

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA  
ÖFKE DÜZEYİ VE ÖFKE DÜZEYİNİN KOMORBİDİTE  
VE İŞLEVSELLİK ÜZERİNE ETKİSİ**

**Dr. Mert UĞURLU**

**PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI  
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN  
Prof.Dr. E.Cem ATBAŞOĞLU**

**ANKARA  
2009**

**Ankara üniversitesi Tıp Fakültesi  
Psikiyatri Anabilim Dalı**

Tıpta Uzmanlık eğitimi çerçevesinde yürütülmüş olan

**" SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA ÖFKE DÜZEYİ ve  
ÖFKE DÜZEYİNİN KOMORBİTİDE ve İŞLEVSELLİK ÜZERİNE ETKİSİ "**

başlıklı Dr. Mert Uğurlu'ya ait bu çalışma aşağıdaki jüri üyeleri tarafından

**Tıpta Uzmanlık Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 25 /5/2009

  
**Prof. Dr. Cem ATBAŞOĞLU**  
Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

  
**Prof. Dr. Abdülkadir ÇEVİK**  
Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı

  
**Doç. Dr. İnci Özgür İLHAN**  
Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

## TEŞEKKÜR

Asistanlık hayatımın başından beri ve özellikle tez çalışmamın her aşamasında bilgisi, deneyimi, sabrı ve profesyonelliğiyle bana ilham kaynağı olan ve yardımlarını hiç esirgemeyen danışmanım ve hocam Prof Dr. E. Cem Atbaşoğlu'na,

Eğitimim boyunca gerek mesleki gerekse kişisel gelişimimde önerileri ve davranışlarıyla hayatımda unutamayacağım bir yeri olan değerli hocam Prof Dr. Abdulkadir Çevik'e,

5 yıl boyunca karşılaştığım her türlü acil durumda yardıma koşan, mesleki ve sosyal olarak görüşleriyle ve emeğiyle borcunu ödeyemeyeceğim değerli arkadaşım ve manevi ağabeyim Uzm. Dr. Bora Baskak'a,

Kişisel ve mesleki gelişmemde ve olgunlaşmamda, deneyimlerinden ve davranışlarından kendime her zaman örnek aldığım Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi Psikiyatri Anabilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma,

Asistanlık hayatımı oldukça zevkli ve eğlenceli kılan, çalışma hayatımı monotonluktan kurtaran tüm asistan arkadaşlarıma,

Tez çalışmam sırasında zor zamanlarda beni her zaman rahatlatan, özverisi, anlayışı ve güler yüzüyle beni maddi ve manevi her zaman destekleyen sevgili eşim Ahu Uğurlu'ya,

Beni bu günlere sabırla, sevgiyle, emekle getiren, her zaman yanımda olan, varlıklarının daima bana huzur verdiği annem Ayfer Uğurlu, babam Cengiz Uğurlu ve ağabeyim Cenk Uğurlu'ya ve tüm dostlarıma en içten teşekkürlerimi sunarım.

**Dr. Mert UĞURLU**

# İÇİNDEKİLER

**Sayfa No:**

<b>Teşekkür .....</b>	<b>ii</b>
<b>İçindekiler .....</b>	<b>iv</b>
<b>Simgeler ve Kısaltmalar Dizini .....</b>	<b>vii</b>
<b>Tablolar Dizini.....</b>	<b>viii</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>4</b>
2.1. Sosyal anksiyete bozukluğunun tanımı ve sınıflandırılması .....	4
2.2. Sosyal anksiyete bozukluğunun alttipleri .....	8
2.2.1. Bir alt tip belirteci olarak ‘korkulan sosyal durumlar’ .....	9
2.2.2. Tanısal alttipler arasındaki farklar .....	9
2.3. Sosyal anksiyete bozukluğunda demografik özellikler .....	10
2.4. Sosyal anksiyete bozukluğunun risk etmenleri .....	11
2.5. Sosyal anksiyete bozukluğunda yeti yitimi ve yaşam kalitesi .....	11
2.6. Sosyal anksiyete bozukluğunun epidemiyolojisi .....	12
2.7. Sosyal anksiyete bozukluğunda komorbidite .....	13
2.8. Öfkenin tanımı .....	16
2.8.1. Öfke ve psikiyatrik hastalıkların ilişkisi .....	17
2.8.2. Öfke ve sosyal anksiyete bozukluğunun ilişkisi .....	19
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>21</b>
3.1.Örneklem .....	21
3.2.Araştırmaya dahil olma ve olmama ölçütleri .....	21
3.2.1. Araştırmaya dahil olma ölçütleri .....	21
3.2.2. Araştırma dahil olmama ölçütleri .....	22
3.3.Verilerin toplama yöntemi .....	23
3.4.Kullanılan ölçüm araçları .....	24
3.4.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu .....	24
3.4.2. Klinik Genel İzlenim Ölçeği (KGİ) .....	24
3.4.3. DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I).....	24

3.4.4. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ) .....	24
3.4.5. Beck Anksiyete Ölçeği(BAÖ) .....	25
3.4.6. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ) .....	25
3.4.7. Çok Boyutlu Öfke Ölçeği (ÇBÖÖ) .....	25
3.4.8. Kısa Form 36 (SF-36) .....	26
3.5. İstatistiksel analiz .....	27
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>28</b>
4.1. Örneklem .....	28
4.1.1. Sosyodemografik Veriler .....	28
4.1.2. Klinik Veriler .....	30
4.2.Öfke ve öfke ile ilişkili özellikler, yeti yitimi, alınganlık ve kötülük görme düşünceleri bakımından grupların karşılaştırılması .....	33
4.2.1. Öfke ve öfke ile ilişkili özellikler .....	33
4.2.2. Öfkeyle İlişkili Özellikler Bakımından Grupların Karşılaştırılması .....	34
4.2.3. SAB ve kontrol gruplarında yeti yitiminin karşılaştırılması .....	36
4.3. SAB’de sosyal anksiyete şiddetiyle öfkeyle ilişkili özelliklerin, yeti yitiminin, alınganlık ve kötülük görme düşüncelerinin ilişkisi .....	37
4.3.1. Sosyal anksiyeteye öfke ve öfkeyle ilişkili özelliklerin ilişkisi .....	37
4.3.2. Sosyal anksiyeteye yeti yitiminin ilişkisi .....	40
4.4. SAB’de öfkeyle ilişkili özelliklerin yeti yitimiyle ilişkisi .....	40
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>42</b>
5.1. Sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikler bakımından elde edilen sonuçların tartışması .....	42
5.2. Klinik özellikler ve yeti yitimi bakımından elde edilen sonuçların tartışması .....	44
5.3. Öfke ve öfke ile ilgili özellikler bakımından elde edilen sonuçların tartışması.....	45
5.4. Çalışmanın kısıtlılıkları ve öneriler.....	46

<b>6. SONUÇLAR</b> .....	<b>48</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>50</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>51</b>
<b>KAYNAKLAR</b> .....	<b>52</b>
<b>EKLER</b> .....	<b>63</b>
EK1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu .....	63
EK2. Klinik Genel İzlenim Ölçeği (KGİ) .....	64
EK3. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ) .....	65
EK4. Beck Anksiyete Ölçeği(BAÖ) .....	66
EK5. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ) .....	67
EK6. Çok Boyutlu Öfke Ölçeği (ÇBÖÖ) .....	68
EK7. Kısa Form 36 (Short Form-36) (SF-36) .....	76

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BAÖ	:	Beck Anksiyete Ölçeği
ÇBÖÖ	:	Çok Boyutlu Öfke Ölçeği
HDDÖ	:	Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği
KGİ	:	Klinik Genel İzlenim Ölçeği
LSKÖ	:	Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği
SAB	:	Sosyal anksiyete bozukluğu
SCID-I	:	DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
SF-36	:	Kısa Form 36
ŞKB	:	Şizotipal kişilik bozukluğu
TSSB	:	Travma sonrası stres bozukluğu
YAB	:	Yaygın anksiyete bozukluğu

## TABLolar DİZİNİ

### Sayfa No:

Tablo 2.1	Sosyal anksiyete bozukluğunun DSM-IV'e göre tanı ölçütleri.....	6
Tablo 2.2.	Sosyal anksiyete bozukluğunun ICD-10'a göre tanı ölçütleri.....	7
Tablo 2.3.	Epidemiyolojik Alan Çalışması'na göre SAB'ye en sık eşlik eden hastalıklar .....	14
Tablo 4.1.	SAB ve kontrol grupları arasında sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması .....	29
Tablo 4.2.	SAB ve kontrol grupları arasında klinik özelliklerin karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.3.	Varyans analizine göre grup, cinsiyet ve HDDÖ puanlarının ÇBÖÖ alt ölçekleri üzerine etkisi .....	33
Tablo 4.4.	Öfkeyle ilişkili özellikleri üzerine grup ve cinsiyet faktörleri HDDÖ toplam puanları ile kontrol edilerek bağımsız etkilerinin ve cinsiyet ve grup etkileşiminin etkisinin çok değişkenli kovaryant analizi (MANCOVA) modelinde incelenmesi.....	35
Tablo 4.5.	Gruplar arasında SF 36'nın alt ölçeklerinin puanlarının çoklu varyasyon analizi (MANOVA) modelinde incelenmesi .....	37
Tablo 4.6.	SAB grubunda (n=34) HDDÖ toplam puanlarının ÇBÖÖ alt ölçek puanlarıyla korelasyon analizi (Pearson korelasyonu).....	38
Tablo 4.7.	SAB grubunda (n=34) depresyonla ilişkili ÇBÖÖ alt ölçekleriyle LSKÖ alt ölçeklerinin HDDÖ puanları kontrol edilerek parsiyel korelasyon analizi.....	39
Tablo 4.8.	SAB grubunda (n=34) ÇBÖÖ alt ölçekleriyle LSKÖ alt ölçeklerinin korelasyon analizi (Pearson korelasyonu).....	39
Tablo 4.9.	SAB grubunda (n=34) LSKÖ alt ölçekleriyle SF 36 alt ölçeklerinin HDDÖ puanları kontrol edilerek parsiyel korelasyon analizi .....	40
Tablo 4.10.	SAB grubunda (n=34) ÇBÖÖ alt ölçekleriyle SF 36 alt ölçeklerinin HDDÖ puanları kontrol edilerek parsiyel korelasyon analizi .....	41



# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB), bireyin sosyal ortamlarda, başkalarının eleştirileceği, onların yanında rezil olacağı ya da utanç duyacağı durumlara düşeceği endişesiyle sosyal ortamlara girmekten çekinmesi ve insanlar arası iletişim kurma konusunda korku duymasıyla belirli bir anksiyete bozukluğudur. Toplum kaynaklı çalışmalarda, SAB'nin yaşam boyu görülme sıklığının %7 - %13 dolaylarında olduğunu ve en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biri olduğu saptanmıştır (Magee ve ark. 1996; Kessler ve ark., 2005). Özellikle yaygın tip SAB'nin gençlik ve erken erişkinlik yaşlarında başlaması nedeniyle kişiler sosyal ve mesleki yaşamlarında, toplumsal destek sistemlerinin gelişmemesi, okuldan atılma, işsiz kalma, iş görüşmesi yapamama gibi sorunlar yaşayabilirler (Dilbaz, 2006).

Başka herhangi bir psikiyatrik hastalığın eşlik etmediği durumlarda bile SAB, ekonomik sorunlar, intihar düşüncelerinde artış, iş ve okul performansında azalma, sosyal destek sistemlerinde bozulma, fazla ilaç kullanımı ve sık doktora başvurmayla ilişkili bulunmuştur (Schneier ve ark., 1992; Davidson ve ark., 1993). Gündelik hayattaki sosyal ve ekonomik kayıplarına rağmen, SAB olan hastaların, diğer anksiyete bozukluğu olan hastalara kıyasla daha nadir yardım arama davranışı gösterdikleri bulunmuştur (Davidson ve ark., 1993). Klinik gözlemlerde de hastaların doktora genellikle SAB belirtileri nedeniyle değil, eşlik eden hastalıkların belirtileri nedeniyle başvurdukları gözlenmektedir. Simon ve arkadaşlarının (2002) SAB'de yeti yitimini araştırdıkları çalışmalarında; SAB olan hastaların sosyal işlevsellikleri ve yaşam kalitelerinin sağlıklı kişilere göre düşük olduğu saptanmıştır.

Alan çalışmalarında, SAB olanların sadece üçte birinde tek başına SAB bulunduğu, geri kalan kısmında eşlik eden başka bir psikiyatrik hastalığın bulunduğu tespit edilmiştir (Schneier ve ark., 1992). SAB'ye eşlik eden başlıca hastalıklar; diğer anksiyete bozuklukları, depresyon ve alkol kötüye kullanımıdır. Eşlik eden başka bir bozukluğun varlığında yeti yitimi daha da artmaktadır. (Wittchen ve ark., 1999). SAB'de erken tanı konmazsa komplikasyon ya da komorbidite olasılığı artar ve bu

nedenle doktorun tanı konusunda duyarlı olması gerektiği vurgulanır. (Hirshfeld-Becker ve ark., 2008).

Araştırmalar sıklıkla anksiyete bozukluğu olan kişilerin “tehlikeli” olarak algıladıkları durumlara karşı “kaçma ya da saldırma ” tepkisini gösterdiklerini vurgulamaktadır (Barlow, 2002). Çoğu çalışmada “kaçma” yanıtının farklı görünümüleri (örneğin, davranışın ketlenmesi, kaçınma, güvenlik arama davranışı, vb.) incelenmesine rağmen, “saldırma” yanıtı ve bunun bir görünümü olan öfke ve öfkenin dışa vurumu daha az araştırılmıştır. Ayrıca SAB’nin iyi bilinen ve şiddetli vakalarda görülen özellikleri kadar, SAB’ye sıklıkla eşlik eden ancak tanı ölçütleri arasında bulunmayan klinik özelliklerin/belirtilerin tanınması da önemlidir.

SAB’de öfkenin ele alındığı çalışmalarda SAB olan kişilerle sağlıklı kişiler arasında öfkenin dışa vurumu bakımından fark olmamasına karşın; SAB olgularında öfke düzeyinin yüksek olduğu ve öfkeyi içe atma ya da kendine çevirme eğilimi olduğu gösterilmiştir (Dadds ve ark., 1993; Mostovitch ve ark., 2008). Panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu başta olmak üzere diğer anksiyete bozukluklarıyla karşılaştırıldığında, SAB olgularında kendini eleştirme ve suçluluğun daha fazla olduğu bulunmuştur (Dadds ve ark., 1993). Fakat SAB’de öfkeyi inceleyen çalışmaların öfkeyi niteliksel olarak yeteri kadar ayrıntılı ele almadıkları ve öfke düzeyinin yeti yitimiyle ilişkisinin araştırılmadığı dikkati çekmektedir. Öfkenin kişi tarafından algılanma şekli, dışa vurulma derecesi ve öfkenin yönelme niteliğinin ayrıntılı olarak çalışılması SAB’nin anlaşılmasına katkı sağlayabilir.

Bu tez çalışmasında, SAB olan kişilerde öfke yaşantısının niteliğinin ayrıntılı olarak değerlendirilmesi, şiddetinin ölçülmesi ve bu özelliklerin SAB belirti şiddetiyle ve SAB’de yeti yitiminin derecesiyle ilişkisinin incelenmesi hedeflenmiştir. Bu amaçla aşağıdaki hipotezler test edilmiştir:

- 1- SAB tanısı olan hastaların kendi bildirdikleri öfkenin şiddeti, başka anksiyete bozukluklarındakinden daha yüksektir.

- 2- SAB hastalarındaki öfke belirtilerinin niteliği, başka anksiyete bozuklukları olan hastalardan farklılık gösterir (öfke belirtileri, öfkeye yol açan durumlar, öfkeyle ilişkili düşünceler, öfkeyle ilişkili davranışlar ve kişiler arası öfke tepkileri gibi).
- 3- SAB'de öfke düzeyinin derecesi ile SAB'nin şiddeti ve/veya yeti yitimi arasında bir ilişki vardır

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Tanımı ve Sınıflandırılması

Pek çok insan değişik nesne ve durumlardan değişen derecelerde korkar ama epidemiyolojik çalışmalara göre toplumun %5-10'unda bu korkular "fobi" tanısı alabilecek kadar şiddetlidir. SAB başkalarınınca eleştirileceği, onların yanında rezil olacağı ya da utanç duyacağı durumlara düşeceği endişesiyle sosyal ortamlara girmekten çekinme, kişiler arası iletişim kurma konusunda korku duyma ile belirli bir bozukluktur. Pek çoğumuz için bazı sosyal durumlarda stres duyguları yaşamak tanıdık bir durumdur. Fakat SAB olanlar bir topluluk önünde konuşmaları gerektiğinde çok daha şiddetli bir anksiyete yaşarlar. Bu anksiyeteye çoğunlukla somatik belirtiler de eşlik eder; ellerin terlemesi, yüz kızarması v.b. Başkalarının kendileriyle ilgili olarak anksiyeteli, zayıf, kaçık ya da aptal gibi yargılarda bulunacağını düşünürler. Ellerinin ya da seslerinin titrediğinin farkına varacaklarıyla ilgili kaygılarından ötürü toplum önünde konuşmaktan korkabilirler. Ayrıca düzgün bir biçimde konuşamıyor gibi görünmekten korktukları için başkalarıyla karşılıklı konuşurken de anksiyete duyabilirler. Kişiler başkalarıyla etkileşimde bulunmalarını gerektiren ya da bir eylemi başkalarının yanında yerine getirmeleri gereken durumlardan korkarlar ve bunlardan olabildiğince kaçınmaya çalışırlar. Sonuçta bu kaçınma davranışları yüzünden sosyal ve mesleki işlevsellikleri bozulur (Dilbaz ve Güz, 2006).

Marks'ın 1969'da belirttiği gibi, sosyal anksiyeteli kişiler ilk kez Hipokrat tarafından şu şekilde betimlenmiştir; "Utangaç, kuşku duyuyor ve ürkek, bu yüzden insan içine çıkmıyor, şapkası şu anda bile gözlerinin üzerinde, ne kimseyi görebilir ne de kimse tarafından görülebilir. Topluluk içine çıkmaya cesaret edemiyor, istimara uğramaktan, küçük düşmekten, konuşurken çok hızlı el kol hareketleri yapmaktan ya da hastalanmaktan korkuyor, herkesin kendisini izlediğini düşünüyor."

SAB, ilk kez Janet (1903) tarafından 1900'lü yılların başında performans dayalı anksiyetesi olan bireyleri tanımlamak için kullanılmış olmasına karşın, ilk iki DSM sınıflandırmasında bu tanıya yer verilmemiştir. 1966 yılında da Marks ve Gelder (1966), agorafobi, sosyal fobi, hayvan fobisi ve özgül fobiler olarak fobileri dörde ayrılmış ve sosyal fobi ayrı bir antite olarak DSM sistemine girmiştir. Amerikan Psikiyatri Birliği, sosyal fobiyi, ilk kez özgül fobinin bir türü şeklinde tanımlamıştır (American Psychiatric Association, 1980). DSM-III'te 'hem sosyal fobi hem de basit fobinin genellikle sınırlı bir uyararla ortaya çıktığı ve eğer birden fazla korkulan durum varsa çoklu tanı konulmasının gerekli olduğu' belirtilmiştir. DSM-III'te 'genellikle bir bireyin sadece bir sosyal fobi sergilediği.' belirtilmesine karşın SAB bulunan birçok birey birden çok sosyal durumdan korkar. Ayrıca, birey çekingen kişilik bozukluğu (ÇKB) tanı ölçütlerini karşılıyorsa, sosyal fobi tanısı dışlanır. DSM-III-R'de tanı ölçütlerinde önemli değişiklikler yapılmıştır (American Psychiatric Association, 1987). Eğer kişi, "çoğu ya da bütün" sosyal durumlardan korkuyorsa, "yaygın tip" sosyal fobi tanısı alır. Dahası artık ÇKB ölçütleri karşılanıyorsa sosyal fobi tanısı dışlanmaz. Çalışmalar sürekli olarak yaygın tip sosyal fobiyle ÇKB'nin yüksek oranda birlikte bulunduğunu göstermiştir (Schneier ve ark., 1991). ÇKB tanı ölçütlerinden yedi maddenin altısı sosyal ilişkileri temel aldığından bu bulgu şaşırtıcı değildir. DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) tanı sisteminde ise sosyal fobide anksiyete belirtilerinin önemi vurgulanmış ve bozukluğun adı sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) olarak değiştirilmiştir. Ayrıca bu tanının çocuklarda da konulabilmesi için yeni maddeler eklenmiştir. ICD-10 (World Health Organization, 1992) ile DSM-IV tanı ölçütleri önemli ölçüde birbiriyle örtüşmekle birlikte ICD-10 tanı sistemi anksiyete belirtilerine ağırlık verirken, DSM-IV bilişsel belirtileri ön plana almaktadır. SAB'nin DSM-IV'e göre tanı ölçütleri Tablo 2.1'de, ICD-10'a göre tanı ölçütleri Tablo 2.2'de verilmiştir.

