikler reddedilecekleri ya da komik duruma düşecekleri yolundaki yanlış inanışları nedeniyle sosyal ortamlara katıldıkları ya da katılmayı düşündüklerinde anksiyete yaşarlar.

SAB olan kişilerde genelde rastlanan bilişsel özellikler; kendini değersiz görme, diğer insanların eleştirici ve hayal kırıklığına uğratici olduğunu düşünme, başkaları tarafından gözlenme konusunda artmış bir duyarlılık ve korku, beklenti anksiyetesi oluşturan olumsuz fanteziler, kaçmanın güç olduğu sosyal ortamlardan korkma, kızarma ve titreme gibi bedensel belirtilerin aşırı farkında olma, kendinde oluşan anksiyete belirtilerinin başkaları tarafından anlaşılacağından aşırı endişe duymadır. Bu olumsuz düşünceler aşağıdaki şekillerde kısır döngüye sebep olarak sosyal fobinin devamlılığına neden olur:

_ Yaşadıkları anksiyetenin bedensel ve davranışsal belirtileri, tehlike duygusunu dolayısıyla anksiyetelerini daha da artırır.

_ Sosyal fobikler giderek kendi olumsuz düşünceleriyle aşırı ilgili hale gelirler ve bu aşırı uğraş sosyal ortamlarda gerçekçi değerlendirmeler yapmalarını engellemeye başlar, bu durumda sosyal ortamlarda başarıları gerçekten düşer ve bir anlamda korktukları başlarına gelir.

_ Kendi davranışları ve başkalarının davranışlarını incelerken, ilgi ve dikkatlerini olumsuz düşüncelerini destekleyecek şekilde harcarlar. Sosyal fobikler normallerle karşılaştırıldıklarında olumsuz sosyal olayların olasılığını büyütür, olumluların olasılığını küçümserler (11).

2.3.Epidemiyoloji

ABD’de yapılmış epidemiyolojik ve topluma dayalı çalışmalarda, SAB’nun yaşam boyu görülme yaygınlığı %2,4-%13 arasında saptanmıştır (4). Yine ABD’de yapılan bir çalışmada ergenlerde SAB yaşam boyu yaygınlığı %5-15 olarak saptanmıştır (50). Stein ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 12-24 yaş arasındaki ergenler ve genç erişkinlerdeki yaşam boyu SAB prevalansı %7,2 bulunmuştur (51).

Kanada’da yapılan bir çalışmada SAB’nun yaşam boyu yaygınlığı %7,1 (52), Almanya da yapılan çalışmada yaşam boyu %8,7 ve bir yıllık yaygınlığı %6,2 olarak saptanmıştır (53). İsveç üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmada ise sosyal fobi yaygınlığı % 16,1 tespit edilmiş ve en sık sosyal kaygıya neden olan durumun, %71,4 sıklıkla topluluk önünde konuşma olduğu saptanmıştır (54). 2008 yılında Nijerya İbadan üniversitesinde sosyal fobi prevalansına bakılmış, bu çalışmanın sonucunda ise yaşam boyu sosyal fobi prevalansı %9,4, yıllık sosyal fobi prevalansı %8,5 tespit edilmiş olup, %71’inde beraberinde depresif bozukluk görüldüğü saptanmıştır (55). İngiltere, Almanya, İtalya, İspanya ve Portekiz’den 15 yaş ve üstü 18980 kişinin katıldığı, telefon görüşmesi ile yapılan bir çalışmada sosyal fobi nokta prevalansı %4,4 bulunmuş, kadınla%71,4 sıklıkla topluluk önünde konuşma rda daha sık gözlemlendiği, yaşın artmasıyla beraber sıklığın azaldığı saptanmıştır (56).

İtalya’da toplumdan rastgele seçilen 2500 kişilik bir çalışmada SAB’nun yaşam boyu yaygınlığı %4 bulunmuştur. Bu çalışmada en yaygın semptom, topluluk önünde konuşmaktan korkma bulunmuştur. Aynı çalışmada sosyal fobi ortalama başlangıç yaşı 28,8 yaş, ilk semptomların ortaya çıkışı 15,5 yaş olarak saptanmış olup, kadınlarda sıklığın erkeklerden iki kat fazla olduğu tespit edilmiştir (57).

Ülkemizde Dilbaz ve arkadaşlarının, üniversite öğrencilerinde DSM-III-R tanı ölçütlerine göre yapmış olduğu çalışmada, SAB tanısı konulanların yüzdesi %22 olarak saptanmıştır (58).

İzgiç ve arkadaşları, Cumhuriyet Üniversitesinde 1003 öğrencide DSM-III-R Handscore Sosyal Fobi Alt Ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada yaşam boyu yaygınlığı %9,8, son bir yıllık yaygınlığı %7,9 olarak saptamış ve kadınlarda erkeklere göre daha sık gözlemlendiğini tespit etmişlerdir (59).

2.4. Demografik Özellikler ve Risk Faktörleri

Epidemiyolojik çalışmalara göre, SAB'lu bireyler, sıklıkla kadın, bekar olup, düşük sosyoekonomik düzey ve eğitime sahiptir (50,54,55,57,59,60). Davidson ve arkadaşları, hastalığın başlangıç yaşını 15 yaş ve hastalık süresini yaklaşık 19 yıl bulmuşlardır (61). SAB genellikle, alt tipine de bağlı olarak erken ve geç ergenlik dönemlerinde başlar (57). Amerika'da DSM III-R tanı ölçütlerine göre sosyal kaygı bozukluğu tanısı konmuş, 8000 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada hastalığın görülme sıklığı kadınlarda %15,5, erkeklerde %11,1 olarak saptanmıştır (4). Klinik ortamlarda yapılan çalışmalarda kadın, erkek oranı ile ilgili çelişkili bilgiler vardır. Türkiye'de yapılan klinik çalışmalarda erkek hastaların kadınlardan daha fazla olduğu görülmüştür. Yapılan klinik araştırmalarda başvuran erkeklerin oranı %65-82 arasında bildirilmiştir (62).

Yapılan bir epidemiyolojik çalışmada düşük sosyoekonomik seviye, düşük sosyal sınıf, hiç evlenmemiş olma, işsizlik, düşük eğitim düzeyi, hastalığın premorbidinde sosyalizasyon eksikliği gibi etkenlerin sosyal fobi gelişiminde risk etmenleri olduğu saptanmıştır (52). Birçok çalışmada SAB oluşumunda ailesel etmenler üzerinde durulmuştur (18,20,24). Psikiyatrik bozukluğu olan ailelerin çocuklarında gerek yetiştirme tarzı gerekse de aile içinde sosyal durumlarla daha az karşılaşma nedeniyle SAB başta olmak üzere, anksiyete bozuklukları, depresyon, alkol bağımlılığı sıklıkla gözlenir (63,64,65). Davranışsal inhibisyon bir başka risk etmenidir. Çocukluk döneminde davranışsal inhibisyonu olan kişilerde gelecekte SAB gelişme riski daha yüksektir (66). Yüksek riskli grupların belirlenmesi, özel girişimlerin geliştirilmesine, erken girişimde bulunulmasına olanak sağlayacaktır.

2.5. Klinik Belirtiler

SAB, fiziksel, bilişsel ve davranışsal belirtilerle karakterize bir hastalıktır. DSM-IV tanı sistemine göre; B tanı ölçütünde, korkulan durumla karşılaşmanın hemen her zaman anksiyete doğurduğu ve anksiyetenin duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösteren bir panik atağı biçimini alabileceği belirtilmiştir. Kişi korktuğu durumlarla karşılaşması için zorlandığında veya beklenmedik anda böyle bir durumla karşılaştığında yoğun anksiyete yaşar ve çeşitli bedensel belirtiler ortaya çıkar. Bu

belirtiler çarpıntı, tremor, terleme, gastrointestinal rahatsızlık, diyare, kas gerginliği, yüz kızarması, konfüzyon gibi belirtilerdir (11).

SAB'nda kişinin korkulan durumla karşılaşması panik atağı yaşatabilir. Ancak, panik bozukluğunda daha çok çarpıntı, göğüste ağrı ya da sıkışma hissi görülürken SAB'nda daha çok terleme, yüz kızarması ve ağız kuruluğu görülür (67). SAB'nda sık görülen fiziksel belirtiler; yüz kızarması, titreme ve terlemedir (68).

SAB olan bireyler sosyal ortamlardan korkar ve kaçınırlar. Kişilerde yoğun anksiyete yaşatan birçok sosyal ortam vardır. Yapılan çalışmalarda, korkulan ve kaçınılan sosyal durumlar farklılık göstermiştir. Solmaz ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada en sık anksiyete yaratan durumlar sırasıyla; önceden hazırlık yapmaksızın bir toplantıda konuşmak (%95,5), seyirci önünde hareket ya da gösteri yapmak (%93,2), dikkatleri üzerine toplamak (%79,5), bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bildiri sunmak (%75,0) olarak sıralanmıştır (69).

SAB'nda anksiyete yaratan durumlar cinsiyete göre de farklılık göstermektedir. Yetkili biriyle konuşma, dinleyiciler önünde konuşma, rol yapma, önceden hazırlanmış raporu bir gruba sözel olarak sunma, ısrarlı bir satıcıya karşı koyma konularında, erkek hastaların anksiyete ve kaçınma düzeyleri kadın hastalardan daha yüksek bulunmuştur (70).

2.6.Sosyal Anksiyete Bozukluğu Alt Tipleri

Sosyal durumların bir ya da birkaçından korku duyup kaçınan hastalar için özgül tip, birçok sosyal ortamdan korkan ve kaçınan hastalar için ise yaygın tip SAB tanımlanmıştır. Yaygın tip SAB olan hastalar tipik olarak kişilerarası ilişki gerektiren ya da başkaları tarafından izleneceklerini düşündükleri hemen her ortamdandır ve korkar ve kaçınırlar. Her iki SAB tipinde de çekirdek belirtilerden biri, diğer insanların önünde konuşmaktan korkmadır ve hastaların %90 'ından fazlasında varlığı saptanmıştır (71,72). Yaygın tip SAB olan bireyler özgül tip SAB olanlara göre toplumsal becerilerde daha fazla hata yapma, toplumsal ve mesleki işlevsellikte daha fazla bozulma gösterme eğilimi taşırlar. Yine yaygın tip SAB olan bireylerin, sınırlı tipte olanlara göre, sosyal ilişkilerde daha fazla anksiyete yaşadıkları, kendi kaçınma ve anksiyeteleriyle ilgili olumsuz bireysel değerlendirmelere daha fazla sahip oldukları

gözlenmiştir (11). SAB'nun yaygın ve özgül alt tiplerinde doğal uyarımlara cevap olan kalp hızı gibi fizyolojik değişimler açısından fark olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Toplum önünde konuşma uyarımı kullanılarak yapılan çalışmalarda yaygın SAB olan hastalarla kontrol grubu arasında kalp hızı açısından fark olmadığı gösterilmiş, fakat özgül tip SAB'nda aynı uyarım sonrasında kalp hızı tepkisinin normal kontrollerden fazla olduğu gösterilmiştir (73,74).

Hastalığın şiddeti ve oluşturduğu kayıplar dışında, alt tipler arasında patofizyoloji, etiyoloji ve tedaviye yanıt açısından da nicel farklılıklar mevcuttur (75). Özgül tip SAB olan bireylerin, yaygın tip olanlara göre toplum önünde konuşma uyarımına yanıt latansı daha uzun bulunmuştur. Etiyolojik değişkenler açısından bakıldığında yaygın tip SAB'nun çocukluk çağı utangaçlık öyküsü ile daha sık birlikteliğinin olduğu, özgül tip SAB'nda daha sıklıkla travmatik bir yaşantının mevcut olduğu saptanmıştır, buna göre yaygın tipte kalıtsal özellik daha önemlidir (76).

2.7. Komorbid Psikiyatrik Bozukluklar

Sosyal Anksiyete Bozukluğunun diğer psikiyatrik bozukluklar ile birlikteliği sıktır. SAB ile en sık birliktelik gösteren bozukluklar sırasıyla; diğer anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarıdır (77). Epidemiyolojik Alan Çalışmaları sonuçlarına göre, tek başına SAB görülme oranı %31 olarak belirlenmiştir. Diğer bir deyişle, SAB'nda %70-80 oranında en az bir psikiyatrik bozukluk daha vardır (71). Ulusal Komorbidite Çalışmasında ise SAB'nda komorbidite oranı %81 olarak bulunmuştur (78). Çalışmalarda değişik oranların bulunması, yöntem farklılıklarına ve kullanılan tanı ölçütlerine bağlanabilir. Van Ameringen ve arkadaşlarının yaptıkları epidemiyolojik alan çalışması aşağıda verilmiştir (79).

Epidemiyolojik Alan Çalışmasına göre SAB'na eşlik eden hastalıklar

Eşlik Eden Hastalık	Görülme Yüzdesi
Basit Fobi	%59
Agarofobi	%44,9
Alkol Kötüye Kullanımı	%18,8
Major Depresyon	%16,6
Madde Kötüye Kullanımı	%13
Distimi	%12,5
OKB	%11,1
Bipolar Bozukluk	%4,7
Panik Bozukluğu	%4,7
Somatizasyon Bozukluğu	%1,9
Eşlik eden hastalık yok	%31

SAB tek bir bozukluk komorbiditesi ile değerlendirildiğinde, SAB'nda en sık görülen komorbid tanıların, %37,6-60,8 oranlarıyla özgül fobi (böcek ve yükseklik korkusu başta olmak üzere) %0,8-45 oranlarıyla agarofobi , %4,7-26,8 oranlarıyla panik bozukluğu olduğu bildirilmiştir (57,77,78). SAB hastalarında yaygın anksiyete bozukluğunu %2-27, obsesif-kompulsif bozukluğu %2-19, travma sonrası stres bozukluğunu %5-16 oranlarında saptayan çalışmalar vardır (78,79,81). SAB olan hastaların yaklaşık %25'i yaşam boyu alkol bağımlılığı tanı ölçütlerini karşılamaktadır (82).

Komorbiditenin olması, SAB'nun şiddetini artırması, tedaviye yanıtı azaltması ve intihar oranını artırması nedeniyle önemlidir. Hastalığın başlangıç yaşı ne kadar erken ise, eştanı görülme oranı o derece artmaktadır. Yaygın sosyal fobinin major depresyonla birlikteliği intihar düşüncelerini ve intihar riskini ortalama 3 kat artırmaktadır (72).

Komorbidite varlığı SAB tanısını maskeleyebilir. Asıl hastalığın atlanması ise tedavi başarısını etkilemektedir. Çoğu olgularda SAB belirtileri komorbid bozukluktan önce ortaya çıkar. Bu da SAB'nun ortaya çıkan diğer bozukluğa zemin hazırladığını düşündürür. Dolayısıyla SAB'nun erken tanınması ve tedavi edilmesi ikincil durumların başlamasını önleyebilir (11).

2.8. Sosyal Anksiyete Bozukluğu ve Çekingen Kişilik Bozukluğu

SAB ile kişilik bozuklukları da sık birliktelik göstermektedir (54). En çok eşlik eden kişilik bozukluğu ÇKB'du. SAB ve ÇKB eşanı oranı bazı çalışmalarda %100'e kadar ulaşmaktadır. DSM III-R ve DSM IV'de ÇKB ve SAB ölçütlerinin önemli ölçüde çakışmaları nedeniyle, bu iki hastalığın aynı anda saptanma oranı yüksektir. Bu hastalarda hem depresyon hem sosyal fobi skorlarının, hem de işlevsellikteki bozulmanın daha fazla olduğu bildirilmektedir. Son zamanlarda yapılan çalışmalar SAB ve ÇKB'nun sosyal anksiyete spektrumunda değerlendirilebileceğini düşündürmektedir (83,84). Kişilik bozukluğu görülenlerde, daha az sıklıkla paranoid (%13.4), bağımlı (%6.6) ve obsesif kompulsif kişilik bozuklukları (%10) saptanmıştır (69).