**Tablo 2.1:** Sosyal anksiyete bozukluğunun DSM-IV'e göre tanı ölçütleri:

**A.** Sosyal ortamlarda ya da performans gerektiren durumlarda veya tanımadık insanların önünde ortaya çıkan belirgin ve inatçı korku. Kişi burada aşağılanmasına veya utanmasına neden olacak biçimde davranacağından ya da anksiyete belirtileri göstereceğinden korkar.

Not: Çocuklarda, tanıdık kişilerle yaşına uygun toplumsal ilişkilere girebilme becerisi olmalı ve anksiyete, yalnızca erişkinlerle olan ilişkilerde değil, akranlarıyla olan ilişkilerinde de ortaya çıkmalıdır

**B.** Korkulan toplumsal durumlarla karşılaşma hemen her zaman anksiyete doğurur. Bu duruma bağlı veya durumsal olarak yatkinlik gösteren bir panik atağı biçimini alabilir.

Not: Çocuklarda anksiyete, ağlama, huysuzluk yapma, donakalma veya tanıdık olamayan 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 durumlarda 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 ilişkileri bozar veya fobi olacağına dair yoğun bir sıkıntı vardır.

**F.** 18 yaşın altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.

**G.** Korku veya kaçınma bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi amaçlı kullanılabilen bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkinlerine veya genel tıbbi bir duruma bağlı değildir ve başka bir mental hastalıkla daha iyi açıklanamaz (örneğin, agorafobi ile birlikte olan veya olmayan panik bozukluğu, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, vücut dismorfik bozukluğu, yaygın bir gelişimsel bozukluk ya da şizotipal kişilik bozukluğu)

**H.** Genel bir tıbbi durum veya başka bir mental bozukluk varsa bile A tanı ölçütünde sözü edilen korku bununla ilişkisizdir. Örneğin, kekemelik, Parkinson hastalığındaki titreme veya anoreksiya nevroza ya da bulimia nervozadaki anormal yeme davranışına ait korku 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 tanısı koymayı da düşününüz.

**Tablo 2.2:** Sosyal anksiyete bozukluğunun ICD-10'a göre tanı ölçütleri:

<p><b>A.</b> Aşağıdakilerden birisi bulunmalıdır:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Dikkat odağı olmayla ilgili ciddi korku ya da utanacağı ya da küçük düşeceği biçimde davranma korkusu</li><li>2. İlgi odağı olmaktan ya da utandırıcı ya da küçük düşürücü şekilde davranma korkusu olan durumlardan kaçınma</li></ol> <p>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.</p> <p><b>B.</b> Hastalığın başlangıcından beri, korkulan durumlarda agorafobi için B ölçütleri altında tanımlandığı gibi, en az iki anksiyete belirtisinin aşağıdaki belirtilerden en az birisiyle beraber görülmesi</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Kızarma ya da titreme</li><li>2. Kusmaktan korkma</li><li>3. İdrara sıkışma ya da idrar ya da dışkı kaçırma korkusu</li></ol> <p><b>C.</b> Belirtiler ya da kaçınma ciddi duygusal sıkıntıya neden olur ve birey bunların aşırı ve mantıksız olduğunu farkındadır.</p> <p><b>D.</b> Belirtiler korkulan durumlarla sınırlı şekilde ya da en yoğun olarak bu durumlarda görülür ya da korkulan durumun ortaya çıkması beklendiğinde belirgin hale gelir.</p> <p><b>E.</b> A ve B ölçütünde yer alan belirtilerin nedeni sanrılarla, varsanıllar ya da organik mental bozukluklar, şizofreni ve şizofreni benzeri bozukluklar, duygudurum bozuklukları, saplantı-zorlantı bozukluğu olmamalı ve bu belirtiler kültürel inançlara ikincil olmamalıdır.</p>
--

SAB'ye sıklıkla eşlik eden özellikler arasında eleştirilmeye, olumsuz biçimde değerlendirilmeye ya da reddedilmeye karşı aşırı duyarlılık, haklarını savunmada güçlük çekme ve benlik saygısında düşüklük ya da aşağılık duyguları yer almaktadır. Toplumsal destek sistemlerinin zayıflığı nedeniyle okuldan atılma, işsiz kalma, iş görüşmesi yapamama gibi sorunlar yaşayabilirler (Dilbaz ve Güz, 2006). SAB olan hastaların korkulan durumla karşılaşmaları halinde panik atağı benzeri anksiyete atakları olabilir. Ancak panik bozukluğunda daha çok çarpıntı, göğüste ağrı ya da

sıkışma hissi görülmesine rağmen SAB’de terleme yüz kızarması ve ağız kuruluğu görülür. Güz ve Dilbaz (2003), panik bozukluğu ve SAB tanısı almış hastaları karşılaştırdıkları çalışmalarında, yüz kızarması, titreme gibi dışarıdan belli olabilecek belirtilerin, SAB hastalarında daha sık ortaya çıktığını belirtmişlerdir. SAB hastalarında sık görülen fiziksel belirtiler; çarpıntı (%79), titreme (%74), kaslarda gerginlik (%64), karında huzursuzluk hissi (%63), ağız kuruluğu (%61), ateş basması - ürperme hissi (%57), başta basınç - baş ağrısı (%46) olarak bildirilmektedir (Amies ve ark., 1983).

## **2.2. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Alt-tipleri**

DSM-IV’e göre, “kişinin korkularının çoğunun sosyal durumlara bağlı olması” koşulunda yaygın tip düşünülmelidir. Fakat DSM yaygın tipi oluşturan sosyal durumların türü ve sayısı hakkında açık bir tanımlamada bulunmaz. Bu nedenle çeşitli çalışma grupları, yaygın tip ve rezidüel tip sosyal fobi için kullanışlı bir tanım oluşturmaya çalışmışlardır. Örneğin; Turner (1992) ve Stemberg (1995), konuşmayı başlatma veya sürdürme korkusu veya toplantılara katılma korkusunun yaygın tipe özgü belirtiler olduğunu öne sürer. Ayrıca eğer birey sadece; konuşma yapma, toplantıda konuşma, toplum içinde yemek yeme ya da yazma ve/veya topluma açık tuvaletleri kullanma gibi performans odaklı durumlardan korkuyorsa “özümlü” bir alt-tip olabileceğini savunmuşlardır. Alternatif olarak Heimberg ve arkadaşları (1993), sosyal fobinin alt-tipleri olarak; “yaygın”, “yaygın olmayan” ve “sınırlanmış” alt-tipi önermişlerdir. Tanımlamalarına göre; yaygın olan sosyal fobisi olan bireyler, en az bir sosyal alanda belirgin bir kaygı yaşayan kişilerdir. Sınırlanmış sosyal fobisi bulunan kişiler ise sadece bir ya da iki ayrı durumda kaygı yaşarlar. Sınırlanmış sosyal fobisi olan kişiler oldukça küçük bir oranda olduğundan, diğer araştırmacıların çoğu tarafından ya hiç ele alınmamış (Herbert ve ark., 1992) ya da yaygın olmayan alt-tipin içinde değerlendirilmiştir (Brown ve ark., 1995). Sınırlanmış tip sosyal fobiyi inceleyen araştırmaların çoğunda (Heimberg ve ark. 1990; McNeil ve ark., 1995) topluluk içinde konuşma, en yaygın korkulan sosyal durum olarak tarif edilmektedir.



### **2.2.1. Bir Alt Tip Belirteci Olarak ‘Korkulan Sosyal Durumlar’**

Korkulan sosyal durumların tipi ve sayısını değerlendirmeyi amaçlayan çalışmalar, sosyal anksiyete anketleri ve kendini değerlendirme ölçeklerini temel almışlardır. Örneğin Holt ve arkadaşları (1992), 24 maddeli Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ) kullanarak yaptıkları araştırmada resmi konuşma/etkileşim, resmi olmayan konuşma/etkileşim, kendine güvenli etkileşim ve başkaları tarafında gözlenme gibi dört farklı durum belirlemiştir. Bunun yanı sıra Slavkin ve arkadaşları (1990) SAB belirtilerinin faktör analizinde yabancılarla ilişki, resmi performans ya da ilgi odağı olma, izlenirken yemek yeme ya da içme ve resmi olmayan ortamlarda ya da davetlerdeki davranışlar olarak dört farklı faktör belirtmişlerdir. Buna karşın Safren ve arkadaşları (1999) ise benzer bir çalışmada; sosyal ilişki, toplumda konuşma, başkaları tarafından gözlenme ve topluluk içinde yemek yeme ve içme şeklinde bir diğer dört faktörlü yapı önermişlerdir.

Levin ve arkadaşları (2001), SAB’si olan hastalara MMPI-2 uygulamışlar ve yanıtlara göre hastaların üç farklı grupta kümelendiğini saptamışlardır. İlk kümenin MMPI ölçeğinde özgül bir yükselme göstermediğini, ikinci kümenin depresyon ve psikasteni skalalarında yükselme gösterdiğini ve üçüncü kümenin ise ikinci kümenin özelliklerine ek olarak şizofreni skalasında yükseklik gösterdiğini tespit etmişlerdir. Araştırmacılar ilk kümenin sosyal fobinin “sınırlanmış” alt-tipine, üçüncü kümenin ise “yaygın” alt-tipine karşılık gelebileceğini öne sürmüştür.

### **2.2.2. Tanısal Alt tipler Arasındaki Farklar**

Çalışmalar, hem yaygın tip sosyal fobinin hem de ÇKB’nin yüksek düzeyde sosyal anksiyeteye, genel psikososyal yetersizlikle, genel psikopatolojideki yükseklikle, anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğunu belirtmektedirler (Brown ve ark., 1995; Boone ve ark., 1999). Bu bakımdan araştırmacılar, alt-tiplerin, özgül (yaygın olmayan) sosyal fobiden, ÇKB ile birlikte yaygın tip sosyal fobiye kadar uzanan bir yelpaze olarak ele alınmasını önermişlerdir (Hofmann, 2000; McNeil, 2001).

Çalışmalar tüm sosyal fobi hastalarının yaklaşık %50'sinin yaygın tip, %50'sinin özgül tip olduğunu belirtmektedirler (Mannuzza ve ark., 1995; Stein ve ark., 1996). Demografik veriler bakımından yaygın tip olgularının üçte ikisi, yaygın olmayan tip olgularının ise üçte birinin bekar olduğu (Mannuzza ve ark., 1995) ve yaygın tip sosyal fobisi olanların daha genç ve daha düşük sosyoekonomik düzeyde oldukları (Brown ve ark., 1995) belirtilmiştir. Yaygın tip sosyal fobi hastalarında yaygın olmayan tipe göre hastalığın daha erken yaşta başladığı belirtilmektedir (ortalama başlangıç yaşı; yaygın tipte ortalama 10.9, yaygın olmayan tipte ortalama 16.9) (Mannuzza ve ark., 1995). Etiyolojik değişkenler bakımından ele alındığında yaygın tip sosyal fobinin çocukluk çağı utangaçlık öyküsü ile daha sık ilişkili olduğu (Stemberger ve ark., 1995), özgül tip sosyal fobide ise daha sıklıkla geçmişte travmatik bir yaşantının olduğu saptanmıştır. Tedavi sonucu elde edilen veriler yaygın olmayan tip sosyal fobinin bilişsel tedavilere yanıtının, yaygın tipten daha iyi olduğunu göstermiştir (Stemberger ve ark., 1995).

### **2.3. Sosyal Anksiyete Bozukluğunda Demografik Özellikler**

SAB genellikle, alt tipine de bağlı olarak erken ve geç ergenlik dönemleri arasında başlar (10-17 yaş) (Schneier ve ark., 1992; Davidson ve ark., 1993). Epidemiyolojik çalışmalara göre, sağlıklı bireylere kıyasla SAB olan bireyler, sıklıkla kadın cinsiyetinde ve bekar olup düşük sosyoekonomik düzey ve düşük eğitime sahiptir (Schneier ve ark., 1992). Epidemiyolojik Alan Çalışması'nda (Epidemiological Catchment Area) (Schneier ve ark., 1992) ve Ulusal Eşitlik Çalışması'nda (National Comorbidity Survey) (Magee ve ark., 1996) kadın erkek oranı 3/2 olarak belirtilmiştir. Klinik çalışmalar gözden geçirildiğinde ise tedavi için başvuran kadın ve erkek sayısının eşit olduğu gözlenmektedir (Heimberg ve ark., 1995). Bu bulgular kadınların tedavi için daha az başvurduklarına işaret ediyor olabilir. Örneğin 'sosyal ataklık' konusundaki beklentilerin cinsiyet farklılığı gösterdiği, kadınların daha pasif ve utangaç olmalarının daha çok kabul gördüğü ve bu beklentilerin tedavi arama davranışını etkileyebileceği sonucuna varan yazarlar olmuştur (Dilbaz ve Güz, 2006).

## **2.4. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Risk Etmenleri**

Birçok çalışmada SAB etiyojisinde ailesel etmenler üzerinde durulmuştur. Genetik çalışmalarda sosyal anksiyete için özgül bir kalıtsallık saptanmamasına karşın, tek başına anksiyetenin kalıtımsal bir yönü olduğu gösterilmiştir. Çocuğun sosyal ortamlara girmesinin yöreklendirilmediği ailelerde SAB'nin daha sık görülebileceği öne sürülür (Hudson ve Rapee, 2001). Yanı sıra çocukluk döneminde davranışların daha çok ketlendiği kişilerde, gelecekte SAB gelişme riskinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Beidel ve Turner 1997). Kalıtımsal olarak aktarılan şeyin SAB'den çok "davranışsal ketlenme" olduğunu öne süren çalışmalar vardır (Kagan ve ark., 1988). Kötü maddi durum, düşük sosyoekonomik düzey, hiç evlenmemiş olma, işsizlik ve düşük eğitim düzeyi gibi etmenler hastaların sosyalleşmesine daha da engel olmaktadır (Wittchen ve Fehm, 2001).

## **2.5. Sosyal Anksiyete Bozukluğunda Yeti Yitimi ve Yaşam Kalitesi**

SAB bulunan hastalarda komorbid bir hastalık olmasa da belirgin zorlanma, intihar düşüncesinde artış, maddi sorunlar, iş ve okul performansında azalma, sosyal destek sistemlerinde bozulma olduğu, bu hastaların daha fazla ilaç tükettiği ve daha sık doktora başvurdukları gösterilmiştir (Schneier ve ark., 1992; Davidson ve ark., 1993). İntihar düşüncelerinde artış bildirilmesine rağmen genellikle intihar girişimi olan olgularda komorbid bir başka bozukluk vardır. SAB olan hastalarda sağlıklı kontrollere göre ruh sağlığı, genel sağlık, toplumsal rolleri yerine getirememe ve sosyal işlevsellikte bozulmanın bir sonucu olarak yaşam kalitesi daha düşük bulunmaktadır (Schneier ve ark., 1994; Wittchen ve Fehm 2001). Komorbid psikiyatrik hastalığın bulunduğu SAB hastalarında, bulunmayanlara göre daha fazla yeti yitimi olduğu saptanmıştır (Wittchen ve ark., 1999). Lecrubier ve Weiller'in (1997) çalışmalarında SAB tanı ölçütlerini karşılayan hastaların yaklaşık yarısından fazlasında günlük rutin işleri yapabilme performansında orta ve şiddetli düzeyde kayıp olduğu saptanmıştır.

SAB hastalarının yüksek yeti yitimine rağmen diğer anksiyete bozukluğuna sahip hastalardan daha nadir yardım arama davranışı sergiledikleri belirtilmektedir. Duke Epidemiyolojik Alan Çalışması'nda kişilerin %32.6'sının fizyolojik belirtileri nedeniyle, %3'ünün ise SAB belirtileri nedeniyle doktora başvurdukları belirtilmektedir (Davidson ve ark., 1993). Yazarlar aynı çalışmada, hastalığın 11 yaşından sonra başlamış olmasının, psikiyatrik bir komorbid hastalığın bulunmamasının ve eğitim düzeyinin yüksek olmasının iyi gidiş göstergeleri olduğunu söylemiştir. Ulusal Eştanı Çalışması'nda ise, SAB olan hastaların %19'unun, agorafobisi olanların ise %41'inin profesyonel yardım için başvurduğu, SAB'de hastaların yalnızca %6.2'sinin tıbbi tedavi altında olduğu gösterilmiştir (Magee ve ark., 1996).

## **2.6. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Epidemiyolojisi**

ABD'de yapılmış olan epidemiyolojik ve topluma dayalı çalışmalarda, SAB'nin yaşam boyu görülme sıklığının %2.4-13 arasında olduğu belirtilmektedir. Bu verilere göre majör depresif bozukluk ve alkol bağımlılığından sonra SAB en sık görülen üçüncü sıradaki psikiyatrik bozukluktur (Dilbaz, 1997). Epidemiyolojik Alan Çalışması'nda, ABD'de tanısız görüşme soru formu kullanılmış ve 18 bin erişkin bireyde psikiyatrik hastalıkların hızı ve risk etmenleri araştırılmıştır. Araştırmanın verilerine göre SAB'nin tahmini yaşam boyu yaygınlığı %2.4 olarak bulunmuştur (Schneier ve ark., 1992). Buna karşın Ulusal Eştanı Çalışması'nda, DSM-III-R ölçütleri temel alınarak hazırlanmış özgül bir SAB modülü kullanılarak, SAB'nin bir yıllık yaygınlığı %7.9 yaşam boyu yaygınlığı ise %13.3 olarak saptanmıştır (Magee ve ark., 1996). Yeni SAB tanısı konulan hastaları araştıran Kanada'da yapılmış bir çalışmada yaşam boyu yaygınlık %7.1 (Stein ve ark. 1994), Almanya'da yapılmış bir diğer çalışmada ise %8.7 (Wittchen ve ark., 1999) olarak saptanmıştır. Çalışmalarda kullanılan tanı ölçütlerindeki farklılıklar sonuç verileri arasında oldukça geniş bir aralık oluşmasına yol açmaktadır. Ülkemizde Dilbaz (2002), üniversite öğrencilerinde DSM-III-R tanı ölçütlerine göre SAB varlığını sorgulamış ve SAB tanısının katılımcıların %22'sinde bulunduğunu saptamıştır. Birinci basamak sağlık

hizmetlerine başvuranlar arasında SAB sıklığını araştıran bir çalışmada genel toplum sonuçlarına benzer biçimde SAB'nin yaşam boyu yaygınlığı %9-14 ve nokta yaygınlığı ise %4.9 olarak saptanmıştır (Cavira ve Stein, 2002; Bianco ve ark., 2004). Bu alışmalar, sık görülen bir bozukluk olmasına karşın SAB tanısının birinci basamakta genellikle atlandığına ve hastaların tedavi göremediğine işaret eder.

## **2.7. Sosyal Anksiyete Bozukluğunda Komorbidite**

SAB başka psikiyatrik bozukluklarla beraber grldğunde daha şiddetli seyreder ve tedaviye daha az yanıt verir. Bununla beraber bu durumda intihar girişimi oranları artar (Dilbaz ve Gz, 2006). Hastalığın başlangıç yaşı ne kadar kkse, komorbid bir hastalığın görülme oranı o derecede yüksektir (Wittchen ve ark., 1999). Klinik gözlemlerde genelde hastaların SAB tedavisi için değil, eklene hastalığın iyileşmesi için doktora başvurdukları gözlenmiştir. Komorbid hastalığın kendisi SAB tanısını gizleyebilir. Bu nedenle altta yatan SAB'nin atlanması tedavi başarısını etkilemektedir (Dilbaz ve Gz, 2006). Çoğu olguda SAB belirtileri komorbid hastalıktan önce başlar, bu da SAB'nin ortaya çıkan diğer bozukluğa zemin hazırladığını düşündürmektedir.