2.9. Klinik Gidiş ve Sonlanım

SAB süregen, hastaların tedaviye geç başvurduğu, işlev kaybına yol açan bir anksiyete bozukluğudur. Hem retrospektif, hem de prospektif klinik çalışmalar sosyal fobinin kişinin hayatında uzun yıllar içinde ciddi tahribata yol açtığını göstermektedir. Bu tahribat okul ve akademik başarıyı, iş performansını ve sosyal gelişimi etkilemektedir. SAB'nun genellikle ergenlik döneminde başlaması nedeniyle tedaviye erken başvuru ve tedavi etkinliği, bireyin daha sonraki yaşamının gidişi ve kalitesini belirleyecektir. Komorbiditenin ve özkıyım riskinin olmadığı durumlarda öncelikle bilişsel-davranışçı tedavi uygulanmalıdır. (Hastanın motivasyonu, bilişsel davranışçı tedaviye uygunluğu, yaşadığı yerin tedavi merkezine uzaklığı dikkate alınarak) SAB ile birlikte, depresyon, bir başka anksiyete bozukluğu, alkol ya da madde kullanım bozuklukları varsa, psikoterapiyle birlikte farmakolojik tedavi de başlanmalıdır.

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırma Bölgesi ve Evrenin Özellikleri

Araştırmanın evrenini, 2009-2010 eğitim-öğretim yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesinde öğrenim görmekte olan 18332 lisans öğrencisi oluşturdu.

3.2. Örneklem Büyüklüğü

Güven aralığı %95, standart sapma=0,03, sosyal fobi yaygınlığı, ABD’de 1994 yılında yapılan ulusal komorbidite araştırmasında sosyal anksiyete bozukluğunun yaşam boyu prevalansı olan %13,3 (4) alınarak minimum örneklem büyüklüğü 470 bulunmuştur.

$$n=Nt^2pq / d^2(N-1)+t^2pq$$

n= Örneklem alınacak birey sayısı

N= Evrendeki birey sayısı

p= İncelenen olayın görülme sıklığı

q= İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (1-p)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1,96)

d= Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen ± sapma (0,03)

3.3. Örneklem Yöntemi ve Uygulama

Araştırmada; çok aşamalı, tabakalı, rastgele örneklem seçimi kullanıldı. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı’ndan 2009-2010 döneminde Eğitim Fakültesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Mühendislik Fakültesi, Tıp Fakültesi, Ziraat Fakültesi, Samsun Sağlık Yüksek Okulu, Yaşar Doğu Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu, İlahiyat Fakültesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Veteriner Fakültesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinde eğitim gören lisans öğrencilerinin listesi alındı. Çalışmanın evreni örneklem büyüklüğüne bölünerek bulunan katsayıya

göre her bölümden alınacak öğrenci sayısı belirlendi. Sınıflardan alınacak öğrenci sayısı, o sınıfta öğrenim görmekte olan öğrenci sayısı, bululunan katsayıya bölünerek hesaplandı. Sınıflarda hesaplanan ondalık değerlerin hepsi bir üst değere tamamlandı. Eğitim Fakültesinden 197, Fen-Edebiyat Fakültesinden 120, Mühendislik Fakültesinden 70, Tıp Fakültesinden 29, Ziraat Fakültesinden 23, Sağlık Meslek Yüksek Okulundan 16, Yaşar Doğu Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulundan 18, İlahiyat Fakültesinden 10, Diş Hekimliğinden 10, Veteriner Fakültesinden 9, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinden 7 öğrenci çalışmaya alınmıştır. Bölümlerdeki toplam öğrenci sayısı ve çalışmaya alınan öğrenci sayıları aşağıda gösterilmiştir.

Bölüm	Öğrenci sayısı	Örnekleme Alınan Öğrenci Sayısı
Eğitim Fakültesi	7274	197
Fen-Edebiyat Fakültesi	4281	120
Mühendislik fakültesi	2495	70
Tıp Fakültesi	1001	29
Ziraat fakültesi	840	23
Yaşar Doğu Beden Eğitimi ve Spor Yüksek Okulu	569	18
Samsun Sağlık Yüksek Okulu	568	16
İlahiyat Fakültesi	387	10
Diş Hekimliği Fakültesi	333	10
Veteriner Fakültesi	327	9
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	257	7
Toplam	18332	509

Araştırmaya alınan bütün bölüm ve sınıflara tek tek gidilerek öğrencilere çalışma hakkında bilgi verildi. Çalışmaya katılmayı kabul edenlerden öğrenci numaraları çift rakam olan (yeterli sayı karşılanmadığında adının içinde “a” harfi

bulunan, hiçbir sınıfta ihtiyaçtan fazla gönüllü olmadı) öğrencilere söz konusu ölçek ve envanterleri doldurmaları istendi. Çalışma sırasında veya sonrasında katılan kişilerin herhangi bir risk veya zarar görmelerinin olası olmadığı gibi, tedavileri için de bireysel olarak ek bir tıbbi yarar sağlamayacağına, araştırmaya katılmayı reddetme ve araştırma başladıktan sonra devam etmek istememe hakkına sahip olduklarına dair bilgi verildi. Öğrencilere çalışmanın amacı ve deseni anlatıldıktan sonra katılmayı kabul edenlerden yazılı onam alındı. Çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilere kapalı zarf içinde araştırmacı tarafından geliştirilen sosyodemografik veri formu, Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği verildi. Dolduran kişilerden bilgiler kapalı zarf içinde alındı. Bu uygulamadan sonra değerlendirilen formlarda, Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeğinden 30 (sosyal kaygısı yüksek olan bir grup oluşturmak için) ve üzeri puan alan 173 öğrenci, iki hafta sonra aranarak ikinci görüşmeye davet edildi. Kişilerin birbirleriyle görüşme olasılığına yer vermeyecek şekilde randevu saatleri ayarlandı. Yirmi iki öğrenci çeşitli sebeplerden dolayı ikinci görüşmeye katılmadı. Her bireye, SCID-I uygulandı. Sosyal anksiyete bozukluğu tanısı alanlar ve almayanlar ayrıldı. SAB tanısı alanların komorbid eksen-I tanıları kaydedildi. Yine SAB tanısı alanların 4 ve üzeri sosyal alanda korkusu olanları yaygın tip, 3 ve altında sosyal alanda korkusu olanları ise özgül tip olarak tanımlandı. SAB tanısı alanlara hastalık öyküsü formu verildi, tanı alan sosyal fobiklere SCID-II uygulandı ve ÇKB olan olmayanlar olarak iki gruba ayrıldı. İkinci aşamadaki tüm öğrencilere Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği ve Hamilton Anksiyete Ölçeği uygulandı. İlk aşamada toplam 509 öğrenci çalışmaya alınmıştır. Ancak ikinci aşamaya davet edilen 173 öğrenciden 22'sinin gelmemesi nedeniyle tüm çalışma 487 öğrenci üzerinden değerlendirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Tipi ve İzinler

Araştırma kesitsel–analitik bir araştırmadır. Çalışma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylandı. Katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alındı.

3.5. Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmaya katılan öğrencilerin, sosyodemografik özelliklerini saptamak amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuş 16 soruluk bir ankettir. Bu anket katılımcının cinsiyeti, yaşı, öğrenim düzeyi, doğum yeri, anne baba öğrenim düzeyi, 12 yaşına kadar (12 yaş ergenliğin başlangıcı olarak düşünüldü) ve halen ailenin yaşadığı yer, ebeveyn kaybı, 0-12 yaş ve ergenlik dönemi önemli yaşam olayı, birlikte yaşadığı kişiler, şuan kiminle yaşadığı, doğum sırası, sosyoekonomik gelir düzeyi, intihar girişimi olup olmadığı ve alkol kullanımı olup olmadığı gibi değişkenleri araştırmak amacıyla hazırlanmıştır. (Ek 1)

Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği

Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ), SAB olan bireylerin, korku ve/veya kaçınma davranışı gösterdikleri sosyal ilişki ve performans durumlarını değerlendirilmek üzere geliştirilmiştir. 24 maddeden oluşan ölçek, 11'i sosyal ilişki ve 13'ü performans olmak üzere iki alt ölçekten oluşmuştur. Puanlama 0-3 arasında yapılan bir derecelendirmeye göre yapılır (85). Ülkemizde geçerlik güvenilirlik çalışması Dilbaz ve Güz (86) tarafından yapılmış olan LSAÖ' nün iç tutarlılığı (Cronbach alpha) 0.96 bulunmuştur. Değerlendiriciler arası bağıntı katsayısı ise $r=0.83$ olarak saptanmıştır. Sonuç olarak LSAÖ'nün Türkçe versiyonu, bu dilde konuşan kişilerdeki SAB ve buna ilişkin bulguların şiddetini ölçmede nesnel, geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Bu ölçeğin kesme noktası hakkında bilgi olmadığı ancak yapılan çalışmalarda 30 ve üzeri puanın güçlü yordayıcı olduğu gösterilmiştir (87,88,89). (Ek2)

Beck Anksiyete Ölçeği

Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin şiddetini belirleyen bir öz bildirim ölçeğidir. 21 maddeden oluşan 0-3 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. En yüksek alınabilecek puan 63'tür. Kişinin son 7 gün içinde yaşadığı kaygı belirtilerinin şiddetini belirlemeyi hedefler. Ölçekten alınan puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı

anksiyetenin şiddetini göstermektedir (90). Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy tarafından yapılmıştır (91). (Ek 3)

Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği

Beden duyuları ile ilgili korkuyu değerlendiren bu ölçek, üç alt ölçekten (fiziksel, bilişsel, sosyal) ve toplam 16 maddeden oluşmaktadır. Fiziksel alt ölçek kalp çarpıntısı ya da nefes darlığı hissetmekten korkma gibi anksiyeteden kaynaklanan “bedensel belirtilerden korkmayı” ölçmektedir. Bilişsel alt ölçek bir konu üzerinde dikkati toplayamamaktan korkmayı ya da kişinin kendisini tuhaf ya da boşlukta hissetmesinden korkması gibi durumları değerlendiren “bilişsel kontrolü yitirmekten korkma” boyutunu ölçmektedir. Toplum içinde başkalarınca kendi “anksiyete belirtilerinin fark edilmesinden korkma” (örn. titrediğinin fark edilmesi) şeklinde tanımlanan durumları ise sosyal alt ölçek değerlendirmektedir. Her madde 0-4 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Dilbaz ve Güz tarafından yapılmıştır (92). (Ek 4)

Hastalık Öyküsü Formu

Araştırmaya katılan ve yapılan değerlendirmeler sonucunda Sosyal Fobi tanısı konulan öğrencilerin hastalık öyküsünü değerlendiren araştırmacı tarafından hazırlanmış 5 soruluk bir ankettir. Bu formda şikayetlerin başladığı yaş, bedensel hastalık öyküsü, soy geçmişteki psikiyatrik hastalık, soy geçmişteki bedensel hastalık, ilaç tedavisi gibi değişkenlere bakılmıştır. (Ek 5)

Hamilton Anksiyete Ölçeği

Bireylerde anksiyete düzeyi ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Hem ruhsal hem bedensel belirtileri sorgulayan 13 maddeden oluşur. Maddelerin varlığı ve şiddeti görüşmeci tarafından değerlendirilir. Toplam puanlar her soru için 0-4 arası bir değer verilerek elde edilir. Toplam puanlar hesaplanmakta 0-5 anksiyetesinin olmadığı, 6-14 minör anksiyete (hafif-orta), 15 puan ve üstü major anksiyeteyi göstermektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (93). (Ek 6)

Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği

“İş”, “sosyal yaşam/boş zaman uğraşları” ve “aile yaşamı/evdeki sorumluluklar” alt ölçeklerini içeren bu alanlarda görülen yeti yitimini belirlemek üzere kullanılan bir ölçektir. Puanlama 0 ile 10 arası değişen bir derecelendirmeye göre kişinin kendisi tarafından yapılmaktadır (94). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Tükel ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (95). (Ek 7)

SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Mental Disorders)

First ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş DSM-IV tanı kriterlerine göre Eksen I bozukluklarının tanısını koymaya yarayan yapılandırılmış bir görüşme çizelgesidir (96). Çalışmamızda SCID-I in klinik versiyonu kullanılmıştır. SCID-I’de Eksen I tanısı veren 7 ana modül bulunmaktadır. Bu bölümler sırasıyla şu şekildedir; Duygudurum bozuklukları, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları ve uyum bozukluklarıdır. Modüller birbirinden bağımsız olduğu için SCID araştırmacının kendi ihtiyacına göre değişik şekillerde kullanılabilir. Hastada tanı “şu anda” ve “yaşam boyu” göz önüne alınarak araştırılır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (97).

SCID-II (Manual For The Structured Clinical Interview for DSM-III R Personality Disorders)

Spitzer tarafından DSM-III için geliştirilmiş ve DSM-III R ile birlikte gözden geçirilerek yeniden düzenlenmiş olup, ikinci eksende tanımlanan kişilik bozukluğu tanıları için kullanılmaktadır. SCID-II bireysel uygulamalı yapılandırılmış bir formdur SCID-II’de sorular hastaya yöneltilerek alınan yanıtlara ve görüşme esnasındaki klinik yargıya göre hastalar değerlendirilmektedir. SCID-II DSM-III-R’de bulunan A kümesindeki 3 kişilik bozukluğu (paronoid, şizoid, şizotipal), B kümesindeki 4 kişilik bozukluğu (histrionik, borderline, narsistik, antisosyal), ve C kümesindeki 5 kişilik bozukluğu (çekingen, bağımlı, pasif-agresif, obsesif-kompulsif ve self defeating) olmak üzere 12 kişilik bozukluğunun erişkinlik dönemi belirtilerini sorgulayan maddeleri kapsamaktadır. Doğrudan uygulamada sorular hastaya tek tek yöneltilir. Dolaylı

uygulamada ise hastaya önce SCID kişilik envanteri verilir sonra cevap kağıdındaki hayır cevapları atlanarak sadece evetler sorgulanır (98) . Türkçe versiyonu Soriaş ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve geçerlik güvenirlilik çalışması yapılmıştır (99).

3.6.İstatistiksel Analiz:

Araştırmaya katılan öğrencilerden elde edilen veriler SPSS for Windows 10.0 istatistik paket programına aktararak analiz edilmiştir. Öğrencilerden elde edilen niceliksel veriler ortalama± standart sapma, niteliksel veriler ise yüzde olarak ifade edilmiştir.

İkili grupların; ölçümle elde edilmiş verilerinin karşılaştırılmasında veriler parametrik varsayımları yerine getiriyor ise Student t testi, getirmiyor ise Mann Whitney U testi, sayım ile elde edilmiş verilerinin karşılaştırılmasında Ki kare testi kullanılmıştır.

İkiden fazla grupların, ölçümle elde edilmiş verilerinin karşılaştırılmasında veriler parametrik varsayımları yerine getirmediği için Kruskal Wallis Varyans Analizi, istatistiki fark çıkması halinde, Post Hoc test olarak Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanıldı.