SAB ile birlikte görülebilen en sık hastalıklar; diğer anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarıdır (Sanderson ve ark., 1990; Kessler ve ark., 1999). Epidemiyolojik Alan alışması sonuçlarına göre, SAB olgularının %31'inde ek bir bozukluğun olmadığı belirtilmektedir (Schneier ve ark., 1992). Ulusal Eştanı alışması'nda ise, SAB'ye eşlik eden psikiyatrik bir hastalığın bulunma oranı %81 olarak bulunmuştur (Magee ve ark., 1996).

SAB'ye eşlik eden diğer hastalıklar ve bunların görülme oranları Tablo 2.3'te gösterilmiştir (Hazan ve Stein 1995).

**Tablo 2.3:** Epidemiyolojik Alan Çalışması'na göre SAB'ye en sık eşlik eden hastalıklar:

<b>Eşlik eden hastalık</b>	<b>Görülme yüzdesi</b>
Basit fobi	%59
Agorafobi	%44.9
Alkol kötüye kullanımı	%18.8
Majör 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'de en sık görülen eştanıların yaşam boyu yaygınlıkları sırasıyla; böcek ve yükseklik korkusu başta olmak üzere özgül fobiler [%37.6 (Magee ve ark., 1996) - %60.8 (Davidson ve ark., 1993) arasında], agorafobi [%8 (Wittchen ve ark., 1999) - %45 (Davidson ve ark., 1993) arasında], ve panik bozukluğudur [(%4.7 - %26.5 arasında (Degonda ve Angst, 1993)]. SAB hastalarında, YAB'nin %2-27 (Magee ve ark., 1996; Davidson ve ark., 1993), obsesif-kompulsif bozukluğun %2-19 (Schneier ve ark., 1992; Davidson ve ark., 1993), TSSB'nin ise %5-16 (Davidson ve ark., 1993; Magee ve ark., 1996) oranları arasında görüldüğü bildirilmiştir. SAB hastalarının yaklaşık %25'inin yaşam boyu alkol bağımlılığı tanı ölçütlerini karşıladığı belirtilmektedir (Lepine ve Pelissolo, 1998).

SAB'ye eşlik eden bozuklukların nokta yaygınlığı değerlendirildiğinde; majör depresyon (%40-%85) ve distimik bozukluğu (%20-%50) benzer oranlarla diğer anksiyete bozuklukları ve alkol ve madde kullanım bozuklukları takip eder.

SAB'nin kişiler arası ilişkilerdeki işlevselliği olumsuz yönde etkileyerek ikincil depresyona neden olması sık görülen bir durumdur. Kessler ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları geriye dönük bir çalışmada her üç SAB hastasının ikisinde, ikincil olarak gelişen depresyon bulunduğu tespit edilmiştir. SAB hastalarında korkulan

sosyal durum sayısı arttıkça depresyon görülme oranının arttığı, üç ya da daha fazla sayıda korkulan sosyal durum varsa, bozukluğun daha çok kronikleştiği gösterilmiştir (Wittchen ve Fehm, 2001). Ulusal Eştanı Çalışması, SAB olmayan bireylere göre SAB olanlarda majör depresyon ve distimi gelişme riskinin 2-3 kat daha fazla olduğunu ortaya koymuştur (Magee ve ark., 1996). Depresyonun eşlik ettiği olgularda, hastalık şiddeti, sosyal yetersizlik ve intihar oranlarının, yükseldiği gösterilmiştir (Lecribier ve Weiller, 1997).

Panik bozukluğu ile SAB belirtileri bazen birbiriyle örtüşmekte ve ayırıcı tanıda zorluklarla karşılaşılmaktadır. Stein ve arkadaşları (1994), panik bozukluğu olan hastaların %46'sında SAB görüldüğünü, Van Ameringen ve arkadaşları (1991) ise, SAB olgularının %49.1'inde panik bozukluğu bulunduğunu göstermişlerdir. Hem agorafobili hem de agorafobisiz panik bozukluğa ikincil gelişen SAB olgularına sık rastlanmaktadır. Panik ataklarının başkaları tarafından görülebileceği durumlardan korkma ve kaçınma davranışının ikincil SAB'ye neden olabileceği öne sürülmüştür (Dilbaz ve Güz, 2006).

SAB'de alkol bağımlılığı oranı özellikle erkeklerde sıktır. Van Ameringen ve arkadaşlarının (1991) çalışmasında, SAB olanlarda yaşam boyu madde kötüye kullanımının yaygınlığı %16, alkol kötüye kullanımının yaygınlığı ise %28 olarak belirlenmiştir. Alkol kötüye kullanımının SAB belirtilerini bir dereceye kadar yatıştırıyor olması SAB hastalarında alkol bağımlılığı sendromu gelişmesine neden olabilir. Saha çalışmalarında; SAB olan hastaların %13'ünde ilaç kötüye kullanımı olduğu görülmüştür, hastaneye başvuran olgular üzerinde yapılan çalışmalarda bu bulgu tekrar edilmemiştir (Heckelman ve Schneier 1995).

İlk basamak sağlık hizmetine başvuran hastalar SAB olan ve olmayan olarak iki gruba ayrılırsa, SAB olgularında depresyon ve agorafobi kontrol grubuna göre daha sık görülür (depresyon; vaka ve kontrol gruplarında, sırasıyla; %48.8 - %11.9, agorafobi; vaka ve kontrol gruplarında, sırasıyla; %14.7-%1.6) YAB'nin görülme sıklığı ise SAB ile ilişkili bulunmamıştır (Akdemir ve Cinemre, 1996).

## 2.8. Öfkenin Tanımı

Öfkenin yaşamın ilk yıllarında gelişen ve sonradan edinilmeyen temel duygulardan birisi olduğu öne sürülür (Lewis ve ark., 1990). Biagio (1989)'ya göre öfke, gerçek ya da sanal bir engellenme, tehdit ya da haksızlık karşısında oluşan ve kişiyi rahatsız edici uyarıcıları berteraf etmeye yönelten, güçlü ve bilinçli bir duygu olarak tanımlanırken, Törestad (1990) öfkenin planlanarak ortaya çıkan bir durum olmadığını, çoğunlukla, engellenme, haksızlığa uğrama, eleştirilme, küçümsenme gibi durumlarda oluştuğunu belirtmiştir. Spielberg ve arkadaşları (1991) öfkeyi, basit bir "sinirlilik" veya "kızgınlık" halinden, yoğun 'hiddet' durumuna kadar değişen bir yelpaze içinde ele almışlar, Kassinove ise öfkeyi belirli bilişsel, algısal çarpıtmalarla bağlantılı, içsel bir duygu durumu olarak tanımlamıştır (Kassinove ve Sukhodolsky 1995). Novaco (1999), öfkeyi, bilişsel-davranışsal model çerçevesinde açıklamıştır. Buna göre öfke, düşmanlık ya da zıtlasma (antagonizma) içerikli bilişlerin eşlik ettiği, yoğun bir fizyolojik uyarılma durumudur. Öfke kimi zaman kısa süreli, hafif ya da orta şiddettedir ve hatta bazen kişiye faydalı bir uyarılmışlık durumu sağlayabilen bir duygudur. Kimi zaman ise, çok şiddetli, yoğun, sürekli ve tahrip edici olabilir. Bu duygunun açık bir şekilde, doğrudan ifade edilmesinin yıkıcı bir özelliği olduğu düşünüldüğünden, öfkenin doğrudan dışa vurumu pek çok kültürde tasvip edilmez. Bu şekilde ifade edilen öfke duygusunun, kişiyi, sözel ve fiziksel saldırılara açık hale getirebildiği, aile içinde ve kişiler arası diğer ilişkilerde çatışmalara neden olabileceği düşünülür (Scherger, 1979). Bu durum kişinin benlik saygısının, önemli ölçüde düşmesiyle sonuçlanabilir (Deffenbacher, 1992). Öfkenin bastırılmasının ise, yüksek tansiyon, koroner arter hastalığı ve kanser gibi pek çok fiziksel hastalıkla ilişkili olduğu öne sürülmüştür (Sharkin, 1993; Bitti ve ark., 1995). Bazı çalışmalarda ise, öfkenin belirgin fizyolojik sonuçları olacağına değinilmiştir (Martin ve Watson, 1997). Öfke çeşitli biçimlerde dışa vurulur. Bunlardan birisi saldırganlıktır. Saldırganlık iki biçimde ortaya çıkabilir; fiziksel saldırganlık motor davranışlarla ilişkili, hedefe yönelmiş bir davranıştır ve amaç karşındaki kişiye ya da nesneye zarar vermektir (Berkowitz, 1990). Saldırganlık bazen yalnızca sözel olarak ortaya çıkar ve bu durumda daha az hedefe yönelir (Kassinove ve Sukhodolsky, 1995). Hostilite ise bazen saldırganlıkla sonuçlansa da genellikle öfkeyle ilintili duygu ve tutumları betimler (Spielberger ve ark., 1995). Öfkeye eşlik eden fizyolojik



belirtiler; kas gerginliğinde artma, kaş çatma, diş gıcırdatma, yumruklarını sıkma, yüzde kızarma, titreme (özellikle el ve ayakta), uyuşma, dispne (nefes almakta zorluk), vücudun çeşitli bölgelerinde kas fasikülasyonları, terleme, kontrol kaybı, sıcaklık hissi, burundan soluma, dudakları ısırma, baş ağrısı ve hareketlerin hızlanması gibi tepkilerdir (Tavris, 1989).

Öfke duygusu tüm bu özelliklerinden dolayı pek çok psikoterapi seansının başlıca konusu olsa da, öfkenin üzerinde en az araştırma yapılan duygulardan biri olduğu dikkat çeker (Deffenbacher, 1992).

Araştırmalar öfke duygusunun cinsiyete göre değiştiğine işaret etmektedir. Averill (1983) öfkelenme sıklığı, şiddeti ve öfkeye neden olan durumlar bakımından kadınlar ve erkeklerin benzeştiğini göstermiştir. Yine de arada farklılıklar olduğunu öne süren yazarlar da vardır. Örneğin erkeklerin kadınlara kıyasla öfke duygularını daha doğrudan ifade ettikleri gösterilmiştir (Sharkin, 1993). Öfke tepkilerinin yaş ilerledikçe azaldığını tespit eden araştırmalar da vardır (Siegel, 1986; Stoner ve Spencer, 1987).

Öfkelenildiği zaman, kaygı ve korku düzeyi artmakta, bazen de suçluluk ve üzüntü öfkeye eşlik etmektedir (Wickless ve Kirsch, 1988; Jakops ve ark., 1997). Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada utanç duygusu ile, incinme ve olumsuz yaşam olayları nedeniyle öfke duygusunun uyanması ile başkalarını suçlama eğilimi arasında ilişki olduğu bulunmuştur (Tangney ve ark., 1996).

### **2.8.1. Öfke ve Psikiyatrik Hastalıkların İlişkisi**

Biaggio ve Goodwin (1987) depresyon ile bastırılmış öfke arasındaki ilişki üzerinde durmuşlardır. Benzer şekilde Bridewell ve Chang (1997) da, içselleştirilmiş öfkenin, depresyonu yordamada önemli bir rolü olduğunu öne sürmektedir.

Depresyon ve TSSB tanısı alan kişilerle yapılan bir araştırma sonucunda depresyon grubunun, öfkeyi, hem sağlıklı gruba, hem de TSSB grubuna göre daha çok bastırıldığı saptanmış (Riley ve ark., 1989), farklı bir araştırmada da, öfkeyi en

fazla TSSB grubunun ifade ettiği gözlenmiştir (Robbins ve Tanck, 1997). Öfkenin fazla kontrol edilmesinin depresyonla ilgili olduğu şeklindeki görüşü destekleyen bir diğer çalışma da Türkçapar ve arkadaşları (2004) tarafından ülkemizde yapılmıştır. Diğer bir yandan öfkenin açıkça ifade edilmesinin de, depresyonla ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Tavris, 1989). Ülkemizde, Sayar ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan bir çalışmada, öfke nöbeti yaşayan hastaların yaşamayanlara göre anlamlı ölçüde daha fazla depresyon ve kaygı gösterdikleri bulunmuştur. Öfke, intihar davranışı için de önemli bir risk faktörüdür (Horesh ve ark., 1997).

Öfke ile kaygı bozuklukları arasında da bir ilişki bulunmaktadır. Fava ve arkadaşları (1990) öfke atakları olan pek çok hastanın kaygı düzeyinin de yüksek olduğunu vurgulamaktadır. Benzer şekilde, Hazaleus ve Deffenbacher (1986), kaygının öfkenin sonuçlarından birisi olduğunu belirtmiş ve öfke düzeyi azaldıkça kaygı belirtilerinin de azaldığını göstermişlerdir.

Öfkenin bastırılmasının somatizasyon gelişiminde çok önemli bir etmen olduğu düşünülür. İfade etme şekline göre; depresyona ikincil gelişen somatizasyonun öfkenin dışavurumuyla, anksiyete bozukluklarına ikincil gelişen somatizasyonun ise öfkenin bastırılmasıyla ilişkili olabileceği düşünülür (Koh, 2003). Sayar ve arkadaşları (2004) kronik ağrı hastalarında sağlıklı kontrollere göre, bastırılmış öfke ve/veya düşmanlık puanlarının daha yüksek olduğunu bulmuş ve kronik ağrıdan muzdarip hastaların öfke yaşadıklarını ama bir inkar mekanizmasıyla buna gerekenden daha az önem verdiklerini öne sürmüşlerdir. Araştırmacılar öfke ve ağrının ilişkisini ele alırken; 4 ayrı yapıya odaklanmaktadır; öfke, düşmanlık, saldırganlık ve kişinin öfkesini ele alış tarzı (Smith, 1994). Kronik ağrı hastalarında öfkeyi ele alış tarzının, hastalığın gelişmesi ve devam etmesinde etken olabileceğine, öfkeyle başetme yolunun ve ifade etme biçiminin önemine değinilmiştir. Yoğun öfkenin bastırılması kronik ağrının gelişmesine neden olmakta ve bu grupta içe dönük öfke puanları sağlıklı kontrollere göre yüksek bulunmaktadır (Sayar ve ark., 2001).

Öfkenin kadınlarda aşırı yeme davranışını etkilediği öne sürülmüştür (Valentis ve Devane, 1994). Adolesanlarda anoreksik ve bulimik tutumların,

ebeveynlerine karşı olan öfkenin bir ifadesi olduğu belirtilmiş (Valentis ve Devane, 1994) ve kadınlar arasında aşırı yemenin, gücü kontrol etme ve tekrar ele geçirme arzusundan kaynaklandığı öne sürülmüştür (Buss, 1989). Öfkenin ifade ediliş biçiminin ve çeşitli psikolojik sorunlarla ilişkisinin kültürlerle göre de değiştiğini gösteren pek çok bulgu vardır (Tavris, 1989; Russell, 1991). Ayrıca kolektivist doğu toplumları ile non-kollektivist batı toplumları arasında da öfkeye neden olan durumlar ve öfkenin ifade ediliş biçimi bakımından önemli farklılıklar olduğu gösterilmiştir (Tanaka-Matsumi 1995).

### **2.8.2. Öfke ve Sosyal Anksiyete Bozukluğunun İlişkisi**

Hofmann ve arkadaşları (2004) SAB'nin farklı boyutlarını gözden geçirdikleri derlemelerinde bazı hastaların sosyal ortamlardaki çekimser davranışlarının uysallık ve çekingenlikten ziyade öfkeli ve saldırgan bir tutum olabileceğini vurgulamışlardır. Güncel araştırmalar, sosyal anksiyeteyle öfke arasındaki ilişkiyi açıklamak konusunda yetersiz olsa da, yazında kendilik değerinin zedelenme olasılığı olduğu durumlarda duyarlı kişilerin öfkelerinin artabileceği belirtilmektedir (Edmondson ve Conger, 1996). Novaco (1976), SAB olgularının, kendilik imgesinin daha az anksiyeteli ve daha güvenli algılanması için ve bir nevi 'sosyal kabul' hissini pekiştirmek amacıyla öfke dışavurumunu ketlediklerini öne sürmüştür. Erwin ve arkadaşları (2003), 234 SAB hastasıyla 36 sağlıklı kontrol vakasını karşılaştırdıkları çalışmalarında; SAB olanların daha öfkeli olmalarına rağmen daha az öfke dışı vurumu sergilediklerini tespit etmişlerdir. Aynı çalışmada bilişsel-davranışçı grup psikoterapisine yanıt incelenmiş ve öfkeli grubun tedavi yanıtının daha düşük olduğu bulunmuştur.

Bazı araştırmalarda, öfke duygusu ve dışı vurumu bakımından depresyon, SAB ve diğer anksiyete bozuklukları arasındaki farklar incelenmiştir. Genel olarak depresyonda öfkenin içe atıldığı ve daha az sözelleştirildiği ve anksiyete bozukluklarında öfke düzeyinin yüksek olduğu bilinir (Mostovitch ve ark., 2008). Panik bozukluğu, YAB ve SAB olan hastaların sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı

bir çalışmada ise öfkenin dışa vurumunun gruplar arasında farklı olmadığı ve hasta gruplarında ie dönük öfke puanlarının sağlıklara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Dadds ve ark., 1993). Aynı çalışmada özellikle SAB olan hastalarda kendini eleştirme ve suçluluğun diğer bozukluklara göre yüksek olduğu gözlenmiştir.

## **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **3.1. Örneklem**

Bu tez çalışmasına Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Erişkin Psikiyatrisi Polikliniği'ne başvuran, servislerde yatarak tedavi gören ya da öğretim üyeleri tarafından refere edilen, DSM-IV'e göre SAB tanısı konan, çalışmaya katılmaya sözlü ve yazılı olur veren ve çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan 34 ergen ya da erişkin hasta (15-65 yaş arası) alınmıştır. Kontrol grubuna ise Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Erişkin Psikiyatrisi Polikliniği'ne başvuran ya da öğretim üyeleri tarafından refere edilen, yaş ve cinsiyet bakımından vaka grubuyla eşleştirilmiş, eğitim süresi bakımından denkleştirilmiş ve vaka grubuyla aynı dışlama ölçütlerini karşılayan ve SAB ya da herhangi bir psikotik bozukluk tanısı almayan hastalar dahil edilmiştir.

Her iki gruptan da çalışmaya alınmadan önce sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmiş olur alınmıştır.

Çalışma için AÜTF Etik Kurulu'ndan 23/02/2009 tarihinde onay alınmış, ardından veri toplanmaya başlanmıştır.

### **3.2. Araştırmaya Dahil Olma ve Olmama Ölçütleri**

#### **3.2.1. Araştırmaya Dahil Olma Ölçütleri**

- 15-65 yaş arasında olmak,
- DSM-IV'e göre SAB tanısının olması,
- Çalışmaya katılmaya sözlü ve yazılı olur vermiş olmak,
- Özbildirim ölçeklerinin uygulanabilmesi için en az 5 yıllık eğitimi (ilkokul mezunu) olmak.

### 3.2.2. Araştırmaya Dahil Olmama Ölçütleri

- Deneğin bu çalışmanın uygulamalarına uyum sağlamasına engel olacak düzeyde fiziksel ya da psikiyatrik belirtilerinin olduğuna kanaat getirilmesi,
- Denekte psikotik belirtilerle ya da klinik olarak önemli bilişsel işlev kusuruyla seyreden herhangi bir psikiyatrik bozukluğun ya da hastalığın olması (şizofreni, bipolar bozukluk epizodu, demans gibi),
- Öfke ölçümünü etkileyebilecek herhangi bir psikiyatrik hastalık ya da psikososyal durumun varlığı (şizofreni ve diğer psikotik hastalıklar gibi).