4.BULGULAR

Araştırmaya; yaş ortalaması $21,15 \pm 2,10$ yıl olan, 232'si erkek (%47,6), 255'i kız (%52,4) olmak üzere toplam 487 öğrenci katıldı. Katılımcılardan; 58(%11,8)'i köyde, 172(%35,3)'si ilçede, 257(%52,7)'si şehirde doğmuş, 12 yaşına kadar 80(%16,4)'i köyde, 158 (%32,4)'i ilçede, 249(%55,1)'u şehirde yaşamıştır. Araştırmaya katılanların SCID-I'e göre 70(%14,4)'inde şu anda, 89(%18,3)'unda ise yaşam boyu sosyal fobi olduğu görülmüştür. Çalışma grubundaki kadınlarda sosyal fobi görülme sıklığı erkeklerden daha yüksek olmakla birlikte, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Erkeklerde %13,4, kadınlarda %15,3, $\chi^2=0,36$ $p=0,544$). Sosyal fobik olanların yaş ortalaması $20,85 \pm 1,82$ yıl, olmayanların yaş ortalaması ise $21,20 \pm 2,14$ yıl olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t=1,27$, $p=0,202$). On iki yaşına kadar köyde yaşamış olmak, sosyoekonomik gelir düzeyi düşük olması, anne eğitim düzeyi düşük olması durumlarında, SAB görülme sıklığı istatistik olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Sırasıyla $\chi^2=6,89$ $p=0,032$, $\chi^2=6,70$ $p=0,035$, $\chi^2=9,76$ $p=0,045$). Alkol kullanımı açısından gruplar karşılaştırıldığında ise alkol kullanmayanlarda, kullananlara göre sosyal fobi olma durumunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek çıktığı görülmüştür ($t=7,67$, $p=0,006$). Örneklem ile ilgili sosyodemografik veriler ve karşılaştırmaları Tablo I'de gösterilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin sınıflara göre SAB olma durumları değerlendirildiğinde; birinci sınıflarda SAB, %34,3 oranında gözlenirken, ikinci sınıflarda bu oranın %25,7 olduğu, üçüncü sınıflarda oranın azaldığı, ancak son sınıfta tekrar artış gösterdiği görülmektedir. Ancak bulunan sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2=0,54$ $p=0,460$). Veriler Tablo II'te gösterilmiştir.

Tablo I. Örneklem ile İlgili Sosyodemografik Veriler ve Karşılaştırmaları

Sosyodemografik Özellikler	SAB*		TOPLAM** n (%)	X ²	p
	Var n (%)	Yok n (%)			
Cinsiyet					
Erkek	31 (13,4)	201 (86,6)	232 (47,6)	0,36	0,544
Kadın	39 (15,3)	216 (84,7)	255 (52,4)		
Doğum yeri				4,73	0,094
Köy	12 (20,7)	46 (79,3)	58 (12,0)		
İlçe	29 (16,9)	143 (83,1)	172 (35,3)		
Şehir	29 (11,3)	228 (88,7)	257 (52,7)		
12 yaşına kadar yaşadığı yer				6,89	0,032
Köy	19 (23,7)	61 (76,3)	80 (16,4)		
İlçe	19 (12,0)	139 (88,0)	158 (32,4)		
Şehir	32 (12,9)	217 (87,1)	249 (51,2)		
Halen ailenin yaşadığı yer				4,07	0,130
Köy	14(22,5)	48(77,5)	62(12,8)		
İlçe	21(14,2)	127(85,8)	148(30,4)		
Şehir	35(12,7)	242(87,3)	277(56,8)		
Sosyoekonomik durum				6,70	0,035
Düşük (<1000 TL)	10 (27,8)	26 (72,2)	36 (7,4)		
Orta (1000-3000 TL)	58 (13,7)	364 (86,3)	422 (86,7)		
Yüksek (>3000 TL)	2 (6,9)	27 (93,1)	29 (5,9)		
Baba öğrenim düzeyi				5,47	0,242
Okula gitmemiş	1 (9,1)	10 (90,9)	11 (2,3)		
İlkokul	28 (19,7)	114 (80,3)	142 (29,4)		
Ortaokul	9 (13,4)	58 (86,6)	67 (13,8)		
Lise	19 (13,8)	119 (86,2)	138 (28,3)		
Üniversite	13 (10,2)	115 (89,8)	128 (26,2)		
Anne öğrenim düzeyi				9,76	0,045
Okula gitmemiş	11 (18,3)	49 (81,7)	60 (12,5)		
İlkokul	42 (18,5)	185 (81,5)	227 (46,4)		
Ortaokul	7 (10,1)	62 (89,9)	69 (14,2)		
Lise	6 (7,3)	76 (92,7)	82 (16,8)		
Üniversite	4 (8,2)	45 (91,8)	49 (10,1)		
Ebeveyn kaybı				1,78	0,182
Yok	64 (13,8)	400 (86,2)	464 (95,3)		
Var	6 (26,1)	17(73,9)	23(4,7)		
0-12 önemli yaşam olayı				1,75	0,185
Var	13 (20,6)	50 (79,4)	63 (12,9)		
Yok	57 (13,5)	367 (86,5)	424 (87,1)		
Ergenlik dönemi önemli yaşam olayı				0,77	0,379
Var	12 (18,8)	52 (81,2)	64 (13,1)		
Yok	58 (13,7)	365 (86,3)	423 (86,9)		

Şu an kiminle yaşadığı					
Tek başına	7 (13,5)	45 (86,5)	52 (10,5)	1,25	0,534
Aile yanında	15 (11,6)	114 (88,4)	129 (26,2)		
Arkadaşlarla	48 (15,7)	258 (84,3)	306 (62,3)		
Birlikte yaşadığı kişiler					
Tek başına	-	11 (100,0)	11 (2,2)	3,02	0,388
Çekirdek aile	55 (14,0)	338 (86,0)	393 (80,6)		
Geniş çekirdek aile	10 (16,9)	49 (83,1)	59 (12,1)		
Geniş aile	5 (20,8)	19 (79,2)	24 (5,1)		
İntihar girişimi					
Var	2 (12,5)	14 (87,5)	16 (3,3)	1,00	0,589
Yok	68 (14,4)	403 (85,6)	471 (96,7)		
Alkol kullanımı					
Var	6 (5,6)	101 (94,4)	107 (21,9)	7,67	0,006
Yok	64 (16,8)	316 (83,2)	380 (78,1)		

*satur yüzdesi verilmiştir

**sütun yüzdesi verilmiştir

Tablo II. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Okudukları Sınıflara Göre SAB Görülme Durumlarının Dağılımı.

Sınıflar	SAB		TOPLAM n (%)	X ²	p
	Var n (%)	Yok n (%)			
1	24 (34,3)	125 (83,9)	149 (28,9)	0,54	0,460
2	18 (25,7)	101 (84,9)	119 (27,5)		
3	10 (14,3)	79 (88,8)	89 (17,8)		
4,5,6	18 (25,7)	112 (87,2)	117 (25,8)		

Sosyal fobik olanların LSAÖ kaygı toplam skoru $32,75 \pm 8,04$ ($t=14,10$, $p=0,000$), LSAÖ kaçınma toplam skoru $27,88 \pm 7,88$ ($t=15,42$, $p=0,000$), LSAÖ toplam skorları $60,64 \pm 14,28$ ($t=15,81$, $p=0,000$) olarak saptanmıştır. Yine sosyal fobik olanların BAÖ toplam puanları $16,78 \pm 11,62$ ($t=3,43$, $p=0,001$) bulunmuştur.

SAB olan ve olmayanlarda uygulanan Anksiyete Duyarlılığı Ölçeğinde, “sinirli görünmemek benim için önemlidir”, “bayılacakmış gibi hissetmek beni korkutur” ve “duygularımı kontrol etmek benim için önemlidir” itemlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi (Sırasıyla $t=1,56$ $p=0,119$, $t=0,99$ $p=0,319$, $t=1,40$ $p=0,160$). Diğer itemler istatistiksel olarak anlamlı düzeyde sosyal fobik olanlarda, olmayanlara göre yüksek saptandı ($p<0,05$). Veriler Tablo III’te gösterilmiştir.

Tablo III. SAB Olan ve Olmayanlarda Anksiyete Duyarlılığı.

Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği	SAB		t	p
	Olan (Ort±SS)	Olmayan (Ort±SS)		
Sinirli görünmemek benim için önemlidir.	2,01±1,31	1,76±1,22	1,56	0,119
Bir iş üzerinde zihnimi toplayamadığım zamanlarda aklımı kayırabileceğim konusunda endişelenirim.	1,30±1,24	0,73±0,97	3,64	0,000
Titrediğimi hissetmek beni korkutur.	1,34±1,26	0,91±1,10	2,69	0,009
Bayılacakmış gibi hissetmek beni korkutur.	1,27±1,33	1,11±1,18	0,99	0,319
Duygularımı kontrol altında tutmak benim için önemlidir.	3,02±1,17	2,81±1,15	1,40	0,160
Kalbimin hızlı çarpması beni korkutur	1,77±1,32	1,29±1,18	3,04	0,002
Midemin guruldaması beni utandırır	1,91±1,36	1,18±1,20	4,57	0,000
Bulantı hissetmek beni korkutur	1,52±1,31	0,90±1,03	3,70	0,000
Kalbimin hızlı çarptığını hissettiğimde kalp krizi geçirdiğim konusunda endişelenirim	0,88±1,23	0,50±0,85	2,46	0,016
Nefesimin daralması beni korkutur.	1,74±1,22	1,11±1,10	4,31	0,000
Midem kötü olduğunda ciddi bir hastalığım olabileceği konusunda endişelenirim.	1,24±1,28	0,80±0,99	2,74	0,008
Zihnimi bir noktada toplayamama beni korkutur.	2,14±1,28	1,45±1,15	4,55	0,000
Titremem diğer insanların dikkatini çeker	0,88±1,14	0,48±0,86	2,81	0,006
Olağan olmayan beden duyuları beni korkutur.	1,72±1,20	1,11±1,12	4,21	0,000
Sinirli olduğum zamanlarda akıl hastası olabileceğim konusunda endişelenirim	0,80±1,17	0,42±0,92	2,51	0,014
Sinirli olmak beni korkutur.	1,90±1,41	1,21±1,23	4,24	0,000

LSAÖ’de tüm katılımcılara bakıldığında, en çok (kaygı derecesi ≥ 2 olanlar) kaygılandırıran sosyal durumlar sırasıyla, “önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak” 294(%60,3), “seyirci önünde hareket”, “gösteri ya da konuşma yapmak” 267(%54,8), “romantik veya cinsel ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak” 200(%41,3) kişi olarak saptanmıştır. Sosyal fobi olanlara bakıldığında ise sırasıyla, “seyirci önünde hareket”, “gösteri ya da konuşma yapmak” 59(%84,2), “önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak” 58(%82,8) ve “gözlendiği sırada çalışmak” 52(%74,2) kişi olarak bulunmuştur.

SAB, şu an, yaşam boyu, özgül ve yaygın alt tiplerin dağılımı Tablo IV’te gösterilmiştir.

Tablo IV. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Özgül ve Yaygın tip SAB Dağılımı.

SAB	Şu Anda n (%)	Yaşam Boyu n (%)
Özgül tip SAB	56 (80,0)	72 (80,8)
Yaygın tip SAB	14 (20,0)	17 (19,2)
TOPLAM n(%)	70 (100,0)	89 (100,0)

Özgül ve yaygın tip SAB sosyodemografik değişkenler açısından karşılaştırılmıştır. Özgül tip SAB olanların 33(%58,9)’ü kadın, 23(%41,1)’ü erkek, yaygın tip SAB olanların 6(%42,8)’sı kadın, 8(%57,2)’i erkektir ve cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($x^2=0,61$ $p=0,434$). Özgül tipte olanların 9(%16,1)’unun köyde, 24(%42,8)’ünün ilçede, 23(%41,1)’ünün şehirde doğduğu tespit edilmiştir. Yaygın tipte olanların 3(%21,5)’ü köyde, 5(%35,7)’i ilçede, 6(%42,8)’sı şehirde doğmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($x^2=0,33$ $p=0,846$). Yaşamlarının ilk oniki yılını, özgül tip SAB olanların 16(%28,6)’sı köyde, 15(%26,8)’i ilçede, 25(%44,6)’i şehirde yaşamıştır. Yaygın tip SAB olanların ise 3(%21,5)’ü köyde, 4(%21,5)’ü ilçede, 7(%50)’si şehirde yaşamıştır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($x^2=0,29$ $p=0,863$). SAB tanısı alan kişilerin 7(%10)’sinde soygeçmiş bedensel hastalık öyküsü, 3(%4,2)’ünde bedensel hastalık

saptanmıştır. Yine SAB tanısı konularının 7(%10)'si tedavi almaktadır. Şikâyetlerin başlangıç yaşı ve soygeçmişte psikiyatrik rahatsızlık açısından değerlendirildiğinde özgül ve yaygın tip SAB arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($t=2,97$ $p=0,006$, $\chi^2=5,83$ $p=0,016$). Yaygın tip SAB’nda şikâyetlerin daha erken yaşta başladığı ve ailede psikiyatrik bozukluk öyküsünün daha fazla olduğu saptanmıştır. Veriler Tablo V’da gösterilmiştir.

Tablo V. Özgül ve Yaygın SAB’nda Şikâyetlerin Başlangıç Yaşı ve Ailede Psikiyatrik Bozukluk Öyküsü Dağılımı.

	SAB		p	
	Özgül (n=56)	Yaygın (n=14)		
Şikayetlerin başlangıç yaşı	10,5±3,89	7,92±2,58	2,97 *	0,006
Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü				
Var	20 (35,7)	10 (71,4)	5,83**	0,016
Yok	36 (64,3)	4 (28,6)		

*t ** χ^2

Özgül tip SAB olanlara en çok (kaygı derecesi ≥ 2 olanlar) kaygılandırıran sosyal durumların sırasıyla; “seyirci önünde hareket”, “gösteri ya da konuşma yapmak” 49(%87,5) kişide, “önceden hazırlık yapmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak” 47(%83,9) kişide, “gözlendiği sırada çalışmak” 40(%71,4) kişide olduğu saptanmıştır. Yaygın tip SAB olanlarda ise; 12(%85,7) kişide “önceden hazırlık yapmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak”, 11(%78,5) kişide “seyirci önünde hareket”, “gösteri ya da konuşma yapmak”, 11(%78,5) kişide “gözlendiği sırada çalışmak” olduğu bulunmuştur.

Özgül ve yaygın tip SAB grupları psikometrik ölçümler açısından karşılaştırıldığında; yaygın tip SAB grubunda, HAÖ toplam skoru ve SYYÖ puanları, özgül tipe göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır ($p<0,05$). Veriler Tablo VI’de gösterilmiştir.

Tablo VI. Özgül ve Yaygın tip SAB Olan Olgularının Psikometrik Ölçüm Değerleri.

Psikometrik Ölçekler	SAB		t	p
	Özgül (n=56)	Yaygın (n=14)		
HAÖ	10,55±5,45	15,57±6,13	3,00	0,004
LSAÖ kaygı toplam	32,71±8,46	32,92±6,31	0,08	0,855
LSAÖ kaçınma toplam	27,94±8,14	27,64±7,00	0,12	0,912
LSAÖ toplam skor	60,66±14,87	60,53±12,13	0,02	0,920
SYÖ- İş	2,82±1,57	4,00±1,88	2,41	0,019
SYÖ- Sosyal Yaşam	2,66±1,71	4,28±1,72	3,16	0,002
SYÖ- Aile	0,17±0,60	1,35±1,27	3,35	0,004

Yaygın ve özgül tip SAB olanlar, Anksiyete Duyarlılığı Ölçeğinden alınan puan ortalamaları açısından karşılaştırıldığında hiçbir item arasında anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Veriler Tablo VII’de gösterilmiştir.