Ayrıca değerlendirme sırasında tedavi öncesi SAB tanısı konmuş olduğu halde değerlendirmede Doyle ve Pollack (2003)'ün tanımlamalarına göre remisyonda olduğu belirlenen hastalar çalışmadan çıkarılmıştır. Değerlendirme sırasında klinisyenin tanı konusunda şüpheye düştüğü durumlarda, yönlendiren doktoruyla görüşülüp tanısı ve test sonuçları hakkında güvenilir bilgi edinilemediğine kanaat getirilen hastalar çalışmadan çıkarılmıştır. Kontrol grubunda da mevcut hastalıklarının iyileştiği kanaati oluşan ve test sonuçlarıyla da bu kanaatin desteklendiği hastalar çalışmadan çıkarılmıştır.

Tanı dışındaki veriler de çalışmanın yürütücüsü ve danışmanı tarafından gözden geçirilmiş, klinik olarak beklenmedik ölçüde düşük derecede bozukluk olduğunu bildiren (örneğin, bütün belirti sorularına “hayır” ya da “0” cevabı veren) hastaların verileri, geçersiz sayılarak çalışma dışında tutulmuştur.

Çalışma için SAB grubuna 39, kontrol grubuna 33 hasta refere edilmiştir. SAB grubu için refere edilen olgulardan biri çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. İki hasta remisyonda olduğundan, 2 hasta ise veriler geçerli sayılmadığından çalışma dışı bırakılmıştır. Kontrol grubunda 1 hasta çalışmaya katılmaya olur vermemiştir. Bu grupta remisyonda olduğundan değerlendirme dışı bırakılan 2 hasta olmuştur.

### 3.3. Veri Toplama Yöntemi

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

1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu
2. DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)
3. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ)
4. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)
5. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ)
6. Çok Boyutlu Öfke Ölçeği (ÇBÖÖ)
7. Kısa Form 36 (SF-36)
8. Klinik Genel İzlenim Ölçeği (KGI)

Çalışmaya katılan hastaların değerlendirilmesine öncelikle sosyodemografik ve klinik bilgilerin sorgulandığı bilgi formu doldurularak başlanmıştır. Daha sonra SAB tanısını doğrulamak/dışlamak ve ek psikiyatrik bozuklukları belirlemek için DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) kullanılmıştır. Hastalardaki sosyal anksiyetenin şiddetini belirlemede Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ) ve genel kaygı şiddetini ölçmede Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) kullanılmıştır. Sosyal anksiyete şiddetini daha güvenilir değerlendirmek amacıyla bir öz bildirim ölçeği olan LSKÖ'nün uygulanması sırasında araştırmacı hazır bulunmuştur. Depresyon belirtilerini değerlendirmek için Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ) kullanılmıştır. Hastaların öfke şiddetlerini, öfkelenedikleri durumları, öfkeyi yönlendirme şekillerini ve öfkelenedikleri zaman sergiledikleri davranışları, belirlemede Balkaya ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş Çok Boyutlu Öfke Ölçeği (ÇBÖÖ) ve hastaların yaşam kalitesini ve psikiyatrik bozukluklarına ilişkin yeti yitiminin derecesini belirlemek amacıyla Kısa Form 36 (SF36) kullanılmıştır. Genel hastalık şiddetini değerlendirmek amacıyla Klinik Genel İzlenim Ölçeği (KGI) kullanılmıştır.

Aşağıda tüm ölçeklerin özelliklerine değinilmiştir. Çalışmada kullanılan ölçeklerin tümü Ek Bölümler kısmında verilmiştir.

### **3.4. Kullanılan Ölçüm Araçları:**

**3.4.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu:** Hastaya ait sosyodemografik değişkenler ve hastalık başlangıç yaşı ve seyri ile ilgili temel bilgiler toplanmıştır. Refere edilen hastalarda, ayrıca önceki kayıtlar da incelenmiştir.

**3.4.2. Klinik Genel İzlenim Ölçeği:** Ruhsal bozuklukların şiddetini, iyileşme düzeyini ve ilaç yan etkisini değerlendirmek için kullanılabilen bir ölçektir (Guy, 1970). Ölçeğin şiddet, global iyileşme ve yan etki düzeylerini gösteren 3 alt ölçeği vardır. Bu çalışmada, genel psikopatoloji şiddetini ölçmek için şiddet alt ölçeği kullanılmıştır. Ölçekteki şiddet değerleri: 1. normal hasta değil, 2. hastalık sınırında, 3. hafif düzeyde hasta, 4. orta düzeyde hasta, 5. belirgin düzeyde hasta, 6. ağır hasta ve 7. çok ağır hasta şeklindedir.

**3.4.3. DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme:** SCID-1, DSM-IV'e göre eksen I ruhsal bozuklukların tanısını araştırmak için görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Altı modülden oluşmaktadır. DSM-IV Eksen-I'de yer alan 38 bozukluğu tanı ölçütleriyle, 10 tanesini ise tanı ölçütleri olmadan araştırmakta ve uygulama ortalama 25-60 dakika sürmektedir. First ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen ve dünyada yaygın kullanım alanı bulan bu görüşme aracı Türkçe'ye uyarlanmış ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Özkürkçügil ve ark., 1999).

**3.4.4. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği:** 24 sorudan oluşan Likert tipinde bir öz-değerlendirme ölçeğidir. Çeşitli sosyal durumlarla ilgili olarak ortaya çıkan kaygı ve kaçınma şiddetini sorgulamaktadır. İlki sosyal ortamlarda yaşanan kaygı düzeyini, ikincisi kaçınma davranışının şiddetini ölçmeye yönelik iki alt ölçek içermektedir. Her bir alt ölçekten alınabilecek puanlar 0 ve 72 arasında değişebilmekte ve bu şekilde toplam ölçek puanı 0 ile 144 arasında değişebilmektedir. Alınan puanın



yükselmesi sosyal kaygının ve kaçınmanın şiddetlendiğini göstermektedir. Ölçek Liebowitz (1987) tarafından geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Heimberg ve arkadaşları (1999), Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Soykan ve arkadaşları (2003) tarafından yapılmıştır.

**3.4.5. Beck Anksiyete Ölçeği:** BAÖ 21 maddeden oluşan hasta tarafından uygulanan bir anksiyete düzeyini derecelendirme ölçeğidir. İç tutarlılığı ve test-tekrar test güvenilirliği yüksek olan ve tedavi sonucunda anksiyete derecesinde ortaya çıkan değişimlere duyarlılığı yüksek bir ölçek olduğu daha önce gösterilmiştir (De Beurs ve ark., 1997). Anksiyetenin bedensel ve ruhsal belirtilerini 4 puanlı (0-3) bir puanlama sistemiyle ölçer. Ölçeğin Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (1988).

**3.4.6. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği:** Depresif belirtilerin şiddetinin değerlendirildiği 21 soruluk bir testtir. Max Hamilton tarafından 1960'ta yayımlanmıştır ve depresyonun şiddetini ölçmek için en yaygın olarak kullanılan yöntemlerdendir. Son bir hafta içerisinde yaşanan depresif belirtileri sorgulayan 21 maddeden oluşur. HDDÖ ilk kez hastanede yatan hastalar için geliştirilmiş olduğu için daha çok depresyonun melankolik ve fiziksel belirtilerine odaklanır. Ölçek toplam puanı ilk 17 maddeden alınan puanların toplamına eşittir. Ölçeğin uykuya dalma gücü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, somatik semptomlar, genital semptomlar, zayıflama ve içgörü ile ilgili maddeleri 0-2, diğer maddeleri 0-4 arasında derecelendirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından gösterilmiştir.

**3.4.7. Çok Boyutlu Öfke Ölçeği:** Balkaya (2001) tarafından geliştirilen ve kişilerin öfke konusundaki duygu, düşünce ve tutumlarını belirlemeyi amaçlayan ve beş bölümden oluşan bir ölçektir. Likert tipi olan maddeler, 1-5 arasında puanlanmaktadır. Balkaya, 2003 yılında ölçeğin geçerliliği ve faktör yapısını incelemiştir. Analiz sonucunda söz konusu 5 temel boyutun güvenilirlik katsayılarının  $\alpha = 0.83$  ve  $\alpha = 0.93$  arasında, toplam 15 faktör alt ölçeğinin güvenilirlik katsayılarının da  $\alpha = 0.64$  ve  $\alpha = 0.95$  arasında değiştiği görülmüştür. Aynı çalışmada yaş, eğitim ve cinsiyetin öfkenin farklı alt ölçeklerini etkileyebileceği yönünde bulgular elde

edilmiştir. Bu tez çalışmasında ölçeğin, “Öfke Belirtileri”, “Öfkeye Yol Açan Durumlar”, “Öfkeyle İlişkili Düşünceler”, “Öfkeyle İlişkili Davranışlar” ve “Kişilerarası Öfke” alt ölçekleri kullanılmıştır. “Öfke Belirtileri” adı verilen boyutta, öfkeye yönelik belirtilerin yer aldığı 14 madde bulunmakta, bu belirtilerin ne sıklıkla ortaya çıktığı sorulmaktadır. “Öfkeye Yol Açan Durumlar” adı verilen ikinci boyutta, öfkenin oluşmasına neden olan toplam 41 ifade sıralanmakta, bu ifadelerin ne kadar öfke uyandırdığı sorulmaktadır. Yapılan faktör analizi sonucunda elde edilen alt boyutlar; “Ciddiye Alınmama” (20 madde), “Haksızlığa Uğrama” (17 madde) ve “Eleştirilme” (5 madde) olarak adlandırılmıştır. “Öfkeyle İlişkili Düşünceler” alt ölçeği kişinin yaşamında öfkesini neye yönelttiğini araştıran 30 sorudan oluşmaktadır ve faktör analizi sonucu; “Öfkesine Yönelik Düşünceler” (9 madde), “Diğerlerine Yönelik Öfke Düşünceleri” (9 madde), “Kendilerine Yönelik Öfke Düşünceleri” (7 madde) ve “Dünyaya Yönelik Öfke Düşünceleri” (5 madde) olarak adlandırılmıştır. “Öfkeyle İlişkili Davranışlar” olarak adlandırılan boyutta “sizi öfkeliendiren bir durumda kaldığınızda aşağıdaki davranışları ne sıklıkla gösterirsiniz” sorusu altında 26 ifade bulunmaktadır. Faktör analizi sonucunda, “Saldırgan Davranışlar” (12 madde), “Sakin Davranışlar” (10 madde), “Kaygılı Davranışlar” (4 madde) adları altında üç alt ölçek geliştirilmiştir. “Kişilerarası Öfke” boyutunda ise kişilerin öfkeliendikleri kişi karşısındaki davranışlarını ölçmeye yönelik 47 madde bulunmaktadır. Faktör analiziyle “İntikam Tepkileri” (24 madde), “Pasif-agresif Tepkiler” (10 madde), “İçedönük Tepkiler” (10 madde) ve “Umursamaz Tepkiler” (3 madde) olmak üzere dört alt ölçek oluşturulmuştur (Balkaya ve Sahin, 2003). Bu çalışmada, Cronbach Alfa güvenilirlik kat sayıları, 0.95 (Öfkeye yol açan durumlar-ciddiye alınmama) ile 0.62 (Öfkeyle ilişkili davranışlar-kaygılı davranışlar) arasında değişmektedir.

**3.4.8. Kısa Form 36:** Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (Ware ve Sherbourne, 1992). Türkçe’ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Koçyiğit ve ark., 1999). Kendini değerlendirme ölçeğidir. Sekiz boyutun ölçümünü sağlayan 36 maddeden oluşmaktadır; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık, enerji, ağrı ve sağlığın genel algılanması. Alt ölçekler sağlığı 0-100 puan arasında değerlendirir ve 0 puan kötü

sağlık durumunu, 100 puan iyi sağlık durumunu gösterir. Bedensel hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabilceği bildirilmektedir (Aydemir, 1999).

### 3.5. İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için Statistical Package for Social Sciences for Windows (SPSS) 13.0 programı kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin incelenmesinde frekans analizi ve ki-kare testi kullanılmıştır. Çalışmanın verileri içinde sürekli değişkenlerin dağılımları Kolmogorov Smirnov Testi'yle test edilmiştir. Normal dağılım gösteren sürekli değişkenlerin gruplar arasında fark gösterip göstermediğinin incelenmesinde t-testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasından normal dağılımdan sapma gösterenler Mann-Whitney U Testi ile değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenlerin korelasyonları, normal dağılım gösterenler için Pearson korelasyon analiziyle, anormal dağılım gösterenler için de Spearman korelasyon analiziyle test edilmiştir. Ayrıca çoklu değişken analizine katılan sürekli değişkenlerden anormal dağılım gösterenler logaritmik transformasyon ya da karekökü transformasyonu uygulanarak varyans analizlerine katılmış ya da Mann-Whitney U gibi non parametrik testler uygulanmıştır.

Çok Boyutlu Öfke Ölçeği'nin 5 alt ölçeğinin her biri, hiyerarşik Faktöriyel Varyans Analizi modelleri ile incelenmiştir. Bütün analizlere 2 faktör (Tanı Grubu ve Cinsiyet) ve 1 ara-değişken (Depresyon Belirtileri) katılmıştır. ÇBÖÖ'nün 15 alt ölçeğine tanı grubu ve cinsiyet sabit faktör ve HDDÖ puanları ara-değişken alınarak Çok Değişkenli Varyans Analizi (MANCOVA) uygulanmıştır.

Varyans analizlerinde anlamlılık düzeyi için  $p < 0.05$  belirlenmiş ve *post hoc* Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Örneklem

SAB grubunda 34 hastanın, kontrol grubunda ise 30 hastanın verileri analizlere dahil edilmiştir.

#### 4.1.1. Sosyodemografik Veriler

SAB olan hastaların 15'i (%44.1) kadın, 19'u (%55.9) erkektir ve yaş ortalamaları  $29.8 \pm 9.1$  dir. Ortalama eğitim süreleri  $13.82 \pm 3.8$  yıldır. Medeni durumlarına bakıldığında 19'u (%55.9) bekar, 14'ü (%41.2) evli, 1'i (%2.9) boşanmıştır. Hastaların 19'u (%55.9) genel poliklinik ve yataklı servise ve 15'i (%44,1) muayenehaneye başvurmuşlardır. Hastaların 1'i (%2.9) çalışmamakta, 1'i (%2,9) ev hanımı, 19'u (%55.9) çalışmaktadır ve 13'ü (%38.2) öğrencidir. Aylık gelir olarak hastaların 5'i (%14,7) 1000 TL'den az, 14'ü (%41,2) 1000 ila 1499 TL arasında, 6'sı (%17.6) 1500 ila 1999 TL arasında ve 9'u (%26.5) 2000 TL ve üzerinde gelir elde etmektedirler.

Diğer anksiyete bozukluğu veya depresyonu olan kontrol grubu hastalarının 15'i (%50) kadın, 15'i (%50) erkektir ve yaş ortalamaları  $30.7 \pm 9.7$  dir. Eğitim süreleri  $13.53 \pm 2.76$  yıldır. Medeni durumları değerlendirildiğinde 12'si (%40.0) bekar, 16'sı (%53.3) evli, 2'si (%6.7) boşanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların 21'i (%57.6) genel poliklinik ve yataklı servise, 9'u (%30,0) muayenehaneye başvurmuşlardır. Hastaların 5'i (%16,7) çalışmamakta, 2'si (%6,7) ev hanımı, 15'i (%50,0) çalışmakta ve 8'i (%26.7) öğrencidir. Aylık gelir olarak kontrol hastalarının 10'u (%33,3) 1000 TL'nin altı, 7'si (%23.3) 1000 ila 1499 TL arasında, 6'sı (%20.0) 1500 ila 1999 TL arasında ve 7'si (%23.3) 2000 TL ve üstünde gelir elde etmektedirler.

SAB hastalarıyla kontrol grubundaki hastalar yaş ve cinsiyet bakımından eşleştirilerek çalışmaya alınmışlardır, ancak her iki grupta da verileri analize dahil edilmeyen hastalar bulunduğundan, yaş ve cinsiyet dağılımları tamamen aynı değildir. İki grup arasında yaş, cinsiyet dağılımı ve eğitim bakımından anlamlı fark yoktur. Mesleki durum olarak SAB hastalarının çalışma durumu kontrol grubuna göre anlamlı olarak farklıdır ve herhangi bir işte çalışmayan deneklerin oranı kontrol grubunda daha yüksektir ( $X^2=6.54$ ,  $SD=2$ ,  $p=0.03$ ). Hastalara ait demografik veriler Tablo 4.1’de verilmiştir.

**Tablo 4.1.** SAB ve kontrol grupları arasında sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

	SAB (n=34)	Kontrol (n=30)	
Yaş (ort.±SS)	29.8±9.1	30.7±9.7	t= -0.36 p = 0.71 <sup>a</sup>
Cinsiyet (kadın/erkek)	15/19	15/15	$X^2=0.22$ p=0.63 <sup>b</sup>
Eğitim yılı (yıl)	13.82±3.8	13.53±2.7	Z=-1.51 p=0.88 <sup>c</sup>
Ort±SS	14,5 (5-25)	14 (8-20)	
Ortanca (Aralık)			
Meslek			
Çalışıyor	19 (%55.9)	15 (%50.0)	
Öğrenci	13 (%38.2)	8 (%26.7)	
Ev hanımı	1 (%2.9)	2 (%6.7)	
İşsiz	1 (%2.9)	5 (%16.7)	
Medeni durum			
Evli	14 (%41,2)	16 (%53,3)	$X^2=0.95$
Evli değil	20 (%58,5)	14 (%46,7)	p=0.33 <sup>b</sup>
Gelir (Aylık harcama) (TL)			
1000’den az	5 (%14.7)	10 (%33.3)	$X^2=4.02$ , p=0.26 <sup>b</sup>
1000-1499	14 (%41.2)	7 (%23.3)	
1500-1999	6 (%17.6)	6 (%20.0)	
2000 ve üstü	9 (%26.5)	7 (%23.3)	
Başvurdukları merkez			
Genel poliklinik	19 (%55.9)	21 (%70.0)	$X^2=1.36$ , p=0.31 <sup>b</sup>
Öğretim üyesi muayenesi	15 (%44.1)	9 (%30.0)	

**SAB: Sosyal anksiyete bozukluğu hastaları, Ort.:ortalama, SS:standart sapma a: Bağımsız örneklem t testi, b: Ki kare testi, c:Mann-Whitney U, \*: p<0.05**

#### 4.1.2. Klinik Veriler

SAB grubundaki 34 hastanın SCID-I formuyla değerlendirilmesi ile SAB tanısı doğrulanmış ve ayrıca ek tanı olarak 15 hastada (%44,1) major depresif bozukluk, 2 hastada (%5,8) distimik bozukluk, 1 hastada (%2,9) bipolar bozukluk tip I, 1'inde (%2,9) bipolar bozukluk tip II, 4'ünde (%11,7) alkol kötüye kullanımı, 1'inde (%2,9) madde kötüye kullanımı, 11'inde (%32,3) obsesif kompulsif bozukluk, 19'unda (%55,8) YAB, 11'inde (%32,3) özgül fobi, 1'inde (%2,9) TSSB, 1'inde (%2,9) agorafobi, 1'inde (%2,9) vücut dismorfik bozukluğu, 3'ünde (%8,8) somatizasyon bozukluğu, 3'ünde (%8,8) diğer somatoform bozukluklardan birisi ve 2'sinde (%5,8) yeme bozukluğu BTA tanısı mevcuttur. Hastaların yalnızca 3'ünde (%8,82) SAB ek tanısızın bulunmaktadır.

Ayrıca başvuru nedenleri değerlendirildiğinde SAB grubundaki hastalardan 9'unun (%26,47) SAB belirtileri nedeniyle, geriye kalan 25 (%73,52) hastanın ise eşlik eden ek tanılarının belirtileri nedeniyle doktora başvurdukları tespit edilmiştir.