Tablo VII. Özgül ve Yaygın tip SAB’nda Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği Puan Dağılımları

Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği	SAB		t	p
	Özgül (Ort±SS)	Yaygın (Ort±SS)		
Sinirli görünmemek benim için önemlidir.	1,98±1,25	2,14±1,56	0,40	0,685
Bir iş üzerinde zihnimi toplayamadığım zamanlarda aklımı kayırabileceğim konusunda endişelenirim.	1,36±1,25	1,07±1,20	0,78	0,435
Titrediğimi hissetmek beni korkutur.	1,30±1,28	1,50±1,22	0,49	0,615
Bayılacakmış gibi hissetmek beni korkutur.	1,33±1,35	1,00±1,30	0,84	0,401
Duyularımı kontrol altında tutmak benim için önemlidir.	3,01±1,16	3,07±1,26	0,15	0,880
Kalbimin hızlı çarpması beni korkutur	1,82±1,34	1,57±1,22	0,63	0,530
Midemin guruldaması beni utandırır	1,85±1,43	2,14±1,09	0,69	0,489
Bulantı hissetmek beni korkutur	1,63±1,35	1,07±1,07	1,44	0,152
Kalbimin hızlı çarptığını hissettiğimde kalp krizi geçirdiğim konusunda endişelenirim	0,96±1,22	0,57±1,28	1,06	0,290
Nefesimin daralması beni korkutur.	1,78±1,18	1,57±1,39	0,58	0,562
Midem kötü olduğunda ciddi bir hastalığım olabileceği konusunda endişelenirim.	1,26±1,30	1,15±1,28	0,28	0,776
Zihnimi bir noktada toplayamama beni korkutur.	2,23±1,23	1,78±1,47	1,16	0,249
Titremem diğer insanların dikkatini çeker	0,85±1,15	1,00±1,17	0,41	0,680
Olağan olmayan beden duyuları beni korkutur.	1,82±1,19	1,35±1,21	1,29	0,195
Sinirli olduğum zamanlarda akıl hastası olabileceğim konusunda endişelenirim	0,78±1,15	0,85±1,29	0,20	0,840
Sinirli olmak beni korkutur.	1,83±1,39	2,14±1,15	0,71	0,477

SAB tanısı alan olgularda komorbidite görülme oranı %42,8 olarak saptanmıştır. Komorbiditesi olan ve olmayan sosyal fobikler sosyodemografik açıdan birbirleriyle karşılaştırıldıklarında; komorbiditesi olanların 10(%33,3)'u erkek, 20(%66,7)'si kadındır, olmayanların 21(%52,5)'i erkek, 19(%47,5)'u kadındır. Cinsiyet açısından komorbiditesi olan ve olmayanlar arasında fark yoktur ($x^2=1,83$ $p=0,176$). SAB olup komorbiditesi olanların yaş ortalaması $20,96\pm 1,73$ yıl, olmayanların $20,77\pm 1,90$ yıl olup, istatistiksel açıdan değerlendirildiğinde anlamlı fark bulunmamıştır ($t=0,43$, $p=0,642$). Komorbiditesi olanlarda doğum yeri açısından bakıldığında; 7 (%23,3)'si köyde, 12(%40)'si ilçede, 11(%36,7)'i şehirde doğmuştur. Olmayan sosyal fobiklerin ise; 5(%12,5)'i köyde, 17(%42,5)'si ilçede, 18(%45)'i ise şehirde doğmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($x^2=1,48$, $p=0,475$). On iki yaşına kadar yaşadığı yer açısından değerlendirildiğinde ise; komorbid tanısı olanların 10(%33,3)'u köyde, 8(%26,7)'i ilçede, 12(%40)'sinin şehirde yaşadığı, olmayan sosyal fobiklerin ise 8(%20)'inin köyde, 12(%30)'sinin ilçede, 20(%50)'sinin ise şehirde yaşadığı saptanmıştır. Aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($x^2=1,62$, $p=0,443$). Komorbid tanısı olanlar, 0-12 yaş önemli yaşam olayı açısından değerlendirildiğinde 6(%20,0)'sında olduğu, 24(%80)'ünde olmadığı saptanmıştır. Olmayanların 7(%17,5)'sinde 0-12 yaş önemli yaşam olayı olduğu, 33(%82,5)'ünde olmadığı bulunmuş olup aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($x^2=1,00$, $p=0,514$). Sosyoekonomik düzey açısından karşılaştırıldığında; olanların 6(%20)'sının düşük seviyede, 22(%73,3)'sinin orta, 2(%6,7)'sinin yüksek seviyede gelir düzeyleri olduğu saptanmıştır. Olmayanların ise; 4(%10)'ünün düşük, 36(%90)'sının orta düzeyde gelir seviyelerine sahip olduğu, yüksek seviyede gelir düzeyi olanın ise olmadığı saptanmış olup istatistiksel açıdan değerlendirildiğinde ise aralarındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı saptanmamıştır ($x^2=4,41$, $p=0,109$). Komorbid tanısı olanlar ile olmayanlar, sosyodemografik değişkenler açısından karşılaştırılmış ve hiçbirisinin anlamlı bir etkisinin olmadığı anlaşılmıştır.

Komorbid tanılarının, %15,7'si depresif bozukluk, %7,1'i özgül fobi, %8,5'i yaygın anksiyete bozukluğu, %10'u BTA anksiyete bozukluğu idi. Alt tiplere göre bakıldığında ise, özgül sosyal fobiklerin %33,9'unda komorbidite vardı. Yaygın sosyal

fobiklerde ise, komorbid tanı görülme oranı %78,5 idi. Veriler Tablo VIII'de gösterilmiştir.

Komorbid tanısı olan ve olmayan sosyal fobik olgular psikometrik ölçümler açısından karşılaştırıldığında; LSAÖ-kaygı, LSAÖ-kaçınma, LSAÖ-toplam skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). HAÖ, SYYÖ-iş, SYYÖ-sosyal yaşam, SYYÖ-aile, SYYÖ-toplam skorları açısından değerlendirildiğinde ise bütün ölçeklerde eştanısı olan sosyal fobi olgularının ölçek skorlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yükseklik saptanmıştır ($p<0,05$). Veriler Tablo IX'da gösterilmiştir.

Komorbid tanısı olup olmamasına göre özgül ve yaygın tip SAB karşılaştırıldığında, HAÖ, SYYÖ-İş, SYYÖ-Sosyal yaşam ve SYYÖ-aile toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı çıkmıştır. Ancak LSAÖ-kaygı, LSAÖ-kaçınma, LSAÖ-toplam puanları açısından anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Kruskal Wallis Varyans Analizi sonrası istatistiksel olarak anlamlı fark çıkan ölçümlerde, Post Hoc test olarak Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi yapılmıştır. Veriler Tablo X-XI'de gösterilmiştir.

Tablo VIII. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Eksen I Tanı Dağılımları

Eksen I Tanı	SAB		
	Yok (n=81)	Var (n=70)	
		Özgül (n=56)	Yaygın (n=14)
Major Depresif Bozukluk	–	5 (8,9)	6 (42,8)
Özgül Fobi	1(1,2)	5 (8,9)	–
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	–	2 (3,6)	4 (28,6)
BTA Anksiyete Bozukluğu	9 (10,1)	7 (12,5)	–
Obsesif Kompulsif Bozukluk	–	–	1 (7,1)
Eş Tanısı Olmayanlar	71(87,6)	37 (66,0)	3 (21,4)

Tablo IX. Komorbiditesi Olan ve Olmayan SAB Olgularının Psikometrik Ölçüm Değerleri

Psikometrik Ölçekler	SAB + Komorbid Tanı		t	p
	Var (n=30)	Yok (n=40)		
HAÖ	14,92±4,90	7,06±3,76	7,30	0,000
LSAÖ- Kaygı	34,00±8,07	31,10±7,83	1,50	0,137
LSAÖ- Kaçınma	29,40±8,42	25,86±6,71	1,89	0,063
LSAÖ- Toplam	63,40±15,48	56,96±11,76	1,90	0,062
SYÖ- İş	3,75±1,62	2,13±1,70	4,46	0,000
SYÖ- Sosyal Yaşam	3,62±1,91	2,13±1,30	3,86	0,000
SYÖ- Aile	0,67±1,11	0,10±0,30	3,32	0,002

Tablo X. Komorbiditesi Olan ve Olmayan Özgül ve Yaygın Tip SAB Olgularının Psikometrik Ölçekler Açısından Karşılaştırılması

Psikometrik Ölçekler	Özgül tip SAB n=56		Yaygın tip SAB n=14		KW Ki kare	p
	Komorbidite (+) n=19	Komorbidite (-) n=37	Komorbidite (+) n=11	Komorbidite (-) n=3		
HAÖ	14,21±4,50	6,89±3,54	16,58±5,58	9,50±7,77	34,14	0,000
LSAÖ- kaygı	33,66±6,12	31,28±8,07	34,14±8,75	28,50±2,12	2,77	0,428
LSAÖ- kaçınma	28,16±7,44	25,96±6,93	29,92±8,88	24,50±2,12	3,64	0,302
LSAÖ- toplam	61,83±12,72	57,25±14,14	64,07±16,70	53,00±0,00	3,37	0,337
SYÖ-İş	3,50±1,52	2,14±1,32	4,33±1,77	2,00±1,41	17,72	0,001
SYÖ- Sosyal Yaşam	3,32±1,90	2,00±1,21	4,33±1,32	4,00±1,41	17,27	0,001
SYÖ-Aile	0,28±0,82	0,07±0,26	1,58±1,24	0,00±0,00	26,30	0,000

Tablo XI. Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U analizi sonucunda gruplar arası u ve p değerleri

Psikometrik Ölçekler	Gruplar	Gruplar	Gruplar	Gruplar	Gruplar	Gruplar
	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
HAÖ	U=84,50 p=0,000	U=137,00 p=0,359	U=15,50 p=0,331	U=12,00 p=0,000	U=21,50 p=0,587	U=5,00 p=0,198
SYÖ-İş	U=192,50 p=0,001	U=117,50 p=0,138	U=11,50 p=0,193	U=57,50 p=0,001	U=26,50 p=0,897	U=3,50 p=0,114
SYÖ-Sosyal Yaşam	U=224,50 p=0,005	U=106,50 p=0,069	U=21,50 p=0,607	U=49,00 p=0,000	U=7,00 p=0,066	U=9,00 p=0,566
SYÖ-Aile	U=362,00 p=0,360	U=65,00 p=0,002	U=24,00 p=0,777	U=47,00 p=0,000	U=26,00 p=0,700	U=3,00 p=0,850

Grup 1: Özgül tip SAB Komorbidite Var

Grup 2: Özgül tip SAB Komorbidite Yok

Grup 3: Yaygın tip SAB Komorbidite Var

Grup 4: Yaygın tip SAB Komorbidite Yok

Sosyal fobik olanlar, SCID II klinik versiyonu kullanılarak yapılan klinik görüşme ile çekingen kişilik bozukluğu olanlar ve olmayanlar olarak ikiye ayrıldı. Yaygın tip SAB olanların % 57,1'inde çekingen kişilik bozukluğu tanısı konulmuş olup, özgül tip SAB olanlarda bu tanıyı karşılayan öğrenci olmamıştır. ÇKB tanısı alan 8 kişinin 4(%50)'ü erkek, 4(%50)'ü kadındır.

Yaygın tip SAB olup aynı zamanda ÇKB tanısı konulanlar ile konulmayanlar psikometrik ölçüm değerleri açısından karşılaştırılmıştır. Karşılaştırmalar sonunda; ÇKB olan yaygın tip sosyal fobiklerde, ÇKB olmayan yaygın tip sosyal fobiklere göre Liebowitz sosyal kaygı, kaçınma ve toplam ölçek puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). SAB olguları ÇKB olup olmamaya göre psikometrik ölçümler açısından karşılaştırıldığında ise HAÖ toplam puan ve SYYÖ alt puanları ÇKB olan olgularda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmamıştır ($p>0,05$). Veriler Tablo XII ve XIII'de gösterilmiştir.

Tablo XII. ÇKB Olan ve Olmayan Yaygın SAB olgularının Psikometrik Ölçüm Değerleri

	Yaygın SAB+ÇKB n=8	Yaygın SAB n=6	U	p
HAÖ	18,25±5,62	12,00±5,17	9,00	0,051
LSAÖ- Kaygı	35,87±6,64	29,00±3,09	6,00	0,019
LSAÖ- Kaçınma	31,50±6,27	22,50±4,08	5,00	0,014
LSAÖ- Toplam	67,37±6,64	51,50±4,46	6,00	0,012
SYYÖ- İş	4,25±1,48	3,66±2,42	20,00	0,599
SYYÖ- Sosyal Yaşam	4,12±2,10	4,50±1,22	23,50	0,946
SYYÖ- Aile	1,37±1,40	1,33±1,21	20,50	0,946

Tablo XIII. ÇKB Olan ve Olmayan SAB Olgularının Psikometrik Ölçekler Açısından Karşılaştırılması

	ÇKB olan SAB (n=8) Ort±SS	ÇKB Olmayan SAB (n=62) Ort±SS	U	p
HAÖ	18,25±5,62	10,55±5,45	73,00	0,002
LSAÖ- Kaygı	35,87±6,64	32,71±8,46	159,00	0,186
LSAÖ- Kaçınma	31,50±6,27	27,94±8,14	151,00	0,137
LSAÖ- Toplam	67,37±6,64	60,66±14,87	150,50	0,135
SYYÖ- İş	4,25±1,48	2,82±1,57	117,50	0,028
SYYÖ-Sosyal Yaşam	4,12±2,10	2,66±1,71	120,00	0,031
SYYÖ- Aile	1,37±1,40	0,17±0,60	103,00	0,000

5.TARTIŞMA

Bu çalışmada üniversite öğrencilerinde SAB yaygınlığı, SAB'nun sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi ve komorbid psikiyatrik bozukluklar saptanmaya çalışıldı.

5.1. Yaygınlık ve Alt Tipler

Araştırmamızda, Ondokuz Mayıs Üniversitesi lisans öğrencilerinde, SAB'nun yaşam boyu yaygınlığı %18,3, şu andaki yaygınlığı %14,4 olarak bulundu. SAB olanların büyük çoğunluğu %80,8 özgül SAB alt tipiydi.

İzgiç ve arkadaşlarının, Sivas Cumhuriyet Üniversitesinde 1003 öğrencide sosyodemografik veri formu ve DIS-III-R Hansdcore sosyal fobi alt ölçeği kullanarak yaptıkları bir çalışmada; sosyal fobi yaşam boyu yaygınlığı %9,6 bulunmuştur (59). Gültekin ve Dereboy, Adnan Menderes Üniversitesi'nde 700 öğrencide sosyal fobi yaşam boyu yaygınlığını %21,7, sosyal fobi olanların %76,5'ini özgül sosyal fobi olarak tespit etmiştir (100). Dilbaz ve arkadaşlarının, ODTÜ'de yaptığı bir çalışmada, sosyal fobi yaşam boyu yaygınlığı %22 olarak saptanmıştır (58).

Nijerya'da 500 üniversite öğrencisinde yapılan çalışmada CIDI ve DSM-III-R kullanmış ve sosyal fobi yaşam boyu yaygınlığı %9.4, son bir yıllık yaygınlığı %8,5 olarak bulunmuştur (55). İsveç'te, 753 üniversite öğrencisinde yapılan başka bir çalışmada ise, sosyal fobi yaygınlığı %16,1 oranında saptanmıştır. Sosyal fobisi olanların %83'ünün özgül sosyal fobi alt tipinde olduğu tespit edilmiştir (54). Avustralya'da üniversite birinci yıl öğrencilerinde sosyal fobi envanterinin kısa formu kullanılarak (Mini-SPIN) yapılan bir pilot çalışmada sosyal fobi yaygınlığı %18,3 oranında bulunmuştur (101).

İran'da yapılan epidemiyolojik çalışmada da, sosyodemografik veri formu ve SPIN kullanılarak 701 kişi incelenmiş, sosyal fobi yaygınlığı %10,1 olarak bulunmuştur (102). ABD'de 2001 Şubat ve 2003 Aralık ayları arasında, 9282 katılımcı ile CIDI kullanılarak yüz yüze yapılan bir çalışmada, sosyal fobi prevalansı yaşam boyu %12,1, 12 aylık prevalansı %7,1 olarak saptanmıştır (103).

Onbir gelişmekte olan (Brezilya, Bulgaristan, Çin, Kolombiya, Hindistan, Lübnan, Meksika, Nijerya, Romanya, Güney Afrika, Ukrayna) ve 9 gelişmiş (Belçika, Fransa, Almanya, İtalya, Japonya, Hollanda, Yeni Zelanda, İspanya, ABD) ülkede 2001-2007 yılları arasında yapılmış epidemiyolojik çalışmaların gözden geçirilmesi sonucunda yaşam boyu sosyal fobi görölme oranı gelişmiş ülkelerde % 6,1, gelişmekte olan ülkelerde %2,1 oranında tespit edilmiştir (104). Kanada'da 8441 askerle yapılan bir çalışmada sosyal anksiyete bozukluğu yaşam boyu yaygınlığı %8,2, son bir yıl %3,2 saptanmıştır (105).

Türkiye'de üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalarda, sosyal fobinin yaşam boyu yaygınlığı, %9,6-%21,7-%22 olarak bulunmuştur (58,59,100). Nijerya, Avustralya ve İsveç üniversite öğrencilerinde ise sırasıyla SAB görölme sıklığı %9,4, %18,3 ve %16,1 olarak saptanmıştır (54,55,101). Toplum temelli çalışmalarda ise, sosyal fobi yaşam boyu yaygınlığı, 2,1-13,3 arasında değişen oranlarda bulunmuştur (4,54,55,58,59,100). Bu çalışmada saptanan %18,3 oranındaki yaygınlık yaşam boyu yaygınlıktır ve Türkiye'de üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalar ile genelde uyumludur. Cumhuriyet üniversitesinde yapılan çalışmada SAB görölme sıklığı bize ve diğer araştırmacılara göre düşük çıkmıştır, ancak bu çalışmada tanı, DIS-III-R Handscore Alt Ölçeği ile konulurken diğer çalışmalar LSAÖ'ni baz almıştır. SAB bilindiği gibi ergenlik döneminde başlayan bir hastalıktır. Araştırmalarda da görüldüğü gibi üniversitede yapılan çalışmalarda görölme sıklığı toplum çalışmalarına göre genelde daha yüksek çıkmıştır. Her ne kadar SAB tanısını koymak için kullanılan yöntemler ve örneklemler farklı olsa da sonuçlarımız Türkiye'de üniversite öğrencileri arasında SAB'nun oldukça yüksek olduğunu göstermektedir.

Ayrıca yapılan tüm çalışmalarda SAB özgül tipinin, yaygın tipe göre daha sık görüldüğü belirtilmiştir (54,55,100,103). Bizim çalışmamızda da özgül tip SAB %80,8 olarak saptanmış olup, literatür ile uyumludur.

Araştırmamızda, SAB tanısı alanlarda, kaygı derecesi ≥ 2 olan durumlar sırasıyla; seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak 59(%84,2) kişide, önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak 58(%82,8) kişide ve gözlendiği sırada çalışmak 52(%74,2) kişide saptanmıştır. Özgül sosyal fobisi olanlarda ise, seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak 49(%87,5) kişide, önceden

hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak 47(%83,9) kişide, gözleendiği sırada çalışmak 40(%71,4) kişide saptanmış olup, en sık korkulan durumların aynı olduğu görülmüştür.

Gültekin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, özgül sosyal fobisi olanlarda en sık kaygılandırıcı durumlar sırasıyla; seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak (%78,5), önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak (%75), dikkatleri üzerinde toplamak (%50) olarak bulunmuştur (100). Nijerya'da yapılan çalışmada en çok korkulan sosyal durumlar, toplum önünde konuşma (%100) ve bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunma (%94,9) olarak saptanmıştır (55). İsveç'te yapılan çalışmada, sosyal fobiklerde en sık görülen sosyal korkuların sırasıyla, seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak (%71,4), çok iyi tanımadığı biriyle telefonda konuşma (%25,8), çok iyi tanımadığı biriyle yüz yüze konuşmak (%23,8) olduğu saptanmıştır (54). ABD'de yapılan çalışmada ise, SAB tanısı alanlarda, en sık görülen sosyal korku topluluk önünde konuşmak (%21,2) olarak bulunmuştur (103). İsrail'de yapılmış bir çalışmada ise, LSAÖ'de şiddetli olarak belirtilmiş en sık itemler seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak (kaygı %14,2, kaçınma %14,7), topluluk önünde konuşma yapmak (kaygı %13,2, kaçınma %13,8), yabancılarla konuşmak (kaygı %11,2, kaçınma %13,0) olarak saptanmıştır (89).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeleri karşılaştıran çalışmada ise, en sık görülen sosyal korkular gelişmiş olan ülkelerde seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak (% 86,8), topluluk önünde konuşmak (%84,9), gelişmekte olan ülkelerde ise topluluk önünde konuşmak (%78,2), seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak (%77,4) olarak saptanmıştır (104).

Görüldüğü gibi hemen hemen tüm çalışmalarda en sık kaygı yaratan durumlar bizim çalışmamızda olduğu gibi, seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak ve topluluk önünde konuşmaktır (54,55,89,100,103,104).

5.2. Demografik Özellikler ve Risk Faktörleri

SAB'nun, gelişmesinde etken olarak gösterilen çeşitli risk faktörleri bulunmaktadır. Çalışmamızda kadınlarda erkeklere göre yaşam boyu SAB yaygınlığı daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı seviyede değildi (kadınlarda %15,3, erkeklerde %13,4). 12 yaşına kadar köyde yaşayanlarda, annesinin öğrenim düzeyi düşük olanlarda, sosyoekonomik gelir düzeyi düşük olanlarda SAB görülme sıklığının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Ailesinde psikiyatrik bozukluğu olanlarda, yaygın sosyal fobi alt tipi daha sık bulunmuştur. Şikayetlerin başladığı yaşa bakıldığında, yaygın SAB alt tipinde, özgül tip SAB'na göre daha erken başlangıç yaşı saptanmıştır.

Her hastalıkta olduğu gibi cinsiyet SAB'nda da önemli bir faktördür. Yapılan çalışmaların çoğunda SAB tanısı alan kadınların sayısının, erkeklerden daha fazla olduğu bildirilmiştir (54,55,59,100,102,104). Ancak bu çalışmaların bazılarında kadınlarda oran yüksek olsa dahi, aradaki farkın istatistiksel anlamı olmadığı belirtilmiştir (54,55,59). Klinik örneklem başvuruları da değişik sonuçlar vermekte, bazı çalışmalarda da erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (59,62,68,95). Araştırmamızda kadınlarda SAB görülme sıklığı, erkeklere göre fazla bulunmuş olmakla birlikte istatistiksel fark olmadığı görülmüştür.

SAB'nda yaşanan yer koşullarının önemli olduğu bilinmektedir. Literatür taramalarında da görüldüğü gibi, köyde doğmuş olma, ya da yaşamının bir kısmını köy veya ilçede geçirmiş olma, SAB görülme sıklığını artırmaktadır (54,59,100). Oniki yaşına kadar yaşadığı yer köy olanlarda SAB yaygınlığının yüksek olması kırsal bölgede yetiştirme tarzının farklı olması, sosyal etkinliklerin az olması, üniversite yaşamına uyumda güçlük çekmeleri, şehir yaşamına geçmekte sorunlarla karşılaşmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Sosyoekonomik gelir düzeyi sosyal ilişkileri de etkileyebilen bir faktördür. Yapılan epidemiyolojik ve klinik çalışmalarda düşük sosyoekonomik seviyeye sahip kişilerde sosyal fobinin daha sık görüldüğü belirtilmiştir (52,55,57,59,100). Bizim çalışmamızda da düşük sosyoekonomik düzeyi olanlarda SAB'nun daha sık görüldüğü bulunmuştur. Sosyoekonomik düzey, doğrudan doğruya kişilerin özgüvenlerini

etkilemese bile, düşük sosyoekonomik düzeye sahip gençler, kendilerini bu konuda daha güvensiz hissedebilirler. Tam tersine ekonomik yönden iyi durumda olanlar da, gerçekle bağdaşmayacak şekilde, yalancı bir özgüven içinde gibi davranabilirler. Ancak bunlar iyi klinik incelemeyle ekarte edilebilir. Düşük sosyoekonomik koşullara sahip ergenlerin ekonomik yönden daha varlıklı yaşlılarına göre daha büyük stresörlere maruz kaldıkları, bundan yoğun bir şekilde etkilendikleri de bilinmektedir (106).

SAB'nda anne ve babanın bazı özellikleri hastalık için risk etkeni olarak gösterilmiştir (18,19,24,63,107). Yapılan çalışmaların bir kısmında annenin, bir kısmında babanın eğitim seviyesinin SAB'nun ortaya çıkmasına neden olduğu bildirilmiştir (107,108,109,110). Çalışmamızda ise, anne eğitim süresi arttıkça, SAB görülme sıklığının azaldığı görülmüştür. Gelişim süresi boyunca çocukla daha çok vakit geçiren annenin eğitim düzeyi yükseldikçe, çocuğa kendisini rahat ifade edeceği uygun ortam yaratabileceği, sağlıklı iletişim kurma konusunda başarılı olacağı, çocukla olan iletişimde daha uygun baskıcı olmayan bir tutum sergileyerek çocuğun güven duygusunu artırabileceği düşünülebilir.

Dewit ve arkadaşları, erkek çocukları için ebeveyn kaybının olmasının sosyal fobi sıklığını artırdığını saptamışlardır (107). Gaziantep Üniversitesinde yapılan bir çalışmada, anne ve babanın hayatta olmaması ile sosyal fobi sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (109). Örneklemimizde ebeveyn kaybı oranı sadece %4,7 idi. Frekansların düşük olması nedeniyle yapılan istatistiksel işlem güvenilir değildir.

Solmaz ve arkadaşlarının polikliniğe başvuran 24 sosyal fobi hastası ve 24 sağlıklı kontrolle yaptıkları çalışmada, özkıyım düşüncesi sosyal fobili hastalarda sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (111). Sareen ve arkadaşları tarafından 18-64 yaş grubunda 4796 kişide 3 yıllık toplum temelli izlem çalışmasında sosyal fobide artmış intihar düşüncesi saptanırken, intihar girişiminde artış saptanmamıştır (112). Baltimore epidemiyolojik alan çalışmasında, intihar girişimi ile sosyal fobi arasında ilişki bulunamamış ancak sosyal fobiye depresyonun eşlik etmesi durumunda istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (113). Gültekin'in yaptığı çalışmada sosyal fobisi olanlarda özkıyım düşüncesi sosyal fobisi olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek oranda bulunurken özkıyım

girişiminde bulunma oranları arasında bir fark saptanmamıştır (100). Çalışmamızda, intihar düşüncesini sormanın çok güvenilir bir şekilde yanıtlanamayacağı düşünüldüğü için sadece intihar girişimin olup olmadığı sorgulanmıştır. Sosyal fobi sıklığı ile intihar girişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Yine frekansların düşük olması nedeniyle yapılan istatistiksel işlem güvenilir değildir.

Alkol ve madde kullanımı sosyal fobi hastalarında siktir (4,7,55,59,79). Lepine ve Pelissolo, alkol bağımlılarında sosyal anksiyete bozukluğu yaygınlığını araştıran ve sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda alkol kullanım bozukluğunu araştıran çalışmaları gözden geçirdiklerinde; alkol bağımlısı örneklemelerinde sosyal anksiyete bozukluğu yaygınlığının %2,4 ile %57 (ortalama %21) arasında değiştiğini, sosyal anksiyete bozukluğu olan örneklemelerde ise alkol bağımlılığı tanısının %14,3 ile %44,3 (ortalama %26,5) arasında değiştiğini saptamıştır (82). Ulusal Komorbidite Çalışmasında sosyal anksiyete bozukluğu olanlarda, ilişkili değişkenler (örneğin cinsiyet, depresyon, davranım bozukluğu) kontrol edildiğinde 4,5 kat daha fazla alkol bağımlılığı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (114). Gültekin'in çalışmasında da, alkol kullanımı ile sosyal fobi sıklığı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (100). Amerika'da 228 üniversite öğrencisinde yapılan bir çalışmada alkol problemlerinin sosyal anksiyeteden çok akran ilişkileriyle doğrudan ilişkili olduğunu bulmuşlardır (115).

Araştırmamızda alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığı değil, alkol kullanımı olup olmadığı baz alındığında, SAB olmayanlarda SAB olanlara göre alkol kullanım oranının anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu görülmüştür. Ancak sağlıklı bir yorum yapabilmek için, bundan sonraki çalışmalarda alkol kullanım miktarının sorgulanması daha uygun olacaktır.

SAB'nun erken yaşlarda başladığı ve ailede yüklülüğün önemli olduğu bilinmektedir (59,63,76,100,116). Carter ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, alt tipler karşılaştırıldığında yaygın alt tipin, daha erken yaşta başladığı, eş hastalanım oranının daha fazla olduğu, yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (117). Dewit ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün sosyal fobi sıklığını artırdığı saptanmıştır. Yine aynı çalışmada, sadece babada psikiyatrik hastalık varsa, kız çocuğunda yaygın alt tipe sık rastlanırken, sadece anne rahatsızsa kız

çocuğunda özgül alt tip görülme sıklığının arttığı tespit edilmiştir (107). Bizim çalışmamızda yaygın sosyal fobi ile özgül tip karşılaştırıldığında, yaygın sosyal fobinin daha erken yaşta başladığı, ailede psikiyatrik yüklülüğün daha fazla olduğunu görmüştür. Psikiyatrik bozukluğu olan ebeveynlerin, çocuklarına karşı temel görevleri olan psikolojik, fiziksel ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kaldıkları görülür. Bir başka açıdan bakıldığında ise, psikiyatrik bozukluğu olan ebeveynlerin sağlıksız düşünce örüntülerini, model alma yoluyla çocuklarına aktarabilecekleri ve bu durumun da, bütün psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi sosyal fobi sıklığında da artışa neden olabileceği düşünülebilir.

SAB olanlarda olmayanlara göre beklendiği gibi anksiyete düzeyleri, sosyal alanlarda korku ve kaçınmaları yüksek çıkmıştır (108,111,118). Anksiyete duyarlılığına bakıldığında ise iki grup arasında, “sinirli görünmemek benim için önemlidir”, “bayılacakmış gibi hissetmek beni korkutur” ve “duygularımı kontrol altına almak benim için önemlidir” itemleri hariç diğerleri SAB grubunda, SAB olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, istatistiksel olarak anlamsız fark çıkan üç maddenin sosyal anksiyete bozukluğu için ayırt edici olmayabileceğini düşündürülebilir.

Yaygın SAB tipinin özgül tipe göre, daha şiddetli semptom profili olduğu bilinmektedir (19,41,50,54,73,95,100). Çalışmamızda, yaygın tip sosyal fobi grubunun ortalama HAÖ puanının, özgül tip grubuna göre yüksek olduğu saptanmıştır. ADÖ açısından iki grup karşılaştırıldığında ise, hiçbir itemde anlamlı fark saptanmamıştır. Bu konuda literatürde saptayabildiğimiz tek çalışmada da, Kore’de, 273 SAB hastası incelenmiş, yaygın ve özgül sosyal fobi alt grupları arasında ADÖ açısından istatistiksel olarak bir fark bulunamamıştır (119).

Bununla birlikte yapılan çalışmalar incelendiğinde SAB alt tipleri için yapılan ayırmda DSM tanı sisteminin kullanımının yaygın olduğu görülmektedir. Oysa DSM tanı sistemi “Korkular, çoğu toplumsal durumları kapsıyorsa (örneğin söyleşileri başlatma ve sürdürme, küçük topluluklara katılma, karşı cinsle çıkma, üstleriyle konuşma, partilere gitme) gibi net bir sayı ve tanım bildirmemiştir (10). Yapılan çalışmaların az bir kısmında ise 3-8 sosyal korku alanı gibi rakamsal değerlere rastlanmaktadır (103,120,121). El-Gabalawy, yapmış olduğu çalışma sonucunda 3 alt

tip (topluluk önünde konuşma korkusu alt tipi, özgül alt tip, yaygın alt tip) olması gerektiğini belirtmiş, DSM tanı kriterlerinin tekrar düzenlenmesi gerektiğini vurgulamıştır (120). Bizim çalışmamızda da gerek anksiyete duyarlılığı, gerekse LSAÖ puanlarının iki alt tip için farklı olmaması spektrum bozukluğu bağlamında ele alınabileceği gibi alt tip ayrımının netleştirilmesi gerektiği sonucunu vermektedir.