Kontrol grubunda ise 30 hastanın tanıları SCID-I ile değerlendirildiğinde 23 hastada (%76,6) major depresif bozukluk, 3 hastada (%10) obsesif kompulsif bozukluk, 1'inde (%3,3) bipolar bozukluk tip II depresif epizod, 2'sinde (%6,6) YAB, 1'inde (%3,3) ise agorafobili panik bozukluk tespit edilmiştir. Komorbidite oranları gözden geçirildiğinde kontrol grubu hastalarından 8'inde (%26,6) YAB, 5'inde (%16,6) obsesif kompulsif bozukluk, 9'unda (%30) özgül fobi, 1'inde (%3,3) major depresif bozukluk, 2'sinde (%6,6) alkol kötüye kullanımı, 2'sinde (%6,6) somatizasyon bozukluğu, 3'ünde (%10) diğer somatoform bozukluklardan biri, 2'sinde (%6,6) vücut dismorfik bozukluğu, 1'inde (%3,3) hipokondriyazis ve 1'inde (%3,3) yeme bozukluğu BTA tanısı bulunmaktadır.

Çalışmaya dahil edilen SAB hastalarının SAB başlangıç yaşı ortalama  $11,8 \pm 6,0$  dir. BAÖ ortalama puanı  $17,15 \pm 12,2$  ve HDDÖ ortalama puanı  $11,82 \pm 7,2$  dir. LSKÖ alt ölçek puanlarına göre; korku alt ölçeği ortalama puanı  $37,56 \pm 10,6$ , kaçınma alt ölçeği ortalama puanı  $26,03 \pm 10,25$  ve toplam ortalama puanı  $63,59 \pm 19,9$  dir. KGİ puanlarının ortalaması  $3,56 \pm 0,99$  dur.

Kontrol grubundaki hastalarda ise hastalıklarının başlangıç yaşı  $24,23 \pm 10,55$  dir. BAÖ ortalama puanı  $23,13 \pm 13,0$  ve HDDÖ ortalama puanı  $15,6 \pm 5,9$  dur. LSKÖ alt ölçek puanlarına göre; korku alt ölçeği puanı ortalama  $11,2 \pm 4,5$ , kaçınma alt ölçeği puanı ortalama  $5,27 \pm 2,5$  ve toplam puanı ortalama  $16,47 \pm 6,54$  dir. KGİ ölçeğine göre hastalık şiddeti puanlarının ortalaması  $3,60 \pm 0,96$  dir.

SAB ve kontrol grupları klinik belirtiler bakımından karşılaştırıldığında (tablo 4.2), SAB grubunda hastalığın başlama yaşının kontrol grubuna göre anlamlı olarak erken olduğu ( $Z = -5.02$ ,  $p < 0.01$ ) tespit edilmiştir (ortalama başlangıç yaşı SAB grubu için  $11.2 \pm 6.0$ , kontrol grubu için  $24.2 \pm 10.6$  dir). Kontrol grubundaki hastaların genel anksiyete düzeyi SAB grubuna göre %10'luk güvenlilik sınırında anlamlı derecede yüksektir (ortalama BAÖ puanı SAB grubu için  $17.15 \pm 12.2$ , kontrol grubu için  $23.13 \pm 13.0$  dir) ( $Z = -0.19$ ,  $p = 0.056$ ). Kontrol grubundaki hastalarda ayrıca SAB grubuna göre depresif belirtilerin derecesi anlamlı olarak yüksektir (ortalama HDDÖ puanı SAB grubu için  $11.82 \pm 7.2$ , kontrol grubu için  $15.6 \pm 5.9$  dur) ( $Z = -2.40$ ,  $p = 0.016$ ). LSKÖ alt ölçekleri bakımından gruplar karşılaştırıldığında SAB grubunun kontrol grubuna göre korku alt ölçeğinden anlamlı derecede yüksek puanlar aldıkları (ortalama korku puanı SAB grubu için  $37.56 \pm 10.6$ , kontrol grubu için  $11.2 \pm 4.5$  tir) ( $F = 158.80$ ,  $sd = 1$ ,  $62$ ,  $p < 0.001$ ), kaçınma alt ölçek puanı bakımından kontrol grubuna göre daha yüksek puan aldıkları (ortalama kaçınma puanı SAB grubu için  $26.03 \pm 10.25$ , kontrol grubu için  $5.27 \pm 2.5$  tir) ( $F = 116.49$ ,  $sd = 1$ ,  $62$ ,  $p < 0.001$ ) tespit edilmiştir. Bekleneceği üzere SAB şiddeti bakımından LSKÖ toplam puanı SAB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksektir (ortalama toplam puan SAB grubu için  $63.59 \pm 19.9$ , kontrol grubu için  $16.47 \pm 6.54$  tür) ( $F = 152.82$ ,  $sd = 1$ ,  $62$ ,  $p < 0.001$ ). KGİ puanları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir (ortalama KGİ puanı SAB grubu için  $3.56 \pm 0.99$ , kontrol grubu için  $3.60 \pm 0.96$  dir) ( $Z = -0.04$ ,  $p = 0.96$ ).

**Tablo 4.2.** SAB ve kontrol grupları arasında klinik özelliklerin karşılaştırılması

	SAB(n=34)	Kontrol(n=30)	Anlamlılık
Başlangıç yaşı			
Ort ± SS	11.18±6.0	24.23±10.55	Z=-5.02
Ortanca (Aralık)	10 (6-35)	22,5 (6-44)	P<0.001** <sup>a</sup>
Tedavi süresi (Ay)			
Ort ± SS	38.5 ± 60.3	40.3 ± 53.8	Z= -0.06, p =0.55 <sup>a</sup>
Ortanca (Aralık)	12.0 (0-264)	24.0 (0-240)	
Anksiyete belirtilerinin şiddeti			
BAÖ Puanı			
Ort ± SS	17.15±12.2	23.13±13.0	Z=-1.90
Ortanca (Aralık)	14,5 (0-50)	18,5 (5-53)	p=0.05 <sup>a</sup>
Depresyon belirtilerinin şiddeti			
HDDÖ puanı			
Ort ± SS	11.82±7.2	15.6±5.9	Z=-2.40
Ortanca (Aralık)	10 (2-32)	16 (5-31)	p=0.016** <sup>a</sup>
Sosyal anksiyete şiddeti			
LSAS Korku			
Ort ± SS	37.6 ± 10.6	11.2 ± 4.5	F= 158.80, sd=1, 62,
Ortanca (Aralık)	36.0 (20-58)	10.0 (4-20)	p<0.001** <sup>c</sup>
LSAS Kaçınma			
Ort ± SS	26.0 ± 10.3	5.3 ± 2.6	F= 116.49, sd=1, 62,
Ortanca (Aralık)	24.5 (5-49)	5.0 (1-11)	p<0.001** <sup>c</sup>
LSAS Toplam			
Ort ± SS	63.6 ± 19.9	16.5 ± 6.5	F= 152.82, sd=1, 62,
Ortanca (Aralık)	60.5 (29-105)	16.5 (6-30)	p<0.001** <sup>c</sup>
Genel hastalık şiddeti			
KGİ			
Ort ± SS	3.56±0.99	3.60±0.96	Z=-0.04 p=0.96 <sup>a</sup>
Ortanca (Aralık)	4 (2-5)	3 (2-5)	

a: Mann-Withney U, b: Bağımsız örneklem t testi, c: ANOVA, \*: p<0,05, \*\*: p<0,01, SAB: sosyal anksiyete bozukluğu grubu, LSKÖ: Liebowitz sosyal kaygı ölçeği, ort: ortalama, SS:standart sapma, KGİ: Klinik genel izlenim ölçeği, BAÖ: Beck anksiyete ölçeği puanı HDDÖ: Hamilton depresyon değerlendirme ölçeği puanı



## 4.2. Öfke ve Öfke İle İlişkili Özellikler, Yeti Yitimi, Alınganlık ve Kötülük Görme Düşünceleri Bakımından Grupların Karşılaştırılması

### 4.2.1. Öfke ve Öfkeyle İlişkili Özellikler

Öfkeyle ilişkili özellikleri ölçmede kullanılan ÇBÖÖ alt ölçeklerinin gruplar arası farklılıklarını gösterirken önceki çalışmalardan bildiğimiz kadarıyla cinsiyetin etkisi varyans analiziyle kontrol edilmiş, ayrıca depresif belirtilerin şiddetini ifade eden HDDÖ puanları da ara değişken olarak analize katılmıştır. Buna göre cinsiyetin öfkeye yol açan durumlar ( $F=2.98$ ,  $sd=3$ ,  $58$ ,  $p=0.04$ ) ve öfkeyle ilişkili davranışlar ( $F=6.56$ ,  $sd=3$ ,  $58$ ,  $p<0.01$ ) üzerine etkisinin anlamlı olduğu, depresif belirtilerin öfkeyle ilişkili düşünceler ( $F=4.43$ ,  $sd=4,57$ ,  $p<0.01$ ) ve öfkeyle ilişkili davranışlar ( $F=3.75$ ,  $sd=3$ ,  $58$ ,  $p=0.02$ ) üzerine etkisinin anlamlı olduğu ve tanı grubunun ise öfkeyle ilişkili düşünceler ( $F=2.59$ ,  $sd=4$ ,  $57$ ,  $p=0,04$ ) ve kişiler arası öfke ( $F=3,71$ ,  $sd=4$ ,  $57$ ,  $p=0.01$ ) üzerine etkili olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3).

**Tablo 4.3.** Varyans analizine göre grup, cinsiyet ve HDDÖ puanlarının ÇBÖÖ alt ölçekleri üzerine bağımsız etkileri

	Grup F (sd) p	Cinsiyet F (sd) p	HDDÖ puanı F (sd) p
Öfke Belirtileri	0.18 (1, 59) 0.67	2.53 (1, 59) 0.12	3.82 (1,59) 0.06
Öfkeye yol açan durumlar	1,65 (3, 58) 0,18	2.98 (3, 58) 0.04*	0,55 (3,58) 0,65
Öfkeyle ilişkili düşünceler	2.59 (4, 57) 0,04*	2.27 (4, 57) 0.07	4.43 (4,57) 0.003**
Öfkeyle ilişkili davranışlar	0,61 (3,58) 0,60	6.56 (3, 58) 0.00**	3.75 (3, 58) 0.02*
Kişiler arası öfke	3,71 (4, 57) 0.01*	1,04 (4, 57) 0.39	1,92 (4, 57) 0.11

\*:  $p<0.05$ , \*\*:  $p<0.01$

#### 4.2.2. Öfkeyle İlişkili Özellikler Bakımından Grupların Karşılaştırılması

Örnekleme grubu öfkeyle ilişkili özellikler açısından (ÇBÖÖ alt ölçekleri) SAB grubunun ve cinsiyetin depresyon (HDDÖ puanı) kontrol edilerek etkileri değerlendirildiğinde; SAB tanısı bulunmasının diğerlerine yönelik öfke düşünceleri ( $F=4.07$ ,  $sd=1$ ,  $59$ ,  $p=0.048$ ), kendisine yönelik öfke düşünceleri ( $F=7.74$ ,  $sd=1$ ,  $59$ ,  $p=0.007$ ) ve içe dönük tepkiler ( $F=5.04$ ,  $sd=1$ ,  $59$ ,  $p=0.03$ ) üzerine anlamlı etkisinin bulunduğu ve cinsiyet ve grup etkileşiminin ciddiye alınmama ( $F=9.04$ ,  $sd=1$ ,  $59$ ,  $p=0.004$ ) ve haksızlığa uğrama ( $F=4.97$ ,  $sd=1$ ,  $59$ ,  $p=0.03$ ) üzerine anlamlı etkileri tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Cinsiyet ve depresyon bağımsız değişkenler olarak ele alınıp ayrı değerlendirildiğinde ise cinsiyetin, ciddiye alınmama ( $F=5.05$ ,  $sd=1$ ,  $59$ ,  $p=0.03$ ), haksızlığa uğrama ( $F=6.76$ ,  $sd=1$ ,  $59$ ,  $p=0.01$ ), eleştirilme ( $F=6.73$ ,  $sd=1$ ,  $59$ ,  $p=0.01$ ), dünyaya yönelik öfke düşünceleri ( $F=8.47$ ,  $sd=1$ ,  $59$ ,  $p=0.005$ ) ve kaygılı davranışlar ( $F=6.13$ ,  $sd=1$ ,  $59$ ,  $p=0.004$ ) üzerine anlamlı etkisinin bulunduğu saptanmıştır. Depresif belirtilerin şiddetinin bağımsız etkisi test edildiğinde; diğerlerine yönelik öfke düşünceleri ( $F=9.34$ ,  $sd=1$ ,  $59$ ,  $p<0.001$ ), kendine yönelik öfke düşünceleri ( $F=9.61$ ,  $sd=1$ ,  $59$ ,  $p<0.001$ ), dünyaya yönelik öfke düşünceleri ( $F=18.35$ ,  $sd=1$ ,  $59$ ,  $p<0.001$ ), kaygılı davranışlar ( $F=6.60$ ,  $sd=1$ ,  $59$ ,  $p=0.01$ ) ve içe dönük tepkiler ( $F=4.61$ ,  $sd=1$ ,  $59$ ,  $p=0.04$ ) üzerine etkisi bulunduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 4.4.** Öfkeyle ilişkili özellikleri üzerine grup ve cinsiyet faktörleri HDDÖ toplam puanları ile kontrol edilerek bağımsız etkilerinin ve cinsiyet ve grup etkileşiminin etkisinin çok değişkenli kovaryant analizi (MANCOVA) modelinde incelenmesi

	SAB grubu (n=34) (ort.±SS)	Kontrol grubu (n=30) (ort.±SS)	Tamı Grubunun Bağımsız Etkisi		Cinsiyetin Bağımsız Etkisi		Depresyon Şiddetinin Bağımsız Etkisi		Cinsiyet ve Grup etkileşiminin etkisi	
			F(sd)	p	F(sd)	p	F(sd)	p	F (sd)	p
Öfke Belirtileri	36.15±11.33	37.27±11.83	0.19 (1, 59)	0.67	2.54 (1, 59)	0.12	3.83 (1, 59)	0.06	1.30 (1, 59)	0.26
Ciddiye Alınmama	71.09±14.56	74.1±15.14	0.25 (1, 59)	0.62	5.05 (1, 59)	0.03*	0.01 (1, 59)	0.92	9.04 (1, 59)	0.004**
Haksızlığa Uğrama <sup>a</sup>	66.74±10.3	70.23±8.13	1.01 (1, 59)	0.32	6.76 (1, 59)	0.01*	0.05 (1, 59)	0.82	4.97 (1, 59)	0.03*
Eleştirilme	19.18±4.29	18.57±4.71	1.07 (1, 59)	0.31	6.73 (1, 59)	0.01*	0.77 (1, 59)	0.39	1.35 (1, 59)	0.25
Öfkesine Yönelik Düşünceler	21.38±7.54	22.97±8.24	0.02 (1, 59)	0.89	3.30 (1, 59)	0.07	2.53 (1, 59)	0.12	0.01 (1, 59)	0.94
Diğerlerine Yönelik Öfke Düş. <sup>a</sup>	22.97±7.44	21.87±7.23	4.07 (1, 59)	0.048*	2.34 (1, 59)	0.13	9.34 (1, 59)	0.00**	0.23 (1, 59)	0.63
Kendine Yönelik Öfke Düş.	20.03±5.73	17.87±5.39	7.74 (1, 59)	0.007**	2.18 (1, 59)	0.15	9.61 (1, 59)	0.00**	2.49 (1, 59)	0.12
Dünyaya Yönelik Öfke Düş.	14.18±5.98	14.77±5.60	1.43 (1, 59)	0.24	8.47 (1, 59)	0.005**	18.35 (1, 59)	0.00**	0.70 (1, 59)	0.41
Saldırgan Davranışlar <sup>a</sup>	26.84±7.93	27.10±8.63	0.01 (1, 59)	0.94	0.33 (1, 59)	0.57	0.001 (1, 59)	0.98	0.12 (1, 59)	0.74
Sakin Davranışlar	29.47±6.35	30.37±7.14	0.34 (1, 59)	0.56	0.03 (1, 59)	0.86	0.17 (1, 59)	0.68	0.93 (1, 59)	0.34
Kaygılı Davranışlar <sup>a</sup>	13.66±3.65	13.87±3.36	0.51 (1, 59)	0.48	9.13 (1, 59)	0.004**	6.60 (1, 59)	0.01*	2.04 (1, 59)	0.16
İntikam Tepkileri	67.06±20.14	57.17±20.37	2.97 (1, 59)	0.09	0.15 (1, 59)	0.70	0.002 (1, 59)	0.97	0.34 (1, 59)	0.57
Pasif-Agresif Tepkiler	32.38±7.69	32.43±7.71	0.13 (1, 59)	0.72	0.26 (1, 59)	0.61	0.92 (1, 59)	0.34	0.04 (1, 59)	0.84
İçe Dönük Tepkiler	32.79±7.55	30.4±6.27	5.04 (1, 59)	0.03*	2.96 (1, 59)	0.09	4.61 (1, 59)	0.04*	2.09 (1, 59)	0.15
Umursamaz Tepkiler <sup>a</sup>	5.79± 2.44	6.13±2.94	1.64 (1, 59)	0.21	0.58 (1, 59)	0.45	1.59 (1, 59)	0.21	3.78 (1, 59)	0.06

**a: Değerlerin dağılımı normal dağılıma uymadığından logaritmik olarak çevrilerek hesaplanmıştır. \*: p<0.05, \*\*: p<0.01, ort: ortalama, SS:standart sapma**

#### 4.2.3. SAB ve Kontrol Gruplarında Yeti Yitiminin Karşılaştırılması

Yeti yitimini incelemede kullanılan SF-36'nın alt ölçek puanlarının, HDDÖ puanları kontrol edilerek çoklu varyasyon analizi ile karşılaştırılmasından elde edilen sonuçlar tablo 4.5'de verilmiştir. SAB grubunun SF-36 alt ölçek puanlarına göre kontrol grubuna göre her alt ölçek için daha yüksek puanlar aldıkları gözlenmiştir fakat depresyon kontrol edildiğinde herhangi bir alt ölçek bakımından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Fiziksel fonksiyon alt ölçeği oranı SAB grubunda ortalama %81.47±23.43, kontrol grubunda ortalama %70.66±24.37 olarak saptanmıştır ve iki grup arasındaki farklılık istatistiksel bakımdan anlamlı değildir (F=0.007, sd=1, 60, p=0.93). Fiziksel rol güçlüğü alt ölçeği oranı SAB grubunda ortalama %57.35±43.74, kontrol grubunda ortalama %40.00±39.71 olarak saptanmıştır ve iki grup arasında farklılık saptanmamıştır (F=0.35, sd=1, 60, p=0.55). Ağrı alt ölçeği oranı SAB grubunda ortalama %71.97±18.69, kontrol grubunda ortalama %59.73±21.05 olarak saptanmıştır ve gruplar arası fark anlamlı değildir (F=1.92, sd=1, 60, p=0.17). Genel sağlık alt ölçeği oranı SAB grubunda ortalama %56.97±23.55, kontrol grubunda ortalama %47.33±21.14 olarak saptanmıştır ve iki grup arasında farklılık saptanmamıştır (F=0.06, sd=1, 60, p=0.80). Vitalite alt ölçeği oranı SAB grubunda ortalama %41.76±21.59, kontrol grubunda ortalama %38.33±19.31 olarak saptanmıştır ve anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (F=2.13, sd=1, 60, p=0.14). Sosyal fonksiyon alt ölçeği oranı SAB grubunda ortalama %57.72±25.56, kontrol grubunda ortalama %54.58±21.64 olarak saptanmıştır ve iki grup arasında farklılık saptanmamıştır (F=2.20, sd=1, 60, p=0.14). Emosyonel rol güçlüğü alt ölçeği oranı SAB grubunda ortalama %41.17±41.07, kontrol grubunda ortalama %30.00±36.46 olarak saptanmıştır ve iki grup arasında farklılık saptanmamıştır (F=0.55, sd=1, 60, p=0.46). Mental sağlık alt ölçeği oranı SAB grubunda ortalama %53.05±16.57, kontrol grubunda ortalama %45.86±16.92 olarak saptanmıştır ve anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (F=0.14, sd=1, 60, p=0.70).