5.3. SAB ve Komorbidite

Yapılan çalışmalarda, SAB’nda komorbid tanı oranının oldukça yüksek olduğu, oranların %40-%80 arasında değiştiği, en sık görülen komorbid tanının ise depresif bozukluk olduğu gösterilmiştir (6,61,69,71,78,79,81,82,100). Bizim çalışmamızda, literatür bulgularıyla uyumlu olarak, SAB tanısı alanların %42,9’unda komorbid psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. En sık konulan komorbid tanı ise depresif bozukluktur. Alt tipler açısından bakıldığında da, yaygın tip SAB tanısı konularının %78,6’sında, özgül tip tanısı konularının %33,9’unda komorbid tanı saptanmıştır. Yaygın tip SAB olanların %42,9’unda major depresif bozukluk, %28,6’sında yaygın anksiyete bozukluğu, %7,1’inde obsesif kompulsif bozukluk bulunmuştur.

Finlandiya’da yapılmış bir çalışmada, sosyal fobi tanısı alanların %59’unda komorbid eksen I tanısı konulmuştur, %41’inde depresif bozukluklar (major depresif bozukluk %18,1, distimi %9,1, uyum bozuklukları %13,6) ilk sırada saptanmıştır (122). İtalya’da yapılan bir başka çalışmada sosyal fobi tanısı alanların %39,1’inde depresif bozukluk tanısı konulmuştur (123). ABD’de yapılmış bir çalışmada ise yaşam boyu sosyal fobi tanısı alanlarda, almayanlara göre major depresif bozukluk 4,6 kat daha fazla saptanmıştır (103). Stein ve Kean’in yaptıkları çalışmada, sosyal fobisi olanlarda olmayanlara göre depresif bozukluk ek tanısının 3,3 kat fazla olduğunu ve sosyal fobinin depresif bozukluk başlangıcından önce var olduğunu saptamışlardır (124).

Çalışmamızda özgül tip SAB’nda komorbidite olmasının, anksiyete düzeyini ve yeti yitimini artırdığı gözlenmiştir, ancak yaygın tip SAB’nda komorbidite olması anksiyete düzeyi ve yeti yitimine etkili bulunmamıştır. Yaygın tip SAB olup komorbiditesi olanlarda, özgül tip SAB olup komorbiditesi olmayanlara göre anksiyete düzeyi ve yeti yitimi açısından anlamlı düzeyde fark bulunmuştur. Özgül alt tip ve yaygın alt tip karşılaştırıldığında HAÖ ve SYYÖ- aile, iş, sosyal yaşam alanlarının

toplam puanları yaygın alt tipte daha yüksek bulunmuştur. Buna rağmen, komorbiditesi olmayan özgül ve yaygın alt tip, komorbiditesi olan özgül ve yaygın alt tipler arasında fark bulunmamıştır. Bunun nedeni, gruplardaki olgu sayısının az olmasına bağlanabilir. Fazla sayıya sahip gruplarda, çalışılması daha sağlıklı sonuçlar verebilir.

Literatür verileri ve çalışmamızın sonuçları birlikte değerlendirildiğinde, SAB ile psikiyatrik bozuklukların sıklıkla birliktelik gösterdiği tespit edilmiştir. Bu durum, zaten tüm psikiyatrik bozuklukların diğer hastalıklara göre daha içiçe geçmiş olmalarında, yani ortak etyopatogeneze kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızda hangi hastalığın daha önce olduğu ile ilgili bir soru sorulmamış olsa da, sosyal anksiyete bozukluğunun başlama yaşının daha küçük olması nedeniyle, primer bozukluğun sosyal anksiyete bozukluğu olduğu ve diğer bozuklukların onu izlediği varsayılabilir.

5.4. SAB ve Çekingen Kişilik Bozukluğu

Araştırmamızda SAB tanısı konulan hastalar SCID-II ile kişilik bozuklukları açısından değerlendirilmiş ve çekingen kişilik bozukluğu olanlar ve olmayanlar olarak ikiye ayrılmıştır. Yapılan klinik görüşmede yaygın tip sosyal fobik olanların %57,1'inde ÇKB tanısı konulmuş olup, özgül tip olanlarda bu tanıyı karşılayan olmamıştır. Psikometrik ölçümler açısından ÇKB olan yaygın tip sosyal fobikleri, ÇKB olmayan yaygın tip sosyal fobiklerle karşılaştırdığımızda anksiyete düzeyleri ve yeti yitimi açısından anlamlı bir fark bulamadık. Liebowitz sosyal kaygı ve kaçınma ölçeklerinden elde edilen puanlar ÇKB olan yaygın sosyal fobili hastalarda, ÇKB olmayan yaygın tip sosyal fobiklere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Yirmidört yaygın tip SAB hastasında SCID-II, LSAÖ, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), BAÖ, Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), SYYÖ, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) kullanılarak yapılmış olan bir çalışmada, hastaların 17'sine ÇKB (%70,8) tanısı konulmuş. ÇKB olan yaygın sosyal fobi hastaları ile diğerleri ölçeklerin skorları yönünden karşılaştırıldığında aleksitimi, anksiyete ve umutsuzluk açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Liebowitz sosyal anksiyete ve kaçınma ölçeklerinden elde edilen puanlar ÇKB olan yaygın sosyal sosyal fobi hastalarında ÇKB olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunurken Sheehan yeti yitimi ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (125). Vyskocilova ve arkadaşları 35

hastada (18 ÇKB olan sosyal fobi, 17 ÇKB olmayan sosyal fobi) BAÖ, BDÖ, LSAÖ kullanarak yaptıkları bir çalışmada anksiyete, Liebowitz sosyal kaygı ve Liebowitz sosyal kaçınma puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmamışlar, ancak hastaların depresyon puanları açısından ÇKB olan sosyal fobiklerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yükseklik bulmuşlardır (126). ABD’de yapılmış bir epidemiyolojik alan çalışmasında yaygın sosyal fobi prevalansı %2,8, ÇKB prevalansı %2,4 olarak saptanmış. Yaygın sosyal fobi olanların %57,3’ünde ÇKB, ÇKB olanların %40’ında yaygın sosyal fobi tespit edilmiş. Sadece ÇKB olanların yaşam kalitesi ortalama puanları, ÇKB ve SAB birlikte olanlara göre daha yüksek bulunmuş (127).

Bazı araştırmacılar, ÇKB ve SAB’nu iki ayrı nozolojik unsur olarak değil, tek bir psikopatoloji spektrumunun parçası olarak görmüştür (128,129). ÇKB varlığı yaygın SAB alt tipinde sosyal anksiyete ve kaçınmayı artırmaktadır. ÇKB, yaygın tip SAB hastalarında ek bir yeti yitimine neden olmamaktadır. 14 Yaygın sosyal anksiyete bozukluğu olan hastanın 6’sında ÇKB saptamadık. Bunlar göz önüne alındığında ÇKB’nun varlığının yaygın sosyal fobinin şiddetli bir formu olarak düşünmektense iki ayrı durum olarak değerlendirmenin daha doğru bir yaklaşım olabileceği kanaatine vardık.

5.5. SAB ve Yeti Yitimi

Çalışmamızda Sheehan yeti yitimi ölçeği alt skorlarının tümünde (aile, iş yaşamı, sosyal yaşam) SAB olmayanlarda olanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük yeti yitimi ölçeği puanları saptanmıştır. Komorbid tanısı olanlarda olmayanlara göre daha yüksek yeti yitimi puanları tespit edilmiştir. Yaygın SAB alt tipinde, özgül SAB alt tipine göre anlamlı derecede daha yüksek puanlar saptanmıştır.

Solmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, 24 sosyal fobi olgusu ve 24 sağlıklı kontrolde SYYÖ açısından karşılaştırma yapılmış ve sosyal fobi olgularında daha yüksek puanlar saptanmıştır (111). 18 özgül, 24 yaygın sosyal fobi olgusu, SYYÖ, LSAÖ, HAÖ, BDÖ ile karşılaştırılmış ve yaygın tip sosyal fobiklerde özgül tipe göre, SYYÖ tüm alt bölümlerinde daha yüksek puan saptanmıştır (130).

Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda da SAB’nun önemli ölçüde yeti yitimine yol açtığı saptanmıştır. Sosyal fobik hastalar anksiyete semptomlarını azaltmak için fobik oldukları ortamlardan kaçınırlar. Bu davranış büyük ölçüde hem anksiyeteyi

önlemiş hem de onun fiziksel belirtilerini ortadan kaldırmış olur. Ancak bunun sonucunda da kişinin sosyal, ailesel ve mesleki yaşamı kısıtlanır. Kişi sosyal ilişkilerinde, okul, iş ve aile yaşamında ciddi sorunlar yaşayabilir. Çalışmamızda, ölçeğin aile alanındaki puan düşüklüğü yani yeti yıkımının azlığı bu kişilerin kendi ailelerini kurmamış olmalarından, aile içindeki görev ve sorumluluklarının farklı olmasından, özellikle eşle ilgili sorunlarla henüz karşılaşmamış olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Eş tanı arttıkça da yeti yıkımı çalışmamızda da gösterildiği gibi daha çok artar.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

SONUÇ

SAB, erken başlangıcı, süregenliği ve tedavi edilmediğinde bireyin iş ve sosyal yaşamını kısıtlayıcı ve yaşam kalitesini bozucu etkisiyle önemli bir sorun haline gelebilir.

Çalışmamız sonucunda, üniversite öğrencilerinde SAB'nun yaşam boyu yaygınlığını %18,3, şu andaki yaygınlığını ise %14,4 bulduk. Yaşam boyu SAB görülenlerin %80,8'ini özgül tip SAB oluşturmaktaydı. Şu anda SAB tanısı alanların ise %80'inde özgül alt tip saptandı. En sık gözlenen sosyal kaygıyı “seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak” olarak saptadık. SAB olanların, 12 yaşına kadar köyde yaşamış olduğunu, düşük sosyoekonomik gelir düzeyine sahip olduklarını, anne eğitim düzeyinin de sosyal anksiyete bozukluğu olmayanlara göre daha düşük olduğunu tespit ettik.

Sosyal fobik olanların, LSAÖ kaygı, kaçınma, toplam skorları ve BAÖ toplam puanları olmayanlara göre yüksek idi. SAB olan ve olmayanlarda uygulanan Anksiyete Duyarlılığı Ölçeğinde, “sinirli görünmemek benim için önemlidir”, “bayılacakmış gibi hissetmek beni korkutur” ve “duygularımı kontrol etmek benim için önemlidir” maddelerinde her iki grup arasında anlamlı farklılık yoktu.

Özgül ve yaygın tip SAB grupları psikometrik ölçümler açısından karşılaştırıldığında; yaygın tip SAB grubunda, HAÖ toplam skoru ve SYYÖ puanları, özgül tipe göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Anksiyete Duyarlılığı Ölçeği açısından hiçbir maddede fark saptanmadı. Yaygın tip SAB'nda özgül tip SAB'na göre şikâyetlerin başlangıç yaşı daha erkendi, ailede görülen psikiyatrik bozukluklar ve komorbidite oranı daha fazla idi, ayrıca anksiyete ve yeti yitimi puanları da daha yüksekti.

SAB tanısı alan olgularda komorbidite görülme oranı %42,8 olarak saptanmıştır. Komorbid tanıların, %15,7'si depresif bozukluk, %7,1'i özgül fobi, %8,5'i yaygın anksiyete bozukluğu, %10'u BTA anksiyete bozukluğu idi. Alt tiplere göre bakıldığında ise, özgül sosyal fobiklerin %33,9'unda komorbidite vardı. Yaygın sosyal fobiklerde

ise, komorbid tanı görülme oranı %78,5 idi. Komorbid tanısı olan ve olmayan sosyal fobik olgular psikometrik ölçümler açısından karşılaştırıldığında; LSAÖ-kaygı, LSAÖ-kaçınma, LSAÖ-toplam skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı. HAÖ, SYYÖ-iş, SYYÖ-sosyal yaşam, SYYÖ-aile, SYYÖ-toplam skorları açısından değerlendirildiğinde ise bütün ölçeklerde eştanısı olan sosyal fobi olgularının ölçek puanları anlamlı düzeyde yüksekti. Özgül tip SAB'nda komorbidite olması, anksiyete düzeyini ve yeti yitimini artırıyordu, ancak yaygın tip SAB'nda komorbidite olması anksiyete düzeyi ve yeti yitimine etkili değildi. Yaygın tip SAB olup komorbiditesi olanlarda, özgül tip SAB olup komorbiditesi olmayanlara göre anksiyete düzeyi ve yeti yitimi daha fazla bulundu.

Yaygın tip SAB olanların % 57,1'ine çekingen kişilik bozukluğu tanısı konuldu, özgül tip SAB olanlarda bu tanıyı karşılayan öğrenci olmadı. Yaygın tip SAB olup aynı zamanda ÇKB tanısı konulanlar (n=8) ile konulmayanlar (n=6) psikometrik ölçüm değerleri açısından karşılaştırıldı. Karşılaştırmalar sonunda; ÇKB olan yaygın tip sosyal fobiklerde, ÇKB olmayan yaygın tip sosyal fobiklere göre Liebowitz kaygı, kaçınma ve toplam ölçek puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı. ÇKB olan sosyal fobiklerle (n=8), ÇKB olmayan sosyal fobikler (n=62) karşılaştırıldığında ise HAÖ ve SYYÖ tüm alt bölümleri toplam puanları, ÇKB olan sosyal fobiklerde daha yüksek saptanmıştır.

Sonuç olarak; SAB olanlar olmayanlara göre daha fazla yeti yitimine neden olmaktadır. SAB yaygın alt tip özgül alt tipe göre hem daha fazla komorbiditeye sahip hem de daha fazla yeti yitimine neden olmaktadır. Komorbiditesi olan sosyal fobiklerde olmayanlara göre, ÇKB olan sosyal fobiklerde, olmayanlara göre daha fazla yeti yitimi gözlenmektedir.

ÖNERİLER

Bu çalışma bize SAB'nun yaygınlığının yüksek olduğunu ve yeti yitiminin fazla olduğunu göstermiştir. SAB'nda komorbidite olmasının ve ÇKB'nun beraberinde olmasının yeti yitimini daha çok artırdığı görülmüştür. Bu açıdan risk gruplarının belirlenmesinde epidemiyolojik çalışmalar önem kazanmaktadır. Benzer çalışmaların daha geniş gruplarda uygulanması gerekir.

KISITLILIKLAR

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur;

- LSAÖ tarama ölçeği değildir ve çalışmamızda öğrencilere verilip doldurulması istenmiş, verdikleri puanlara göre ikinci görüşmeye çağırılacakları söylenmiştir. Bazı kişilerin ikinci görüşmeye gelme kaygısı nedeniyle SAB olsa bile ölçeği doğru doldurmadıkları ihtimali vardır. Fakat SAB’nda yapılan epidemiyolojik çalışmalar göz önüne alınırsa, bunların bir kısmında sosyal korku alanlarının telefon yoluyla veya gazete ilanlarıyla sorgulandığı ve bu şekilde kişilerin görüşmelere davet edildikleri görülmektedir. Bizim yöntemimiz bunlara göre daha güvenilirdir.
- LSAÖ’ne göre 30 puan üstü alan kişiler ikinci görüşmeye alınmış ve klinik görüşme ile tanı konmuştur. LSAÖ’de 30 altı puan alanlarda SAB görülme olasılığı pek olmasa bile bu kişiler arasında remisyonda SAB veya SAB olanlar atlanmış olabilir.

7.KAYNAKLAR

1. Dilbaz N. Sosyal Anksiyete Bozukluğu. Psikiyatri Temel Kitabı. Ed. Koroğu E, Güleç C. Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın Ankara 2007;324-336.
2. Işık E. Sosyal Fobi. Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. Ed.Işık E. Golden Print İstanbul Mayıs 2006; 211-237
3. Hidalgo RB, Barnett SD, Davidson JR. Social anxiety disorder in review: two decades of progress. Int J Neuropsychopharmacol 2001;4(3): 279-98
4. Kessler RC, McGonagle K, Zhao S. Life time and 12- month prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the United States: results from the national comorbidity survey. Arch Gen Psychiatry, 1994; 51: 8-19
5. Brook CA, Schmidt LA. Social anxiety disorder: a review of environmental risk factors. Neuropsychiatr Dis Treat 2008; 4(1): 123-143
6. Turan M, Çilli AS, Rüstem S. Sosyal Fobinin diğer psikiyatrik hastalıklar İle birlikteliği. Klinik Psikiyatri Dergisi 2000; 3: 170-175
7. Schneier FR, Foose TE, Hasin DS, Heimberg RG, Liu SM, Grant BF, Blanco C. Social anxiety disorder and alcohol use disorder co-morbidity in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Psychol Med. 2010; 40(6): 977-88
8. Le Strat Y, Ramoz N, Gorwood P. In alcohol-dependent drinkers, what does the presence of nicotine dependence tell us about psychiatric and addictive disorders comorbidity? Alcohol Alcohol 2010; 45 (2): 167-72.
9. Shand FL, Degenhardt L, Nelson EC, Mattick RP. Predictors of social anxiety in an opioid dependent sample and a control sample. J Anxiety Disord 2010; 24(1): 49-54
10. Amerikan Psikiyatri Birliği: DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, Gözden Geçirilmiş Çeviri İkinci Baskı (DSM-IV-TR) 2000'den. Ed. Koroğu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007
11. Dilbaz N, Güz H. Sosyal Anksiyete Bozukluğu. Anksiyete Bozuklukları. Ed. Tükel R, Alkın T. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara 2006; 185-245.
12. Nutt DJ, Ballenger JC. Social Anxiety Disorder. Anxiety Disorders. Ed. Nutt DJ, Ballenger JC. Blackwell Publishing, Oxford 2003; 195-207

13. Pitman RK. Janet's Obsessions and Psychasthenia: a synopsis. *Psychiatr Q* 1984; 56(4): 291-314
14. Marks. IM, Gelder MG. Different ages of onset in varieties of phobia. *Am. J. Psychiatry* 1966; 123: 218-221
15. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV), 1994'ten Ed. Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
16. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnozitic Criteria for Research World Health Organazation, Geneva, 1993.
17. Dünya Sağlık Örgütü (1992) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. Ed. Öztürk MO, Uluğ B; Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993.
18. Knappe S, Beesdo K, Fehm L, Höfler M, Lieb R, Wittchen HU. Do parental psychopathology and unfavorable family environment predict the persistence of social phobia? *J Anxiety Disord* 2009; 23(7): 986-94
19. Stein MB, Chartier MJ, Hazen AL, Kozak MV, Tancer ME, Lander S, Furer P, Chubaty D, WalkerJR. A direct-interview family study of generalized social phobia. *Am J Psychiatry*, 1998; 155: 90-7.
20. Knappe S, Beesdo K, Fehm L, Lieb R, Wittchen HU. Associations of familial rik factors with social fears and social phobia. evidence for the continuum hypothesis in social anxiety disorder? *J Neural Transm* 2009; 116(6): 639-48.
21. Kalliopusko M. Personality variables related to shyness. *Psychol Rep.* 2008; 102(1): 40-2
22. Bruch MA, Cheek JM. Developmental factors in childhood and shyness. Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneider FR. (ed.) *Social Phobia: Diagnosis, Assesment and Treatment*. NewYork; Goildford Press, 1995, 163-82.
23. Eapen V, Ghubash R, Salem MO, Sabri S. Familial predictors of childhood shyness: a study of United Arab Emirates population. *Community Genet.* 2005; 8(1): 61-4
24. Bögels SM, Van Oosten A, Muris P, Smulders D. Familial correlates of social anxiety in children and adolescents. *Behav Res Ther* 2001; 39: 273-87

25. Chatier MJ, Walker JR, Stein MB. Social phobia and potential childhood risk factors in a community sample. *Psychol Med.* 2001; 31(2): 307-15
26. Furmark T, Tillfors M, Garpenstrand H, Marteinsdotter I, Langström B, Oreland L, Fredrikson M. Serotonin transporter polymorphism related to amygdala excitability and symptom severity in patients with social phobia. *Neurosci Lett* 2004; 362 (3): 189-92
27. Domsche K, Stevens S, Beck B, Baffa A, Hohoff C, Deckert J, Gerlach AL. Blushing propensity in social anxiety disorder: influence of serotonin transporter gene variation. *J Neural Transm.* 2009; 116 (69): 663-6
28. Hood SD, Potakar JP, Davies SJ, Hince DA, Morris K, Seddon KM, Nutt DJ, Argyropoulos SV. Dopaminergic challenges in social anxiety disorder: evidence for dopamine D3 desensitisation following successful treatment with serotonergic antidepressants. *J. Psychopharmacol* 2010; 24(5): 709-16.
29. Sareen J, Campbell DW, Leslie WD, Malizsa KL, Stein MB, Paulus MP, Kravetsy LB, Kjernisted KD, Walker JR, Reiss JP. Striatal function in generalized social phobia: a functional magnetic resonance imaging study. *Biol Psychiatry* 2007; 61(3): 396-404.
30. Schneier FR, Martinez D, Abi-Dargham A, Zea-Ponce Y, Simpson HB, Liebowitz MR, Laurelle M. Striatal dopamine D(2) receptor availability in OCD with and without comorbid social anxiety disorder: preliminary findings. *Depress Anxiety.* 2008;25 (1):1-7.
31. Furmark T. Neurobiological aspects of social anxiety disorder *Isr J. Psychiatry Relat Sci.* 2009; 46(1) :5-12.
32. Lanzenberger RR, Mitterhauser M, Spindelegger C, Wadsak W, Klein N, Mien LK, Holik A, Attarbaschi T, Mossaheb N, Sacher J, Geiss-Granadia T, Kletter K, Kasper S, Tausher J. Reduced serotonin-1A receptor binding in social anxiety disorder. *Biol Psychiatry* 2007; 1(61): 1081-9
33. Akimova E, Lanzenberger R, Kasper S. The serotonin -1A receptor in anxiety disorder. *Biol Psychiatry* 2009; 66(7): 627-35.
34. Neumeister E, Daher RJ, Charney DS. Anxiety disorders: noradrenergic neurotransmission. *Handb Exp Pharmacol* 2005; (169): 205-23.

35. Van Ameringen M, Mancini C. The Promise of Neurobiology In Social Anxiety Disorder. Bandelow B, Stein DJ (ed.) Social Anxiety Disorder. New York; Marcel Dekker, 2004, 181-96.
36. Van West D, Claes S, Sulon J, Deboutte D. Hypothalamic- pituitary-adrenal reactivity in prepubertal children with social phobia. *J Affect Disord.* 2008; 11(2-3): 281-90.
37. Condren RM, Lucey JV, Thakore JH. A preliminary study of baclofen-induced growth hormone release in generalized social phobia. *Hum Psychopharmacol* 2003; 18(2): 125-30.
38. Stabler B, Clopper RR, Siegel PT, Nicholas LM, Silva SG, Tancer ME, Underwood LE. Links between growth hormone deficiency, adaptation and social phobia. *Horm Res.* 1996; 45(1-2): 30-33.
39. Nicholas LM, Tancer ME, Silva SG, Underwood LE, Stabler B. Short stature, growth hormone deficiency, and social anxiety. *Psychosom Med.* 1997; 59(4): 372-5.
40. Lanzenberger R, Wadsak W, Spindeleger C, Mitterhauser M, Akimova E, Mien LK, Fink M, Moser U, Savli M, Kranz GS, Hahn A, Kletter K, Kasper S. Cortisol plasma levels in social anxiety disorder patients correlate with serotonin-1A receptor binding in limbic brain regions. *Int J Neuropsychopharmacol* 2010; 13(9): 1129-43.
41. Loeberbaum JP, Kose S, Johnson MR, Arana GW, Sullivan NK, Hamner MB, Ballenger JC, Lydiard RB, Brodrick PS, Bohning DE, George MS. Neural correlates of speech anticipatory anxiety in generalized social phobia. *Neuroreport*, 2004; 15(18); 2701-5
42. Fredrikson M, Furmark T. Amygdaloid regional cerebral blood flow and subjective fear during symptom provocation in anxiety disorders. *Ann N Y Acad Sci* 2003; 985: 341-7.
43. Furmark T, Appel L, Michelgard A, Whalstedt K, Ahs F, Zancan S, Jacobsson E, Flyckt K, Groph M, Bergström M, Pich EM, Nilsson NG, Bani M, Langström B, Fredrikson M. Cerebral blood flow changes after treatment of social phobia with the neurokinin-1 antagonist GR205171, citalopram or placebo. *Biol Psychiatry*, 2005; 58(2): 132-42

44. Labuschagne I, Phan KL, Wood A, Angstadt M, Chua P, Heinrichs M, Stout JC, Nathan PJ. Oxytocin attenuates amygdala reactivity to fear in generalized social anxiety disorder. *Neuropsychopharmacology* 2010; 35(12): 2403-13.
45. Irle E, Ruhleder M, Lange C, Seidler-Brandler U, Salzer S, Dechent P, Weniger G, Leibing E, Leichsenring F. Reduced amygdala and hippocampal size in adults with generalized social phobia. *J Psychiatry Neurosci*. 2010; 35(2): 126-31
46. Mineka S, Zinberg R. Conditioning and ethological models of social phobia. Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneider FR (ed.) *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. New York; Guilford Press, 1995, 134-62.
47. Stein DJ, Bouwer J. Blushing and social phobia: a neuroethological speculation. *Med Hypotheses* 1997; 49(1): 101-8.
48. Essex MJ, Klein MH, Slattery MJ, Goldsmith HH, Kalin NH. Early risk factors and developmental pathways to chronic high inhibition and social anxiety disorder in adolescence. *Am J Psychiatry* 2010; 167(1): 40-6.
49. Kagan J, Reznick JS, Snidman N. Biological basis of childhood shyness. *Science* 1988; 240: 167-71.
50. Heimberg RG, Stein MB, Hiripi E, Kessler RC. Trends in the prevalence of social phobia in the United States: a synthetic cohort analysis of changes over four decades. *Eur Psychiatry* 2000; 15: 29-37
51. Stein MB, Fuetsch M, Müller N, Höfler M, Lieb R, Wittchen HU. Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Arch. Gen. Psychiatry* 2001; 58(3): 251-6
52. Stein MB, Walker JR, Forde DR. Settings diagnostic thresholds for social phobia: considerations from a community survey of social anxiety. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 408-12
53. Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology, patterns of comorbidity and associated disabilities of social phobia. *Psychiatr Clin North Am* 2001; 24: 617-41
54. Tillfors M, Furmark T. Social phobia in Swedish university students: prevalence, subgroups and avoidant behavior. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 79-86

55. Bella TT, Omigbodun OO. Social phobia in Nigerian university students: prevalence, correlates and co-morbidity. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44(6): 458-63.
56. Ohayon MM, Schatzberg AF. Social phobia and depression: prevalence and comorbidity. *J Psychosom Res.* 2010; 68(3): 235-43
57. Faravelli C, Zucchi T, Viviani B, Salmoria R, Perone A, Paionni A, Scarpota A, Vigliaturo D, Rosi S, D'adamo D, Bartalozzi D, Cecchi C, Abrardi L. Epidemiology of social phobia: a clinical approach. *Eur Psychiatry* 2000; 15: 17-24.
58. Dilbaz N, Kut A. The prevalence of social phobia among the Turkish university students XII. World Congress of Psychiatry, Yokohoma, August 2000, 24-29.
59. İzgiç F, Akyüz G, Doğan O, Kuğu N. Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image. *Can J Psychiatry* 2004; 49(9): 630-4.
60. Schneider FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman MN. Social phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 282-8.
61. 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: 709-718.
62. Gökalp PG, Tükel R, Solmaz D. Clinical features and co morbidity of social phobics in Turkey. *Eur Psychiatry* 2001; 16(2): 115-21.
63. Hudson JL, Rapee RM. Parent-child interactions and anxiety disorders: an observational study. *Behav Res Ther* 2001; 39: 1411-27.
64. Turner SM, Beidel DC, Robertson-Nay R. Offspring of anxious parents: reactivity, habituation, and anxiety proneness. *Behav Res Ther* 2005; 43: 1263-1279
65. Turner SM, Beidel DC, Robertson-Nay R, Tervo K. Parenting behaviors in parents with anxiety disorders. *Behav Res Ther*, 2003; 41: 541-551.
66. Rotge JY, Grabot D, Aquiezerata B, Pelissolo A, Lepine JP, Tignol J. Childhood history of behavioral inhibition and comorbid status in 256 adults with social phobia. *J Affect Disord.* 2011; 129(1-3): 338-41.

67. Güz H, Dilbaz N. Sosyal kaygı bozukluğu ile panik bozukluğu olgularının demografik ve bazı klinik özellikler açısından araştırılması. Klinik Psikiyatri Dergisi 2003; 6: 32-37
68. Scholing A, Emmelkamp PM. Cognitive and behavioural treatments of fear of blushing, sweating or trembling. Behav Res Ther 1993; 31(2): 155-70.
69. Solmaz D, Gökalp PG, Babaoğlu AN. Sosyal fobide klinik özellikler ve eş tanı. Türk Psikiyatri Dergisi 1999; 7: 206-14
70. Dilbaz N, Güz H. Sosyal kaygı bozukluğunda cinsiyet farklılıkları. Nöropsikiyatri Arşivi 2002 b; 39: 79-86
71. Brunello N, den Boer JA, Judd LL, Kasper S, Kelsey JE, Lader M, Lecrubier Y, Lepine JP, Lydiard RB, Mendlewicz J, Montgomery SA, Racagni G, Stein MB, Wittchen HU. Social phobia; diagnosis and epidemiology, neurobiology and pharmacology, comorbidity and treatment. J Affect Disord.2000; 60: 61-74
72. Rappe RM, Spence SH. The ethiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. Clin Psychol Rev 2004; 24: 737-67.
73. Hoffman SG, Newman MG, Ehlers A, Roth WT. Psychophysiological differences between subgroups of social phobia. J Abnorm Psychol. 1995; 104: 224-31.
74. Heimberg RG, Hope DA, Dodge CS, Becker RE. DSM-III-R subtypes of social phobia: comparison of generalized social phobics and speaking phobics. J Nerv Ment Dis 1990; 178; 172-9.
75. Dilbaz N. Sosyal kaygı bozukluğunun tedavisi. Dilbaz N (ed.) Anksiyete Bozukluklarında Son Gelişmeler. Ankara; Pozitif Matbaacılık, 2005.
76. Stemberger RT, Turner SM, Beidel DC, Calhoun KS. Social phobia: an analysis of possible developmental factors. J Abnorm Psychol 1995; 104: 526-31.
77. Mennin DS, Heimberg RG, Jack MS. Comorbid generalized anxiety disorder in primary social phobia: symptom severity, functional impairment and treatment response. J Anxiety Disord 2000; 14: 325-43
78. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, Mc Gonagle KA, Kessler RJ. Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1996; 53: 159-68.
79. Van Ameringen M, Mancini C, Stayan G, Donison D. Relationship of social phobia with other psychiatric illness. J Affect Disord 1991; 21: 93-8.