**Tablo 4.5.** Gruplar arasında SF 36'nın alt ölçeklerinin puanlarının çoklu varyasyon analizi (MANOVA) kullanılarak karşılaştırılması

	SAB grubu (n=34) (ort.±SS)	Kontrol grubu (n=30) (ort.±SS)	Gruplar arası farklar (HDDÖ puanları kontrol edilerek)	
			F (sd)	p
Fiziksel fonksiyon oranı (%100)	81.47±23.43	70.66±24.37	0.01 (1, 60)	0.93
Fiziksel rol güçlüğü oranı (%100)	57.35±43.74	40.00±39.71	0.36 (1, 60)	0.55
Ağrı oranı (%100)	71.97±18.69	59.73±21.05	1.93 (1, 60)	0.17
Genel sağlık oranı (%100)	56.97±23.55	47.33±21.14	0.07 (1, 60)	0.80
Vitalite oranı (%100)	41.76±21.59	38.33±19.31	2.14 (1, 60)	0.15
Sosyal fonksiyon oranı (%100)	57.72±25.56	54.58±21.64	2.21 (1, 60)	0.14
Emosyonel rol güçlüğü oranı (%100)	41.17±41.07	30.00±36.46	0.55 (1, 60)	0.46
Mental sağlık oranı (%100)	53.05±16.57	45.86±16.92	0.14 (1, 60)	0.71

**HDDÖ: Hamilton depresyonu derecelendirme ölçeği, SAB: sosyal anksiyete bozukluğu, ort.: ortalama, SS: Standart sapma**

### 4.3. SAB'de Sosyal Anksiyete Şiddetiyle Öfkeyle İlişkili Özelliklerin, Yeti Yitiminin İlişkisi

#### 4.3.1. Sosyal Anksiyeteye Öfke ve Öfkeyle İlişkili Özelliklerin İlişkisi

SAB grubundaki hastalarda bulunması muhtemel olan depresyonun öfkeyle ilişkili verileri etkilemesinden dolayı SAB grubunda depresyonun şiddetiyle (HDDÖ toplam puanları) öfkenin alt ölçekleri arasında Pearson korelasyonu uygulanmıştır. Bu korelasyonun sonucu Tablo 4.6'da verilmektedir. Pearson korelasyonuna göre SAB grubundaki hastaların öfkesine yönelik düşünceleri ( $p=0.04$ ), diğerlerine yönelik öfke düşünceleri ( $p=0.013$ ), kendilerine yönelik öfke düşünceleri ( $p=0.04$ ), dünyaya yönelik öfke düşünceleri ( $p<0.01$ ) öfkelendikleri durumlarda kaygılı tepkileri ( $p=0.04$ ) ve öfkelendikleri kişilere karşı içe dönük tepkiler sergilemeleri ( $p=0.02$ ), HDDÖ toplam puanıyla ilişkili olarak bulunmuştur. Bunun yanı sıra öfke belirtileri, ciddiye alınmama, haksızlığa uğrama, eleştirilme, saldırgan tepkiler, sakin

tepkiler, intikam tepkileri, pasif agresif ve umursamaz tepkiler HDDÖ toplam puanlarıyla ilişkili bulunmamıştır.

**Tablo 4.6.** SAB grubunda (n=34) HDDÖ toplam puanlarının ÇBÖÖ alt ölçek puanlarıyla korelasyon analizi (Pearson korelasyonu)

	HDDÖ toplam puanı <sup>a</sup>		HDDÖ toplam puanı <sup>a</sup>
Öfke belirtileri	0.17 p=0.31	Saldırgan tepkiler <sup>a</sup>	0.06 p=0.72
Ciddiye alınmama	-0.50 p=0.78	Sakin tepkiler	-0.03 p=0.86
Haksızlığa uğrama <sup>a</sup>	0.12 p=0.49	Kaygılı tepkiler <sup>a</sup>	0.34 p=0.04*
Eleştirilme	0.11 p=0.52	İntikam tepkileri	0.08 p=0.63
Öfkesine yönelik düşünceler	0.34 p=0.04*	Pasif-agresif tepkiler	-0.07 p=0.67
Diğerlerine yönelik öfke düşünceler <sup>a</sup>	0.42 p=0.013*	İçe dönük tepkiler	0.39 p=0.02*
Kendine yönelik öfke düşünceleri	0.35 p=0.04*	Umursamaz tepkiler <sup>a</sup>	-0.11 p=0.51
Dünyaya yönelik öfke düşünceleri	0.45 p<0.01**		

**Sonuçlar Pearson korelasyon katsayısı, p değeri şeklinde verilmiştir. HDDÖ: Hamilton Depresyonu Derecelendirme Ölçeği, \*: p<0.05, \*\*: p<0.01, a: Değerlerin dağılımı normal dağılıma uymadığından logaritmik olarak çevrilerek hesaplanmıştır.**

Depresyon şiddetiyle ilişkili olduğu tespit edilen öfkesine yönelik düşünceler, diğerlerine yönelik öfke düşünceleri, kendine yönelik öfke düşünceleri, dünyaya yönelik öfke düşünceleri, kaygılı tepkileri ve içe dönük tepkiler gibi ÇBÖÖ alt ölçeklerinin, LSKÖ korku, LSKÖ kaçınma ve LSKÖ toplam puanlarıyla HDDÖ kontrol edilerek parsiyel korelasyon analizine alınmıştır (Tablo 4.7). Yapılan analiz sonucu SAB grubundaki hastalarda depresyon kontrol edildiğinde; diğerlerine yönelik öfke düşüncelerinin, LSKÖ-korku (p<0.05), LSKÖ-kaçınma (p<0.01) ve LSKÖ toplam (p<0.01) puanlarıyla ilişkili olduğu, kendine yönelik öfke düşüncelerinin LSKÖ-kaçınma (p<0.01) ve LSKÖ toplam (p<0.05) puanlarıyla ilişkili olduğu, dünyaya yönelik öfke düşüncelerinin LSKÖ-kaçınma (p<0.01) ve LSKÖ toplam (p<0.05) puanlarıyla ilişkili olduğu tespit edilirken öfkelerine yönelik düşüncelerinin ya da öfkeyle ilgili kaygı tepkilerinin ya da kişiler arası içe dönük tepkilerinin LSKÖ puanlarıyla ilişkili olmadığı saptanmıştır.

**Tablo 4.7.** SAB grubunda (n=34) depresyonla ilişkili ÇBÖÖ alt ölçekleriyle LSKÖ alt ölçeklerinin HDDÖ puanları kontrol edilerek parsiyel korelasyon analizi

	LSKÖ- korku alt ölçeği	LSKÖ- kaçınma alt ölçeği	LSKÖ - toplam
Öfkesine yönelik düşünceler	0,24 p=0,17	0,29 p=0,09	0,28 p=0,11
Diğerlerine yönelik öfke düşünceleri <sup>a</sup>	0,42 p=0,015*	0,49 p<0,01**	0,48 p=0,005**
Kendine yönelik öfke düşünceleri	0,31 p=0,07	0,48 p=0,004**	0,41 p=0,016*
Dünyaya yönelik öfke düşünceleri	0,30 p=0,08	0,47 p=0,005**	0,40 p=0,018*
Kaygılı tepkileri <sup>a</sup>	0,30 p=0,08	0,32 p=0,06	0,33 p=0,057
İçer dönük tepkiler	0,21 p=0,23	0,11 p=0,51	0,17 p=0,33

**Sonuçlar Pearson korelasyon katsayısı, p değeri şeklinde verilmiştir. LSKÖ: Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği, \*: p<0,05, \*\*p<0,01, a: Değerlerin dağılımı normal dağılıma uymadığından logaritmik olarak çevrilerek hesaplanmıştır.**

Depresyonla ilişkili bulunmayan öfkeyle ilgili alt ölçeklerin sosyal anksiyete şiddetiyle ilişkisi Pearson korelasyonu ile değerlendirildiğinde ise (Tablo 4.8), öfke belirtilerinin, haksızlığa uğramanın, eleştirilmenin, saldırgan ve sakin tepkilerin, kişiler arası intikam, pasif agresif ve umursamaz tepkilerin LSKÖ alt ölçekleriyle herhangi bir ilişkisi saptanmamıştır. Bunun yanı sıra ciddiye alınmama LSKÖ-korku altölçeğiyle %10 güvenlik sınırında ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 4.8.** SAB grubunda (n=34) ÇBÖÖ alt ölçekleriyle LSKÖ alt ölçeklerinin korelasyon analizi (Pearson korelasyonu)

	LSKÖ-korku alt ölçeği	LSKÖ kaçınma alt ölçeği	LSKÖ toplam puanı
Öfke belirtileri	0,25 p=0,14	0,22 p=0,19	0,25 p=0,14
Ciddiye alınmama	0,33 p=0,05	0,28 p=0,10	0,32 p=0,59
Haksızlığa uğrama <sup>a</sup>	0,14 p=0,41	0,14 p=0,40	0,15 p=0,38
Eleştirilme	0,08 p=0,63	0,21 p=0,21	0,15 p=0,37
Saldırgan tepkiler <sup>a</sup>	0,04 p=0,81	0,22 p=0,19	0,13 p=0,43
Sakin tepkiler	0,24 p=0,15	0,11 p=0,53	0,18 p=0,28
İntikam tepkileri	0,06 p=0,15	0,20 p=0,25	0,13 p=0,43
Pasif agresif tepkiler	-0,04 p=0,79	0,01 p=0,91	-0,01 p=0,93
Umursamaz tepkiler <sup>a</sup>	0,16 p=0,36	0,06 p=0,70	0,12 p=0,49

**Sonuçlar Pearson korelasyon katsayısı, p değeri şeklinde verilmiştir. LSKÖ: Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği, a: Değerlerin dağılımı normal dağılıma uymadığından logaritmik olarak çevrilerek hesaplanmıştır.**

#### 4.3.2. Sosyal Anksiyeteye Yeti Yitiminin İlişkisi

SAB grubundaki hastaların sosyal anksiyete şiddetleriyle yeti yitiminin ilişkisini test etmek amacıyla LKSÖ alt ölçek puanlarıyla SF 36 alt ölçeklerinin korelasyon analizine baskınmıştır (Tablo 4.9). Korelasyon analizi sonucunda; fiziksel fonksiyon oranının LKSÖ-kaçınma ( $p<0,05$ ) ve LSKÖ toplam ( $p<0,05$ ) puanlarıyla ters yönde ilişkili olduğu, fiziksel rol güçlüğü oranının benzer şekilde LSKÖ-korku ( $p<0,05$ ), LKSÖ-kaçınma ( $p<0,05$ ) ve LSKÖ toplam ( $p<0,05$ ) puanlarıyla ters yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Bunun yanı sıra ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon güçlüğü ve mental sağlık oranlarının LSKÖ alt ölçek puanlarıyla ilişkisi saptanmamıştır.

**Tablo 4.9.** SAB grubunda ( $n=34$ ) LSKÖ alt ölçekleriyle SF 36 alt ölçeklerinin HDDÖ puanları kontrol edilerek parsiyel korelasyon analizi

	LSKÖ korku alt ölçeği	LSKÖ kaçınma alt ölçeği	LSKÖ toplam puanı
Fiziksel fonksiyon oranı	-0,28 $p=0,10$	-0,38 $p=0,028^*$	-0,35 $p=0,046^*$
Fiziksel rol güçlüğü oranı	-0,34 $p=0,048^*$	-0,34 $p=0,049^*$	-0,36 $p=0,03^*$
Ağrı oranı	-0,29 $p=0,10$	-0,17 $p=0,33$	-0,24 $p=0,16$
Genel sağlık oranı	-0,24 $p=0,18$	-0,23 $p=0,19$	-0,25 $p=0,16$
Vitalite oranı	-0,02 $p=0,92$	-0,01 $p=0,95$	-0,01 $p=0,93$
Sosyal fonksiyon oranı	0,002 $p=0,99$	-0,06 $p=0,74$	-0,03 $p=0,87$
Emosyonel rol güçlüğü oranı	-0,09 $p=0,60$	-0,01 $p=0,93$	-0,06 $p=0,75$
Mental sağlık oranı	0,08 $p=0,67$	0,19 $p=0,29$	0,14 $p=0,43$

**Sonuçlar Pearson korelasyon katsayısı, p değeri şeklinde verilmiştir. LSKÖ: Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği, \*:  $p<0,05$ , \*\*:  $p<0,01$**

#### 4.4. SAB'de Öfkeyle İlişkili Özelliklerin Yeti Yitimiyle İlişkisi

SAB grubundaki hastaların yeti yitimlerinin (SF-36 alt ölçekleri) öfkeyle ilişkili özellikleri (ÇBÖÖ alt ölçekleri) arasında depresyon şiddetini (HDDÖ toplam puanları) kontrol ederek yapılan parsiyel korelasyon analizine göre; fiziksel rol güçlüğü oranıyla, ciddiye alınmama ve öfkesine yönelik düşüncelerinin ters yönde ilişkili olduğu, ağrı oranıyla öfke belirtilerinin, ciddiye alınmamanın, haksızlığa uğramanın, sakin davranışların ters yönde, intikam tepkileriyle de olumlu yönde ilişkili olduğu, genel sağlık oranıyla, haksızlığa uğramanın ve sakin ve kaygılı davranışların ters yönde ilişkili olduğu, vitalite oranıyla umursamaz tepkilerin olumlu



yönde ilişkili olduğu, sosyal fonksiyon oranının dünyaya yönelik öfke düşünceleriyle ters yönde ilişkili olduğu, emosyonel rol gücü oranının diğerlerine ve dünyaya yönelik öfke düşünceleriyle ilişkili olduğu ve son olarak mental sağlık oranının umursamaz tepkilerle olumlu yönde ilişkili olduğu saptanmıştır (Tablo 4.10).

**Tablo 4.10.** SAB grubunda (n=34) ÇBÖÖ alt ölçekleriyle SF 36 alt ölçeklerinin HDDÖ puanları kontrol edilerek parsiyel korelasyon analizi

	Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol güç.	Ağrı	Genel sağlık	Vitalite	Sosyal fonksiyon	Emosyonel rol güç.	Mental sağlık
Öfke Belirtileri	-0.17 P=0.35	-0.32 P= 0.7	-0.44 P= 0.01*	-0.12 P=0.51	0.09 P=0.62	-0.09 P=0.61	-0.01 P=0.95	-0.02 P=0.92
Ciddiye Alınmama	-0.13 P=0.47	-0.38 P=0.03*	-0.58 P<0.01**	-0.26 P=0.15	-0.19 P=0.29	-0.29 P=0.10	-0.28 P=0.11	-0.25 P=0.16
Haksızlığa Uğrama	-0.13 P=0.46	-0.29 P=0.11	-0.52 P<0.01**	-0.48 P<0.01**	-0.19 P=0.28	-0.34 P=0.05	-0.27 P=0.12	-0.30 P=0.09
Eleştirilme	-0.09 P=0.62	-0.15 P=0.42	-0.07 P=0.68	-0.22 P=0.21	-0.15 P=0.42	-0.23 P=0.20	-0.19 P=0.29	-0.11 P=0.55
Öfkesine Yönelik Düşünceler	-0.10 P=0.58	-0.35 p<0.05*	-0.08 P=0.68	-0.16 P=0.37	-0.15 P=0.41	-0.08 P=0.65	-0.13 P=0.46	-0.22 P=0.22
Diğerlerine Yönelik Öfke Düş.	-0.03 P=0.89	-0.33 P=0.06	0.04 P=0.84	-0.02 P=0.90	-0.07 P=0.70	-0.03 P=0.85	-0.36 P=0.04*	-0.04 P=0.81
Kendine Yönelik Öfke Düş.	0.07 P=0.70	-0.12 P=0.52	0.01 P=0.96	-0.02 P=0.90	-0.07 P=0.70	0.02 P=0.92	-0.32 P=0.07	0.06 P=0.74
Dünyaya Yönelik Öfke Düş.	-0.06 P=0.72	-0.33 P=0.06	-0.33 P=0.06	-0.29 P=0.09	-0.32 P=0.07	-0.37 P=0.04*	-0.35 P=0.049*	-0.17 P=0.34
Saldırgan Davranışlar	-0.22 P=0.22	-0.22 P=0.21	0.19 P=0.29	-0.33 P=0.07	0.09 P=0.61	-0.17 P=0.35	-0.33 P=0.06	-0.03 P=0.89
Sakin Davranışlar	-0.23 P=0.20	-0.14 P=0.46	-0.43 P=0.01*	-0.36 P=0.04*	-0.06 P=0.73	-0.02 P=0.92	-0.07 P=0.71	-0.22 P=0.23
Kaygılı Davranışlar	-0.19 P=0.28	-0.26 P=0.14	-0.16 P=0.37	-0.37 P=0.04*	-0.34 P=0.05	-0.25 P=0.17	-0.22 P=0.22	-0.34 P=0.05
İntikam Tepkileri	-0.03 P=0.85	-0.06 P=0.76	0.41 P=0.02*	0.00 P=0.98	0.12 P=0.52	0.03 P=0.88	-0.14 P=0.45	0.06 P=0.74
Pasif-Agresif Tepkiler	-0.02 P=0.90	0.05 P=0.81	0.33 P=0.06	0.03 P=0.88	0.13 P=0.47	0.01 P=0.95	-0.30 P=0.09	0.00 P=0.99
İçe Dönük Tepkiler	0.03 P=0.87	-0.14 P=0.45	-0.22 P=0.21	-0.19 P=0.30	-0.28 P=0.12	-0.13 P=0.46	-0.17 P=0.34	-0.34 P=0.05
Umursamaz Tepkiler	-0.06 P=0.75	0.02 P=0.90	-0.04 P=0.81	0.16 P=0.38	0.37 P=0.03*	0.08 P=0.68	-0.18 P=0.33	0.38 P=0.03*

Sonuçlar Pearson korelasyon katsayısı, p değeri şeklinde verilmiştir. \*: p<0,05, \*\*p<0,01

## 5. TARTIŞMA

Bu tez çalışmasında SAB tanısı olan (N=34) ve başka bir anksiyete bozukluğu ya da duygudurum bozukluğu olan (N=30) iki grup birbiriyle sosyodemografik ve klinik özellikler, genel anksiyete ve depresyon şiddeti, öfke belirtilerinin şiddeti, öfkelerine yönelik düşünceleri, öfkелendikleri durumlar, öfkелendikleri zaman verdikleri tepkiler, kişiler arasında öfkелendiklerinde sergiledikleri tepkiler, genel psikopatoloji düzeyleri ve yeti yitimi bakımından karşılaştırılmıştır. Ayrıca SAB grubunda sosyal anksiyete şiddetinin öfkeyle ilgili özelliklerle ve yeti yitimiyle ilişki araştırılmıştır.

### 5.1. Sosyodemografik ve Hastalığa İlişkin Özellikler Bakımından Elde Edilen Sonuçların Tartışması:

Çalışmamızda SAB grubunda dahil edilen hastaların sosyodemografik ve klinik verileri değerlendirildiğinde; cinsiyet dağılımı bakımından grupların benzeştiği gözlenmiştir ve bu sonuç önceki çalışmaların sonuçlarına benzerdir (Heimberg ve Juster, 1995). Vaka grubu, kontrol grubuyla yaş, eğitim ve sosyoekonomik düzey bakımından eşleştirilmesi çalışma sonuçlarının yorumlanmasını kolaylaştırmıştır. Kontrol grubunda çalışmayanların oranının daha fazla olması Simon ve arkadaşlarının (2002) panik bozukluğu ve SAB olgularını mesleki bakımdan karşılaştırdıkları ve arada anlamlı bir farklılık bulmadıkları çalışmalarıyla uyumsuzdur ve SAB grubunda işyerinde maruz kalınması muhtemel sosyal anksiyete uyarıcı durumların hastane başvurularına daha çok neden olması olasılığı ile açıklanabilir. Bu tez çalışmasında SAB vakalarının çoğunun (%55.9) hiç evlenmemiş olduğu gözlenmiştir. Her ne kadar bu oran diğer çalışmalarla (Weissman ve ark., 1996) benzer bulunsa da (%38-65.7), vakaların üçte birinin öğrenci ya da ortalama evlenme yaşından genç olduğu göz ardı edilmemelidir.

Bu çalışmada SAB başlama yaşı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha küçük (ortalama 11,18±6,0) olarak saptanmıştır ve bu sonuç SAB'nin başlama yaşının araştırıldığı önceki çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Davidson ve ark., 1993).