80. Davidson JR, Huges DL, George LK. The epidemiology of social phobia. *Psychol Med* 1993; 23: 709-18.
81. Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology, patterns of comorbidity and associated disabilities of social phobia. *Psychiatr Clin North Am* 2001; 24: 617-41.
82. Lepine JP, Pellissolo A. Social phobia and alcoholism; a complex relationship. *J Affect Disord* 1998; 50: S23-8.
83. Lampe L, Slade T, Issakidis C, Andrews G. Social phobia in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychol Med* 2003; 33(4): 637-46.
84. Tillfors M, Ekseius L. Social phobia and avoidant personality disorder: are they separate diagnostic entities or do they reflect a spectrum of social anxiety? *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2009;46(1):25-33.
85. Liebowitz MR. Social Phobia. *Mod Probl Pharmacopsychiatry* 1987; 22: 141-73
86. Dilbaz N, Güz H. Liebowitz sosyal kaygı ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul 2-6 Ekim, 2001
87. Iancu I, Levin J, Hermesh H, Dannon P, Poreh A, Ben-Yehudo Y, Kaplan Z, Kotler M. Social phobia symptoms: prevalence, sociodemographic correlates and overlap with specific phobia symptoms. *Compr Psychiatry* 2006; 47: 399-405.
88. Mennin DS, Fresco DM, Heimberg RG, Schneider FR, Davies SO, Liebowitz MR. Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: using the Liebowitz Social Anxiety Scale. *J Anxiety Disord* 2002; 16: 661-73.
89. Letamendi AM, Chavira DA, Stein MB. Issues in the assessment of social phobia: a review. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2009; 46(1): 13-24.
90. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, 1988; 56: 893-7
91. Ulusoy M. Beck Anksiyete Ölçeğinin Psikometrik Özellikleri, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 1993
92. Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, Mc Nally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety, frequency and prediction of fearfulness. *Behav Res Ther* 1986; 24(1):1-8

93. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaçoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1998; 9: 114-117
94. Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. Int Clin Psychopharmacol, 1996; 3: 89-95
95. Tükel R, Kızıltan E, Demir T. Sosyal fobide alt tiplerin ve çekingen kişilik bozukluğunun psikopatoloji üzerine etkileri. 3P Dergisi, 1998; 6 (1):15-20
96. First MB, Spitzer LR, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview For Axis I Disorders (SCID-I) Clinical Version First Publishion in The United States by American Psychiatric Press Inc. Washington DC and London, England, 1997.
97. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmesi Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12. 233-236.
98. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB. Structured Clinical Interview for DSM-III R Personality Disorders (SCID-II). New York, New York State Psychiatric Institute. Biometrics Research 1990.
99. Sorias S, Saygılı R, Elbi H. DSM-III R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi- Kişilik Bozuklukları Formu. Ege Üniversitesi Basımevi, 1990 İzmir.
100. Gültekin B, Dereboy F. Üniversite öğrencilerinde sosyal fobinin yaygınlığı ve sosyal fobinin yaşam kalitesi, akademik başarı ve kimlik oluşumu üzerine etkileri. Türk Psikiyatri Dergisi 2011;22.
101. Wilson I. Screening for social anxiety disorder in first year university students a pilot study. Aus Fam Physican 2005; 34: 983-4.
102. Talepasand S, Nokani M. Social phobia symptoms: prevalence and sociodemographic correlates. Arch Iran Med, 2010; 13(6): 522-7.
103. Ruscio AM, Brown TA, Chiu WT, Sareen J, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. Psychol Med. 2008; 38 (1): 15-28.

104. Stein DJ, Ruscio AM, Lee S, Petukhova M, Alonso J, Andrade LH, Benjet C, Bromet E, Demyttenaere K, Florescu S, de Giraloma G, de Graaf R, Gureje O, He Y, Hinkov E, Hu C, Iwata N, Karam EG, Lepine JP, Matschinger H, Oakley Brownw M, Posada-Villa J, Sagar R, Williams DR, Kessler RC. Subtyping social anxiety disorder in developed and developing countries. *Depress Anxiety* 2010; 27: 390-403
105. Mather AA, Stein MB, Sareen J. Social anxiety disorder and social fears in the Canadian military: prevalence, comorbidity, impairment and treatment-seeking. *J Psychiatr Res.* 2010; 44(14): 887-93.
106. Rosella JD, Abrecht SA. Toward on understanding of the health status of black adolescents: an application of the stress-coping framework. *Issues Compr Pediatr Nurs* 1993; 16: 193-205.
107. Dewit DJ, Chandler-Coutts M, Offord DR, King G, Mc Dougall J, Specht J, Stewart S. Gender differences in the affects of family adversity on the risk of onset of DSM-III-R social phobia. *J Anxiety Disord.* 2005; 19(5): 479-502.
108. Keskin G, Orgun F. Bir grup üniversite öğrencisinde sosyal fobi yaşama durumlarının ve başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8: 262-270.
109. Özdemir N. Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fobi ile Benlik Saygısı Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep 2004.
110. Ummet D. Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Kaygının Cinsiyet Rollerini ve Aile Ortamı Bağlamında İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, İstanbul, 2007.
111. Solmaz M, Sayar K, Özer A. Sosyal fobi hastalarında aleksitimi, umutsuzluk ve depresyon: Kontrollü bir çalışma. *Klinik Psikiyatri* 2000; 3: 225-241.
112. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, Graaf RD. Anxiety disorders and risk for suicidal attempt. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 1249-57.
113. Bolton JM, Cox BJ, Afifi TO, Enns MW, Bienvenu OJ, Sareen J. Anxiety disorders and risk for suicide attempts: finding from the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study. *Depress Anxiety* 2008; 25: 477-81.

114. Buckner JD, Timpano KR, Zvolensky MJ, Sachs- Ericsson N, Schmidt NB. Implication of comorbid alcohol dependence among individuals with social anxiety disorder. *Depress Anxiety* 2008; 25: 1028-37.
115. Ham LS, Hope DA. Incorporating social anxiety into a model of collage student problematic drinking. *Addict Behav* 2005; 30: 127-50.
116. Ozcan O, Kilic BG, Aysev A. Psychopathology in parents of children with social phobia. *Türk Psikiyati Derg* 2006; 17(3): 173-80.
117. Carter SA, Wu KD. Symptoms of specific and generalized social phobia: an examination of discriminant validity and structurel relations with mood and anxiety symptoms. *Behav Ther* 2010; 41(2): 254-65.
118. Topçuoğlu V, Bez Y, Biçer D, Dib H, Kuşçu MK, Yazgan C, İnce Günal D, Göktepe E. Esansiyel tremorda sosyal fobi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17(2): 93-100.
119. Ha J, Lim SW, Shin YC, Oh KS. Comparison of anxiety related traits between generalized and non generalized subtypes of social anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis* 2011; 6: 390-3.
120. El-Gabalawy R, Cox B, Clara I, Mackenzie C. Assessing the validity of social anxiety disorder subtypes using a nationally representative sample. *J Anxiety Disord.* 2010; 24(2): 244-9.
121. Stein DJ, Ono Y, Tajima O, Muller JE. The social anxiety disorder spectrum. *J Clin Psychiatry.* 2004; 14: 27-33.
122. Ranta K, Kaitiala-Heino R, Rantanen P, Marttunen M. Social phobia in Finnish general adolescent population: prevalence, comorbidity, individual and family corralates, and service use. *Depress Anxiety* 2009; 26(6): 528-36.
123. Carta MG, Hardoy MC, Cadeddu M, Carpinello B, Dell'Osso L, Reda MA, Wittchen HU. Social phobia in an Italian region: do Italian studies show lower frequencies than community surveys conducted in other European countries? *BMC Psychiatry* 2004;15: 4-31.
124. Stein MB, Kean YM. Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *Am J Psychiatry* 2000;157: 1606-13.

125. Köse S, Solmaz M, Celikel FC. Comorbidity of avoidant personality disorder in generalized social phobia and its impact on psychopathology. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2009;19: 340-46
126. Vyskocilova J, Prasko J, Novak T, Pohlova L. Is there any influence of personality disorder in the short term intensive group cognitive behavioral therapy of social phobia? *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub* 2011; 155(1):85-94.
127. Cox BJ, Paqura J, Stein MB, Sareen J. The relationship between generalized social phobia and avoidant personality disorder in a national mental health survey. *Depress Anxiety* 2009; 26(4): 354-62.
128. Herbert JD, Hope DA, Bellock AS. Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *J Abnorm Psychol* 1992; 101(12): 332-9.
129. Alpert JE, Uebelacker LA, McLean NE, Nierenberg AL, Pava JA, Worthington JJ 3rd, Tedlow JR, Rosenbaum JF, Fava M. Social phobia, avoidant personality disorder and atypical depression: co-occurrence and clinical implications. *Psychol Med* 1997; 27(3): 627-33.
130. Camart N, Andre C, Trybou V, Bourdel MC. Short term effects of a cognitive behavioral therapy in social phobia: evaluation of sixty patients. *Encephale* 2006; 32(6): 1001-8.

8. EKLER

EK-1

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

ADI/SOYADI

TARİH...../...../.....

TELEFON NUMARASI

1.CİNSİYETİ

(0) Erkek() (1) Kadın

2.YAŞI:

3.DOĞUM YERİ:

(0) köy
(1) ilçe
(2) Şehir

4.ÖĞRENİM DÜZEYİ

(1) Üniversite () Yüksekokul ()
(2) Bölüm:
(3) Sınıf:

5. BABASININ ÖĞRENİM DÜZEYİ

(0) okula gitmemiş
(1) ilkokul
(2) ortaokul
(3) lise
(4) üniversite

6. ANNESİNİN ÖĞRENİM DÜZEYİ

(0) okula gitmemiş
(1) ilkokul
(2) ortaokul
(3) lise
(4) üniversite

7. 12 YAŞINA KADAR YAŞADIĞI YER

(0) köy
(1) ilçe
(2) şehir

8. HALEN AİLENİN YAŞADIĞI YER

- (0) köy
- (1) ilçe
- (2) şehir

9. EBEVEYN KAYBI

- (0) Yok
- (1) Var

10. 0-12 YAŞ ÖNEMLİ YAŞAM OLAYI

- (0) Yok
- (1) Var

11. ERGENLİK DÖNEMİ ÖNEMLİ YAŞAM OLAYI

- (0) Yok
- (1) Var

12. BİRLİKTE YAŞADIĞI KİŞİLER

- (0) Tek başına
- (1) Çekirdek aile (anne-baba-çocuk)
- (2) Geniş çekirdek aile (anne-baba çocuk ve aile büyükleri aynı ev / aynı apartmanda)
- (3) Geniş aile (anne-baba-çocuk- aile büyükleri-kardeşler aynı ev / aynı apartmanda)
- (4) Arkadaşları ile

13. ŞU AN KİMİNLE YAŞADIĞI

- (0) Tek başına
- (1) Aile yanında
- (3) Arkadaşlar ile

14.SOSYOEKONOMİK SEVİYE

- (0) Düşük (<1000 TL)
- (1) Orta (1000-3000 TL)
- (2) Yüksek(>3000 TL)

15. ÖZKIYIM GİRİŞİMİ VAR MI?

(0)Hayır

(1) Evet

16. ALKOL KULLANIYOR MUSUNUZ?

(0) Hayır

(1) Evet

EK-2**LIEBOWITZ SOSYAL FOBİ BELİRTİLERİ ÖLÇEĞİ**

Lütfen aşağıdaki formu dikkatle okuyun.

Kaygı	Kaçınma
0: Yok ya da çok hafif	0: Kaçınma yok ya da çok ender
1: Hafif	1: Zaman zaman kaçınıyorum
2: Orta derecede	2: Çoğunlukla kaçınıyorum
3: Şiddetli	3: Her zaman kaçınıyorum

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

EK- 3

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yanındaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde <i>Beni pek etkilemedi</i>	Orta Düzeyde <i>Hoş değildi ama katlanabildim</i>	Ciddi Düzeyde <i>Dayanmakta çok zorlandım</i>
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma ya da karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik/titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme duygusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme(sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK-4**ANKSİYETE DUYARLILIĞI ÖLÇEĞİ**

0: Çok az 1: Az 2: Orta 3: Belirgin 4:Çok fazla

1.	Sinirli görünmemek benim için önemlidir.	0	1	2	3	4
2.	Bir iş üzerinde zihnimi toplayamadığım anlarda aklımı kaçırabileceğim konusunda endişelenirim.	0	1	2	3	4
3.	Titrediğimi hissetmek beni korkutur.	0	1	2	3	4
4.	Bayılacakmış gibi hissetmek beni korkutur.	0	1	2	3	4
5.	Duygularımı kontrol altında tutmak benim için önemlidir.	0	1	2	3	4
6.	Kalbimin hızlı çarpması beni korkutur.	0	1	2	3	4
7.	Midemin guruldaması beni utandırır.	0	1	2	3	4
8.	Bulantı hissetmek beni korkutur.	0	1	2	3	4
9.	Kalbimin hızlı çarptığını hissettiğimde kalp krizi geçirdiğim konusunda endişelenirim.	0	1	2	3	4
10.	Nefesimin daralması beni korkutur.	0	1	2	3	4
11.	Midem kötü olduğunda ciddi bir hastalığım olabileceği konusunda endişelenirim.	0	1	2	3	4
12.	Zihnimi bir noktada toplayamama beni korkutur.	0	1	2	3	4
13.	Titremem diğer insanların dikkatini çeker.	0	1	2	3	4
14.	Olağan olmayan beden duyuları beni korkutur.	0	1	2	3	4
15.	Sinirli olduğum zamanlarda akıl hastası olabileceğim konusunda endişelenirim.	0	1	2	3	4
16.	Sinirli olmak beni korkutur.	0	1	2	3	4

EK-5

HASTALIK ÖYKÜSÜ FORMU

1. İLK ŞİKAYETLERİN BAŞLADIĞI YAŞ

2. TEDAVİ ALIYOR MU?

(0) Evet

(1) Hayır

3. BEDENSEL HASTALIK ÖYKÜSÜ?

(0) Yok

(1) Var

4. SOYGEÇMİŞTE PSİKIYATRİK HASTALIK ÖYKÜSÜ?

(0) Yok

(1) Var

5. SOYGEÇMİŞTE BEDENSEL HASTALIK ÖYKÜSÜ?

(0) Yok

(1) Var

EK-6

HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0. Yok

1; Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)

2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)

3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)

4. Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirici)

1. ANKSİYETELİ MİZAÇ: Endişeler, kötü bir şey olacağı

beklentisi, korkulu bekleyiş, irritabilite. 0 1 2 3 4

2. GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe. 0 1 2 3 4

3. KORKULAR: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız

birakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan. 0 1 2 3 4

4. UYKUSUZLUK: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıklığında bitkinlik, düşler,

karabasanlar, gece korkuları. 0 1 2 3 4

5. ENTELLEKTÜEL (kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek

zayıflaması, 0 1 2 3 4

6. DEPRESİF MİZAÇ: İlgü yitimi, hobilere zevk alamama,

depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar. 0 1 2 3 4

7. SOMATİK (Musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar, dış gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu. (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu. 0 1 2 3 4

8. KARDİYOVASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller. 0 1 2 3 4

9. SOLUNUM SEMPTOMLARI: Göğüste baskı veya sıkışma,

boğulma duygusu, iç çekme, dispne. 0 1 2 3 4

10. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR: Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyguları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon. 0 1 2 3 4

11. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık işeme, amenore, menoraji, firijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı,

empotans. 0 1 2 3 4

12. OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması. 0 1 2 3 4

13. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kıvrılma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geğirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, ezofthalmus. 0 1 2 3 4

TOPLAM:

PSİŞİK:

(1,2,3,5,6)

SOMATİK

(4,7,8,9,10,11,12,13)

EK-7

SHEEHAN YETİ KAYBI ÖLÇEĞİ

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0-Hiç bozulmadı

1-2-3-Hafif bir bozulma

4-5-6-Orta derecede bozulma

7-8-9-Belirgin derecede bozulma

10-Çok ileri derecede bozulma

1-Şu anda sorunlarınız nedeniyle iş durumunuz ne düzeyde bozuldu?

0-Hiç bozulmadı

1-Çok hafif bir bozulma

2-

3-Hafif bir bozulma

4-

5-Orta derecede bozulma

6-

7-

8-Belirgin derecede bozulma

9-

10-Çok ileri derecede bozulma

2-Şu anda sorunlarınız nedeniyle sosyal yaşamınız ve zevk almak amacıyla yaptığınız etkinlikleriniz ne düzeyde bozuldu?

0-Hiç bozulmadı

1-Çok hafif bir bozulma

2-

3-Hafif bir bozulma

4-

5-Orta derecede bozulma

6-

7-

8-Belirgin derecede bozulma

9-

10-Çok ileri derecede bozulma

3-Şu anda sorunlarınız nedeniyle aile yaşamınız ve evle ilgili sorumluluklarınızda ne düzeyde bozulma oldu?

0- Hiç bozulmadı

1- Çok hafif bir bozulma

2-

3- Hafif bir bozulma

4-

5- Orta derecede bozulma

6-

7-

8-Belirgin derecede bozulma

9-

10- Çok ileri derecede bozulma