Hastaların doktora başvurularını gerektiren nedenler değerlendirildiğinde bu tez çalışmasında SAB hastalarının %26,5'i başlıca sosyal anksiyete belirtileri nedeniyle başvurdukları gözlenmiştir ve bu sonucun Ulusal Eşanı Çalışması'yla (Magee ve ark., 1996) benzer bir oranda (%19) olduğu söylenebilir. SAB grubundaki hastaların SAB'ye ilişkin belirtileri daha erken başlamasına karşın, hastaların %72,2'sinin eşanlı bozukluğun belirtileri nedeniyle başvurmuş olması, sosyal anksiyeteleri için daha az yardım arama davranışı sergilediğini düşündürmektedir. Bu bulgu önceki çalışmalarla da uyumludur (Magee ve ark., 1996; Simon ve ark., 2002).

SAB grubunda komorbid hastalıkların sıklığı araştırıldığında önceki çalışmalara paralel olarak en sık diğer anksiyete bozuklukları (%55,8 YAB, %32,3 obsesif kompulsif bozukluk, %32,3 özgül fobi, %2,9 TSSB, %2,9 agorafobi), ikinci olarak duygudurum bozuklukları (%44,1 major depresif bozukluk, %5,8 distimik bozukluk, %2,9 Bipolar Bozukluk tip I, %2,9 Bipolar Bozukluk BTA) ve üçüncü olarak da alkol ya da madde kötüye kullanımı (%11,7 alkol kötüye kullanımı, %2,9 madde kötüye kullanımı) tespit edilmiştir ve önceki çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur (Sanderson ve ark., 1990). Yanısıra çalışma sonuçlarında ek tanısı bulunmayan SAB hastalarının oranının %8.8 olması, Schneier ve arkadaşlarının (1992) çalışmasındaki %30 oranına göre oldukça azdır. Bunun nedeni bu çalışmada SAB grubundaki hastaların hastane başvurularının daha çok ek tanılarına ilişkin belirtiler nedeniyle olmasına bağlı olabilir.

## 5.2. Klinik Özellikler ve Yeti Yitimi Bakımından Elde Edilen Sonuçların Tartışması

Kontrol grubunda anksiyete ve depresyon düzeyleri daha yüksek olmasına karşın KGİ puanları arasında iki grup arasında fark bulunmaması, SAB grubunda yüksek komorbidite oranları olmasına bağlı olabileceği gibi SAB belirtilerinin başlı başına klinisyen gözüyle diğer anksiyete belirtilerine göre daha yüksek algılandığına işaret ediyor olabilir.

Başlangıç olarak daha erken yaşta belirtiler gösteren SAB grubundaki hastalarda kontrol grubuna göre yeti yitimi açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Buna ek olarak SAB grubunda sosyal anksiyetenin şiddetiyle fiziksel fonksiyonun ve fiziksel rol güçlüğü'nün ters orantılı olduğu araştırma sonuçları arasındadır. Simon ve arkadaşlarının (2002) yaptığı bir çalışmada, komorbid hastalık olarak sadece YAB'nin kabul edildiği ve psikopatoloji olarak şiddetli ( $KGİ \geq 4$  ve  $LSKÖ \geq 50$ ) düzeyde bulunan panik bozukluğu, SAB hastalarıyla kontrol grubunu karşılaştırdıklarında; panik bozukluğuna göre, SAB'de fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü ve mental sağlık alanlarında SAB lehine daha yüksek oranlar saptanmıştır. Ayrıca aynı çalışmada SAB grubu mental sağlık ve sosyal fonksiyon alanlarında genel topluma göre daha fazla yeti yitimine sahip olduğu saptanmıştır. Araştırmacılar bu sonucu SAB hastalarında erken yaşta başlayan SAB belirtilerinin 'normal olmak'la ilişkili beklentileri azaltarak öz bildirimlerinde daha düşük sıkıntı ve yetersizlik sergilemeye neden olabileceği ile açıklamışlardır. Şimdiki çalışmamızla karşılaştırdığımızda ortalama olarak daha düşük şiddette psikopatolojiye sahip bir örnekleme çalışılmış ve her iki grupta da depresyon ve diğer anksiyete bozukluklarının komorbiditesinin daha fazla olması nedeniyle gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamış olabilir. Ayrıca Simon ve arkadaşlarının belirttiği gibi SAB hastalarının yeti yitimi konusunda öz bildirim ölçeklerinde daha düşük sıkıntı ve yetersizlik sergileme eğilimi akıldan çıkarılmamalıdır. SAB'de yeti yitimini araştıran önceki çalışmalar komorbiditenin yeti yitimini arttırdığına işaret etmektedir (Wittchen ve ark., 1999). Bu çalışmada ise komorbid bir bozukluğu olmayan SAB olgularının sayısı yeterli olmadığından bu konuda bir yorum yapmak mümkün gözükmemektedir.

### 5.3 Öfke ve Öfke İle İlgili Özellikler Bakımından Elde Edilen Sonuçların Tartışması

SAB’de öfke düşünceleri ve öfkenin niteliğinin değerlendirilmesi bakımından önceki yazında bilgilerimiz dahilinde ayrıntılı bir çalışma bulunmamaktadır ve bu çalışma ÇBÖÖ kullanılarak öfke yaşantısının niteliksel olarak SAB’nin diğer anksiyete bozukluklarıyla karşılaştırıldığı ilk çalışmadır.

Bu çalışmada SAB ve kontrol grupları arasında öfke belirtileri, öfkeye yol açan durumlar ve öfkeyle ilişkili davranışlar bakımından fark bulunmadığı saptanmıştır. Buna karşın örnekleme depresyon ve cinsiyet kontrol edilerek analiz edildiğinde SAB hastalarının, diğer anksiyete bozukluklarına göre diğerlerine ve kendine yönelik öfke düşüncelerinin daha fazla olduğunu ve öfkelenedikleri zaman daha sık içe dönük tepkiler gösterdiklerini söylemek mümkündür. Dadds ve arkadaşlarının (1992), anksiyete bozukluklarını (panik bozukluk, agorafobi, YAB, SAB), kendine veya başkalarına öfke düzeylerine göre birbirleriyle karşılaştırdıkları çalışmada da, şimdiki çalışmaya paralel olarak SAB hastalarının kendini eleştirme ve suçluluk gibi daha fazla kendine dönük tepkiler verdiği ve dışa dönük tepkiler arasında fark bulunmadığı gözlenmiştir. Mostovitch ve arkadaşları (2008) öfke anketi kullanarak öfke ve saldırganlık bakımından anksiyete bozuklukları (panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, SAB, özgül fobi) ile sağlıklı kontrolleri karşılaştırmışlardır. Söz konusu çalışmada, öfke anketinin dört alt testinde (öfke, saldırganlık, fiziksel agresyon ve sözel agresyon) depresyon kontrol edildiğinde SAB ile diğer anksiyete bozuklukları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu bakımdan ÇBÖÖ, öfkeyle ilişkili özellikleri değerlendirmede daha duyarlı bir ölçüm aracı olarak kullanılabilir. Mostovitch ve arkadaşları ayrıca SAB olan hastaların sağlıklı kontrollere göre daha nadir sözel agresyon gösterdiklerini belirtmiştir. Bu çalışmasında sağlıklı kontrol grubu bulunmadığı için bu konuda bir yorum yapılamaz.

SAB grubunun, öfkeyle ilgili özellikleri, sosyal anksiyete şiddetiyle ilişkilendirildiğinde; diğerlerine yönelik öfke düşüncelerinin, kendine yönelik öfke düşüncelerinin, dünyaya yönelik öfke düşüncelerinin ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

Güvenilirlik derecesi gözden geçirdiğinde ise özellikle kaçınma alt ölçeğiyle daha anlamlı ilişki elde edilmesi, SAB hastalarının kaçınmaya yönelik davranışları ne kadar fazlaysa, diğerlerine, kendilerine ya da dünyaya o derecede öfkeli olabileceklerini düşündürmektedir. SAB olan kişilerin eleştiriye duyarlı olmaları tanımı gereği kabul edilmiş bir belirti olsa da eleştirilmeyle oluşan öfkeyle sosyal anksiyete şiddeti arasında ilişki saptanmaması, SAB hastalarının eleştirilmeyi öfke uyandıran bir durumdan çok, kaygı uyandıran bir durum olarak tanımları olarak açıklanabilir. Bunun yanı sıra ciddiye alınmama karşı öfkelenmenin sosyal anksiyetenin korku bileşeniyle yakın ilişkili olması, SAB hastalarının kendilik değerini zedeleyici durumlarda öfkelenebildiklerini ve kaygılarının artabileceğini fakat bu öfkelerinden dolayı kaçınma davranışı göstermeyeceklerini düşündürmektedir. Dikkat edilmesi gereken bir diğer nokta da, çalışmanın kesitsel olarak planlanması nedeniyle sosyal anksiyete şiddetinin, öfkeye ait özellikleri ne derecede etkilediği konusunda nedensel bir yorumun yapılamamasıdır.

Öfkeye yol açan durumlar ve öfkeyle ilişkili davranışlar bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Fakat bu konuyla ilgili olarak daha önce de belirtildiği gibi SAB belirtilerinin SAB hastalarında ‘normal olmak’la ilişkili beklentileri azaltarak öz bildirim ölçeklerinde daha düşük sıkıntı ve yetersizlik sergilemeye neden olabileceği şeklindeki yorumları dikkate almak gerekir. Bu bakımdan öfkenin özellikle psikoterapide hasta bildirmese de ele alınması yararlı olabilir.

#### **5.4. Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Öneriler**

SAB'nin tanı ölçütleri arasında yer almayan fakat klinisyenler arasında SAB fenomenolojisine bir biçimde eşlik ettiği konusunda yüzey geçerliliği yüksek olan; öfkenin, daha geniş örneklemler ve/veya takip içeren çalışmalarda incelenmesini gerektirdiği açıktır. Çalışmadaki örneklemin çoğu tedavi altındaki hastalardan oluştuğu için SAB şiddeti hafiflemiş kişiler, geneli gerçekçi olarak temsil etmiyor olabilir. Bu bakımdan sonraki çalışmalarda ilk tanı konuluştuktan başlayarak

değerlendirme yapılması ve öfkenin takipteki seyrine bakılması daha sağlam sonuçlar verebilir.

SAB olan kişilerde, erken başlangıçlı bütün hastalıklardaki gibi belirtilerini “belirti” olarak adlandırma ihtimali düşük olabilir. Bu nedenle hastaların sosyal anksiyetelerine karşı içgörülerinin de değerlendirildiği çalışmalar bu konuya ışık tutabilir. Ayrıca aynı sebepten ötürü klinisyenlerin SAB’den şüphelenme eşiklerini düşük tutmaları önerilir.

Bu çalışmada kullanılan yapılandırılmış görüşme formu olan SCID-1’de bulunmadığı için kantitatif analize katılmayan erken başlangıçlı bozuklukların (dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, enürezis nokturna, ayrılma anksiyetesi gibi) çevresel etmenler ve öz saygı üzerindeki muhtemel olumsuz etkileri SAB gelişimi ile ilişkili olabilir. SAB’de komorbiditenin klinik tabloya, yeti yitimine ve psikopatolojinin şiddetine etkisini daha iyi anlamak için, çocukluktan başlayan ve komorbiditeyi eksiksiz değerlendiren uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır. SAB öncesi var olan ya da SAB’den sonra ortaya çıkan komorbiditenin ayrı ayrı değerlendirilmesi, bu ilişkinin anlaşılmasında özellikle yararlı olabilir.

Çalışmada öfke düzeyi ve öfke ile ilgili diğer nitelikler üzerinde ara değişken olarak etkili olması muhtemel bazı özellikler (örn; tempraman ve eksen 2 bozukluklar) örneklem sayısının yüksek tutulabilmesi ve zaman kısıtlılıkları nedeniyle kontrol edilmemiştir. Bu durum çalışmanın iç geçerliliğinin kısmen düşmesine neden olmuş olabilir. İlerideki çalışmalarda temperaman ve eksen 2 bozukluklara dair özelliklerin araştırılması ile bu kısıtlılığın üstesinden gelenebilir.

## 6. SONUÇLAR

Bu tez çalışmasında SAB'nin tanı ölçütleri arasında yer almayan fakat klinisyenler arasında SAB fenomenolojisine bir biçimde eşlik ettiği konusunda yüzey geçerliliği yüksek olan öfkenin niceliği ve niteliğinin, diğer anksiyete bozuklukları ve depresyondan farklı olup olmadığı araştırılmıştır. Ayrıca SAB belirti şiddetinin bu değişkenlerle ilişkisi araştırılmıştır. Kontrol grubu olarak SAB dışında diğer anksiyete bozuklukları ya da duygudurum bozukluklarından oluşan, yaş, cinsiyet, eğitim ve sosyoekonomik durum bakımından vaka grubuyla benzer bir örneklem kullanılmıştır. Yeti yitimi ve hastalığın neden olduğu genel psikopatoloji düzeyi gibi değişkenler ise ara değişkenler olarak ele alınmış ve kontrol edilmiştir.

Çalışmanın sonuçlarını kısaca gözden geçirmek gerekirse:

Kontrol grubunda çalışmayan hastaların oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. SAB'nin epidemiyolojisini araştıran önceki çalışmalarla (Davidson ve ark., 1993; Heimberg ve Juster, 1995; Magee ve ark., 1996) uyumlu olarak cinsiyetler arası eşit dağılım gösterdiği, diğer anksiyete bozukluklarına göre erken başladığı ve hastaların SAB belirtilerinden çok eşlik eden bozuklukların belirtileriyle doktora başvurdukları saptanmıştır.

Komorbid bozukluğu olan SAB olgularının sayısı, tek başına SAB olan olgulardan oldukça fazla bulunmuştur (%91.2'ye %8.8). SAB'ye eşlik eden en sık bozukluklar arasında; diğer anksiyete bozuklukları (YAB, obsesif kompulsif bozukluk, özgül fobi, TSSB ve agorafobi), duygudurum bozuklukları (major depresif bozukluk, distimik bozukluk, bipolar bozukluk tip 1, bipolar bozukluk BTA) ve alkol ve madde kötüye kullanımı yer aldığı gözlenmiştir.

Diğer anksiyete bozukluğu ve depresyon hastalarının, SAB olgularına göre depresif belirtilerinin daha şiddetli olduğu gözlenmesine rağmen genel psikopatolojilerinin şiddetinin farklı olmadığı saptanmıştır.



Bunun yanı sıra yeti yitimi bakımından diğer anksiyete bozuklukları ya da SAB olanlarda anlamlı fark gözlenmemiştir.

Çalışmada test edilen hipotezleri gözden geçirdiğimizde;

1. SAB tanısı olan hastalarda diğer anksiyete bozukluklarına göre, niceliksel açıdan kendine yönelik öfke düşünceleri anlamlı derecede yüksektir.
2. SAB olanlarla diğer anksiyete bozukluğu olan hastalar arasında öfke belirtilerinin nitelikleri açısından diğerlerine ve kendilerine daha fazla öfkelenirler ve diğer anksiyete bozukluklarına göre kişilere öfkelendiklerinde daha sık içe dönük tepkiler sergilerler.
3. SAB hastalarında sosyal anksiyete şiddeti, öfkeyle ilgili özelliklerden diğerlerine yönelik öfke düşünceleri, kendine yönelik öfke düşünceleri, dünyaya yönelik öfke düşünceleriyle ilişkili ve kaygılı tepkilerle de yakın ilişkilidir. Ayrıca sosyal anksiyete şiddeti, yeti yitimiyle ilgili özelliklerden, fiziksel fonksiyon ve fiziksel rol güçlüğüyle ters yönde ilişkilidir.

**ÖZET**  
**SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA**  
**ÖFKE DÜZEYİ VE ÖFKE DÜZEYİNİN KOMORBİDİTE**  
**VE İŞLEVSELLİK ÜZERİNE ETKİSİ**

**AMAÇ:** Diğer anksiyete bozukluklarında olduğu gibi sosyal anksiyete bozukluğunda (SAB) da öfke deneyiminin sağlıklı kişilerden fazla olduğu bilinmesine rağmen öfke duygusunun ve dışa vurumunun niteliksel olarak diğer anksiyete bozukluklarından farkları yeteri kadar açıklanmamıştır. Çalışmanın amacı; SAB olan hastaların diğer anksiyete bozukluğu olan hastalardan daha öfkeli olduğu, öfkenin niteliksel olarak diğer anksiyete bozukluğu olan hastalardan farklılık gösterdiği ve sosyal anksiyetenin öfkeyle ilgili özellikler ve yeti yitimiyle ilişkili olduğu hipotezlerini test etmektir. Ayrıca yeti yitimi ve klinik özellikler açısından farklılıklar da araştırılmaya çalışılmıştır.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Çalışma grubunu Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim dalı kliniğinde ayaktan veya yatarak tedavi gören hastalarla, öğretim görevlileri tarafından çalışma için yönlendirilmiş SAB hastaları (N=34) ve kontrol grubu olarak aynı merkezlerden gönderilen, aynı yaş, cinsiyet, eğitim ve sosyoekonomik düzeye sahip SAB olmayan anksiyete bozukluğu ya da depresyon hastaları (N=30) oluşturmaktadır. Çalışmaya alınan hastalar, psikiyatrik tanıları, depresyon ve anksiyete belirtilerinin şiddeti, sosyal anksiyete şiddeti, Çok Boyutlu Öfke Ölçeği(ÇBÖÖ) kullanılarak öfke belirtileri, öfkeye yol açan durumları, dışa vurum şekilleri, kişiler arası tepkileri, öfkeleriyle ilgili düşünceleri, yeti yitimleri ve genel klinik durumları bakımından değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** SAB hastalarında kontrol grubuna göre daha erken yaşta belirtilerin başladığı ve belirtileri nedeniyle tedaviye daha nadir başvurdukları tespit edilmiştir. Çalışmada test edilen başlıca hipotezlerden; öfkeyle ilişki özellikler, ÇBÖÖ puanlarına göre depresyon ve cinsiyet kontrol edildiğinde diğerlerine yönelik öfke düşünceleri, kendine yönelik öfke düşünceleri ve kişiler arası içe dönük öfke tepkileri kontrol grubuna göre SAB grubunda anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir.

**SONUÇ:** Bulgularımız, öfke yaşantıları açısından SAB hastalarının, diğer anksiyete bozukluğu bulunan hastalara göre, diğerlerine ve kendilerine daha çok öfkeli olduğunu ve kişiler arası öfkelerini daha çok içe dönük yaşadıklarını göstermektedir. Bunun yanı sıra sosyal anksiyete şiddetinin artması hastaların öfkeyle ilişkili düşüncelerinin artışıyla ve kaygılı tepkiler vermeleriyle ilişkisi özellikle psikoterapide üstüne durulması gereken bir konu olduğunu düşündürmektedir.

**ANATHAR KELİMELER:** Sosyal anksiyete bozukluğu, öfke, eşanı, yeti yitimi

## SUMMARY

### LEVEL OF ANGER IN PATIENTS WITH SOCIAL ANXIETY DISORDER AND THE EFFECT OF ANGER ON CO-MORBIDITY AND FUNCTIONALITY

**PURPOSE:** As with other anxiety disorders, people with social anxiety disorder (SAD) have the anger experience more than the healthy people, yet the qualitative differences from the other anxiety disorders of the expression and feelings of anger is not clear enough. The purpose of study; to test the hypothesis that; SAD patients have more anger than the with other anxiety disorders or depression and to show that the anger they experience is qualitatively differ from the other patients with other anxiety disorder. Moreover, differences in terms of clinical features and the disability levels also were investigated.

**MATERIAL and METHODS:** The study group consists of SAD patients treated in outpatient clinic or clinic of Ankara University Faculty of Medicine Psychiatry Department (n=34) and the control group of patients with depression or other non SAD anxiety disorders (n = 30) with the same age, sex, education and socioeconomic level from the same center. Those who admitted to the study examined about psychiatric diagnosis, severity of depression and anxiety, severity of social anxiety, signs of anger, situations causing anger, thoughts of anger, behaviors related to anger and reactions to anger between people by using Multidimensional Anger Scale (MAS). Also patients examined about disability levels and global clinical psychopathology.

**RESULTS:** SAD patients have symptoms earlier than those with the control group and they get treated rarely about their social anxiety symptoms. About the hipotesis tested in the study; when sex and depression severity controlled in variation analysis, we had found the thoughts of anger about self and others and inward reactions to anger between people parameters are significantly higher in SAD patients than control group according to MAS scores.

**CONCLUSION:** Our findings suggest that SAD patients have more the thoughts of anger about self and others and tendency to act inwards when get angry to other people than the control group. Moreover, severity of social anxiety shown to have a relation between thoughts of anger and anxious behaviours related to anger. It would be proper to say that working on anger in psychotherapy is worth trying on SAB patients.

**KEYWORDS:** Social anxiety disorder, anger, komorbidity, disability

## KAYNAKLAR

1. Akdemir A, Cinemre B. (1996). Sosyal fobi: Epimiyoloji, eşlik eden hastalıklar, klinik gidiş, prognoz. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4 (ek sayı 1): 11-17.
2. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, ve ark. (1996). Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4:251-9.
3. American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders (3rd edition)*. Washington, DC: Author.
4. American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders (3rd edition—Revised)*. Washington, DC: Author.
5. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders (4th edition)*. Washington, DC: Author.
6. Amies PL, Gelder MG, Shaw PM. (1983). Social phobia: a comparative clinical study. *Br J Psychiatry*; 142: 174-179.
7. Andreasen NC (1984). *The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*. Iowa city, Iowa: University of Iowa
8. Averill JR (1983). Studies on anger and aggression: Implications for theories of emotion. *Am Psychol*, 38: 1145-1160.
9. Aydemir Ö (1999). Konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: Kısa Form-36 (SF-36). *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi*, 7 (Ek. 2) 14-22.
10. Balkaya F (2001) Çok Boyutlu Öfke Envanteri'nin geliştirilmesi ve bazı semptom gruplarındaki etkisi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Ankara Üniv. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Bölümü, Uygulamalı Psikoloji ABD.
11. Balkaya F, Sahin NH. (2003). Çok Boyutlu Öfke Ölçeği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 4(3): 192-202.
12. Barlow DH. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*, 2nd ed. New York: Guilford Press. 704p.

13. Beidel DC, Turner SM. (1997). At risk for anxiety. I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36:918-924.
14. Berkowitz L (1990). On the formation and regulation of anger and aggression: A cognitive-neoassociationistic analysis. *Am Psychol*, 45:494-503.
15. Biaggio MK, Godwin WH (1987). Relation of depression to anger and hostility constructs. *Psychol Rep*, 61:87-90.
16. Biaggio MK (1989). Sex differences in behavioral reactions to provocation of anger. *Psychol Rep*, 64:23-26.
17. Bianco C, Garcia C, Liebowitz MR. (2004). Epidemiology of social anxiety disorder. Bandelow B, Stein DJ (ed.) *Social Anxiety Disorder*. New York; Marcel Dekker Inc, s.35-47.
18. Bitti PER, Gremigni P, Bertolotti G (1995). Dimensions for anger and hostility in cardiac patients, hypertensive patients, and controls. *Psychother Psychosom*, 64: 162-172.
19. Boone ML, McNeil DW, Masia CL, Turk CL, Carter LE, Ries BJ (1999). Multimodal comparisons of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 271–292.
20. Bridewell WB, Chang EC (1997). Distinguishing between anxiety, depression and hostility: Relations to anger-in, anger-out, and control. *J Pers Individ Dif*, 22: 587-590.
21. Brown EJ, Heimberg RG, Juster HR (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 26, 467–489.
22. Buss DM (1989) Conflict between the sexes: strategic interference and the evocation of anger and upset. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56: 735-747.
23. Cavira DA, Stein MD. (2002). Phenomenology of social phobia. Stein DJ, Hollander E(ed.) *Textbook of Anxiety Disorders*. Washington, DC; American Psychiatric Publishing, s.289-300.

24. Combs D, Penn DL (2004). The role of sub-clinical paranoia on social perception and behavior. *Schizophrenia Research*, 69, 93-104.
25. Dadds MR, Gaffney LR, Kenardy J, Oei TPS, Evans L. (1993). An exploration of the relationship between expression of hostility and the anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research* 27:17–26.
26. Davidson JRT., Hughes DL, George LK, Blazer DG (1993). The epidemiology of social phobia: Findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychological Medicine*, 23, 709–718.
27. De Beurs E, Wilson KA, Chambless DL, Goldstein AJ, Feske U. (1997). Convergent and divergent validity of the Beck Anxiety Inventory for patients with panic disorder and agoraphobia. *Depression Anxiety*, 6(4):140-146.
28. Deffenbacher JL (1992). Trait anger: theory, findings, and implications. *Advances in Personality Assessment*, 9: 177-201.
29. Degonda M, Angst J. (1993). The Zurich study, XX: social phobia and agoraphobia. *European Archives Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 243:95-102
30. Dilbaz N, Güz H. (2006). Sosyal Anksiyete Bozukluğunun fenomenolojisi; Anksiyete Bozuklukları; Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; Ankara; s.185-212.
31. Dilbaz N. (1997). Sosyal fobi. Güleç C, Köroğlu E (ed.) *Temel Psikiyatri Kitabı*. Ankara; Hekimler Yayın Birliği, s483-493.
32. Dilbaz N. (2002) The prevalence of social phobia among the Turkish university students. XII. World Congress of Psychiatry, Yokohama, August 24-29.
33. Doyle AC, Pollack MH . (2003). Establishment of remission criteria for anxiety disorders. *J Clin Psychiatry*, 64 Suppl 15:40-5. Review.
34. Edmondson CB, Conger, JC. (1996). A review of treatment efficacy for individuals with anger problems: Conceptual, assessment, and methodological issues. *Clinical Psychology Review*, 16, 251–275.
35. Ellason JW, Ross CA. (1995). Positive and negative symptoms in dissociative identity disorder and schizophrenia: a comparative analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Apr;183(4):236-41.

36. Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C, Özmen E. (1991). Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği, 4: 20-24.
37. Erwin BA, Heimberg RG, Schneier FR, Liebowitz MR. (2003). Anger experience and expression in social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 34, 331–350.
38. Fava M, Anderson K, Resenbaum JF (1990). “Anger attacks”: possible variants of panic and major depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147: 867-870.
39. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV)*. Washington D.C., American Psychiatric Press.
40. Fornells-Ambrojo M, Garety PA. (2008). Understanding attributional biases, emotions and self-esteem in 'poor me' paranoia: Findings from an early psychosis sample. *British Journal of Clinical Psychology*. Dec 2.
41. Guy W, (1970). CGI: Clinical Global Impressions. RR Bonato (Eds.), *Manual for the ECDEU Assessment Battery*, second rev. ed. National Institute of Mental Health, 12-1-12-16.
42. Güz H, Dilbaz N. (2003). Sosyal kaygı bozukluğu ile panik bozukluğu olularının demografik ve bazı klinik özellikler açısından karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 6: 32-38
43. Hamilton M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*;23:56-62
44. Hazaleus SL, Deffenbacher JL (1986). Relaxation and cognitive treatments of anger. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54: 222-226.
45. Hazan AL, Stein MB. (1995). Clinical phenomenology and comorbidity. Stein MB (ed.) *Social phobia clinical and research perspectives*. Washington, DC; American Psychiatric Press,, s.3-4
46. Heckelman LR, Schneier FR. (1995). Diagnostic issues. Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR. (ed.) *Social phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. New York; Guilford Press, s.69-94

47. Heimberg RG, Juster HR. (1995). Cognitive behavioral treatments: literature review. In Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR. Social phobia: diagnosis, assessment and treatment. New York; Guilford,, s.261-309
48. Heimberg RG, Horner KJ, Juster HR ve ark. (1999) Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 29:199-212.
49. Heimberg RG, Holt, CS, Schneier FR, Spitzer RL, Liebowitz MR (1993). The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 249–269
50. Heimberg RG, Hope DA, Dodge CS, Becker RE. (1990). DSM-III-R subtypes of social phobia—Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 172–179.
51. Herbert JD., Hope DA, Bellack AS. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 332–339.
52. Hirshfeld-Becker DR, Micco JA, Simoes NA, Henin A. (2008). High Risk Studies and Developmental Antecedents of Anxiety Disorders. *American Journal of Medical Genetics Part C (Seminars in Medical Genetics)* 148C:99–117 .
53. Hofmann SG. (2000). Treatment of social phobia: Potential mediators and moderators. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 5–18.
54. Hofmann SG, Heinrich N, Moscovitch D.A. (2004).The nature and expression of social phobia: Toward a new classification. *Clinical Psychology Review* 24: 769–797.
55. Holt CS., Heimberg RG, Hope DA, Liebowitz MR. (1992). Situational domains of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 63–77.
56. Horesh N, Rolnick T, Iancu I (1997) Anger, impulsivity and suicide risk. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66: 92-96.
57. Hudson JL, Rapee RM. Parent-child interactions and anxiety disorders: an observational study. *Behaviour Research and Therapy* 2001; 39; 1411-1427
58. Jakops E, Fischer AH, Manstead ASR (1997) Emotional experience as a function of social context: the role of the other. *Journal of Nonverbal Behavior*, 21: 103-130.



59. Janet P. *Les Obsessions et la Psychasthenie*. Paris; Felix Alcan, 1903
60. Kagan J, Reznick JS, Snidman N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*; 240: 167-171.
61. Kassinove H, Sukhodolsky DG (1995) Anger disorders: basic science and practice issues. *Anger Disorders: Definition, Diagnosis and Treatment*. Kassinove H (Ed.), Washington, Taylor & Francis.
62. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of *DSM-IV* disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*;62:593-602.
63. Kessler RC, Stang P, Wittchen HU, Stein M, Walters EE. (1999). Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med*; 29: 555-567
64. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. (1999). SF-36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. *Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi*
65. Koh KB (2003) Anger and somatization. *Journal of Psychosomatic Research*, 55:113.,
66. Lecribier Y, Weiller E. (1997). Comorbidities in social phobia. *International Clinical Psychopharmacology*; 12:17-21.
67. Lepine JP, Pelissolo A. (1998). Social phobia and alcoholism: a complex relationship. *Journal of Affective Disorders*; 50: s.23-28
68. Levin JB, Hermesh H, Marom S. (2001). Social phobia subtyping with the MMPI-2. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1489–1502.
69. Lewis M, Alessandri SM, Sullivan MW (1990). Violation of expectancy, loss of control, and anger expression in young infants. *Developmental Psychology*, 5: 745-751.
70. Liebowitz MR (1987) Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22:141-173.
71. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA, Kessler RC. (1996). Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*; 53: 159-168

72. Mannuzza S, Schneier FR, Chapman TF, Liebowitz MR, Klein D F, Fyer AJ. (1995). Generalized social phobia. Reliability and validity. *Archives of General Psychiatry*, 52, 230–237.
73. Marks IM, Gelder MG. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*; 123: 218-21
74. Marks IM. (1969). *Fears and Phobias*. New York; Academic Pres,
75. Martin R, Watson D (1997) Style of anger expression and its relation to daily experience. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23: 285-294.
76. McNeil DW, Ries BJ, Taylor LJ, Boone ML, Carter LE, Turk CL. (1995). Comparison of social phobia subtypes using Stroop tests. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 47–57.
77. McNeil, DW (2001). Terminology and evolution of the constructs. In S. G. Hofmann, & P. M. DiBartolo (Eds.), *From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives* (pp. 8–19). Needham Heights, MA7 Allyn and Bacon.
78. Mennin DS, Heimberg RG, Jack MS. (2000) Comorbid Generalized Anxiety Disorder in Primary Social Phobia: Symptom Severity, Functional Impairment, and Treatment Response. *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 14, No. 4, pp. 325–343.
79. Mostovitch DA, McCabe RE, Antony MM, Rocca L, Swinson RP. (2008). Anger experience and expression across the anxiety disorders. *Depression and Anxiety*: 25; 107-113
80. Myin-Germeys I, Krabbendam L, Van Os J (2003). Continuity of psychotic symptoms in the community. *Current Opinion in Psychiatry* 16, 443–449.
81. Novaco RW. (1976). The functions and regulation of the arousal of anger. *American Journal of Psychiatry*, 133, 1124–1128.
82. Özel Kizil ET, Saka MC, Atbaşoğlu EC, Göğüş AK. (2008). The factor structure of schizophrenic symptoms: which model is supported by independent item analysis? *Türk Psikiyatri Dergisi*. Summer;19(2):141-8.
83. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu E. (1999). DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*; 12:233-236.

84. Riley WT, Treiber FA, Woods MG (1989) Anger and hostility in depression. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 177: 668-674.
85. Robbins PR, Tanck RH (1997). Anger and depressed affect: Interindividual and intraindividual perspectives. *Journal of Psychology*, 131: 489-500.
86. Robins S, Novaco RW (1999). Systems conceptualization and treatment of anger. *Journal of Clinical Psychology*, 55: 325-337.
87. Russell JA (1991) Culture and categorization of emotions. *Psychol Bull*, 110:426-450.
88. Safren SA, Heimberg RG, Horner K J, Juster HR., Schneier FR, Liebowitz MR. (1999). Factor structure of social fears: The Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 253–270.
89. Sanderson WC, Di Nardo PA, Rapee RM, Barlow DH. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*; 99: 308-312.
90. Sayar K, Bilen A, Arıkan M (2001). Kronik ağrı hastalarında öfke, benlik saygısı ve aleksitimi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 2:36-42.
91. Sayar K, Güleç H, Topbas M (2004). Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, Oct; 23(5): 441-448.
92. Sayar K, Güzelhan Y, Solmaz M ve ark. (2000). Anger attacks in depressed Turkish outpatients. *Ann Clin Psychiat*, 12: 213-218.
93. Scherger JM (1979). Understanding, and controlling anger. *Helping Clients with Special Concerns*, Elsenberry S, Patterson LE (Eds), London, Houghton Mifflin Company, s.79-102
94. Schneier FR, Heckelman LR, Garfinkel, Campeas R, Fallon BA, Girow A. (1994). Functional impairment in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*; 55: 322-331
95. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman MM. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiological sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282–288.
96. Schneier FR, Spitzer RL, Gibbon M, Fyer AJ, Liebowitz MR. (1991). The relationship of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 496–502.

97. Sharkin BS (1993) Anger and gender: theory, research and implications. *Journal of Counseling and Development*, 71: 386-389.
98. Siegel JM (1986) The multidimensional anger inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5: 191-200.
99. Simon NM, Otto MW, Korbly NB, Peters PM, Nicolaou DC, Pollack MH. (2002). Quality of life in social anxiety disorder compared with panic disorder and the general population. *Psychiatric Services*. Jun;53(6):714-8
100. Slavkin SL, Holt CS, Heimberg RG, Jaccard JJ, Liebowitz MR.(November, 1990). The liebowitz social phobia scale: An exploratory analysis of construct validity. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.
101. Smith T (1994). Concepts and methods in the study of anger, hostility, and health. *Anger, Hostility, and The Heart*. Siegman A and Smith T (Ed), Lawrence Earlbaum Associates, Hillsdale, NJ.
102. Soykan C, Özgüven HD, Gencoz T ve ark. (2003). Liebowitz Social Anxiety Scale: the Turkish version. *Psychology Report*, 93:1059-69.
103. Spielberger CD, Crane RS, Kearns WD ve ark. (1991) Anger and anxiety in essential hypertension. *Stress and Emotion: Anxiety, Anger and Curiosity*. Spielberger CD (Ed), New York, Taylor&Francis, s. 265-279.
104. Spielberger CD, Reheiser EC, Sydeman SJ (1995) Measuring the experience, expression and control of anger. *Anger Disorders: Definition, Diagnosis and Treatment*. Kassinove N. (Ed), Washington, Taylor&Francis.
105. Stein MB, Walker JR, Forde DR. (1994). Setting diagnostic threshold for social phobia: considerations from a community survey of social anxiety. *American Journal of Psychiatry*; 151: 408-412.
106. Stein MB, Walker JR, Forde DR. (1996). Public speaking fears in a community sample. Prevalence, impact on functioning, and diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 53, 169–174.
107. Stemberger RT, Turner SM, Beidel DC, Calhoun KS. (1995). Social phobia: An analysis of possible developmental factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 526–531.

108. Stoner SB, Spencer WB (1987). Age and gender differences with the Anger Expression Scale. *Educ Psychol Meas*, 47: 487-492.
109. Tanaka-Matsumi J (1995). Cross-cultural perspectives on anger. *Anger Disorders: Definition, Diagnosis and Treatment*, Kassinove H (Ed), Washington, Taylor&Francis.
110. Tangney JP, Wagner P, Hill-Barlow D (1996) Relation of shame and guilt to constructive versus destructive responses to anger across the lifespan. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70: 797-809.
111. Tavis C (1989) *Anger: Misunderstood Emotion*. New York, Simon&Schuster.
112. Turner SM, Beidel DC, Townsley RM (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 326–331
113. Türkçapar MH, Güriz O, Özel A (2004). Antisosyal Kişilik Bozukluğu Olan Hastalarda Öfke ve Depresyonun İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 15(2):119-124
114. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy Int Q*; 12:163-172.
115. Valentis M, Devane M (1994) *Female Rage*. New York, NY, Carol Southern Books.
116. Van Ameringen M, Mancini C, Stayan G. (1991). Relationship of social phobia with other psychiatric illness. *Journal of Affective Disorder*; 21: 93-98
117. Van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Ravelli A (2000). Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population. *Schizophrenia Research* 45, 11–20.
118. Van Os J, Verdoux H, Maurice-Tison S, Gay B, Liraud F, Salamon R, Bourgeois M. (1999). Self-reported psychosis-like symptoms and the continuum of psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Sep;34(9):459-63
119. Ware JE, Sherbourne CD. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*; 30:473-83

120. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Lee CK, Newman SC, (1996). The cross-national epidemiology of social phobia: a preliminary report. *International Clinical Psychopharmacology* ; 11 (Suppl 3): 9-14.
121. Wickless C, Kirsch I (1988) Cognitive correlates of anger, anxiety, and sadness. *Cognitive Therapy Research*, 12: 367-377.
122. Wittchen HU, Fehm L. (2001). Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. *Psychiatric Clinics of North America*; 24:617-641.
123. Wittchen HU, Stein MB, Kessler RC. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological Medicine*
124. World Health Organization (1992) ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, Geneva

## EK 1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK BİLGİ FORMU

Hastanın adı:

.....

Doğum tarihi ve yeri:

.....

Adres / Telefon:

.....  
.....  
.....

Eğitim Süresi:

.....

Medeni Hal:

.....

Hastalığın başlangıç zamanı:

.....

Tedavi süresi: Takip süresi:

.....

Başvuru Nedeni:

Sosyal fobi belirtileri Diğer belirtiler

Gönderildiği Merkez:

Hastane Muayenehane Hastanede özel muayene

En son kullandığı ilacın ismi ve dozu ve süresi:

.....

**DSM – IV tanıları:**

Eksen 1:.....

## **EK 2. KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (CGI) HASTALIK ŞİDDETİ**

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil
2. Hastalık sınırında
3. Hafif düzeyde hasta
4. Orta düzeyde hasta
5. Belirgin düzeyde hasta
6. Ağır hasta
7. Çok ağır hasta



### EK 3. LIEBOWITZ SOSYAL KAYGI ÖLÇEĞİ (LSKÖ)

Uyarılar: Tüm seçeneklere geçen haftayı düşünerek-bugün de dahil olacak şekilde- puan veriniz. Eğer durumlardan biri geçen hafta içerisinde oluşmadıysa, hastanın durumu karşılaştığında göstereceğini söylediği tepkiyi puanlayınız. Her bir durum için (yaşanmış olan ya da yaşanmış olduğu varsayılan) hem korku ya da anksiyetenin derecesini hem de kaçınma sıklığını puanlayınız.

<b>Korku ya da Anksiyete</b>	<b>Kaçınma</b>
0=yok	0=asla (% 0)
1=hafif	1=ara sıra (% 1-33)
2=orta	2=sıkça (% 34-67)
3=şiddetli	3=genellikle (% 68-100)

1. Topluluk içerisinde telefon etmek
2. Küçük bir grupta beraber bir aktiviteye katılmak
3. Toplulukta yemek yemek
4. Toplulukta içecek içmek
5. Yönetici konumundaki biri ile konuşmak
6. Seyirci önünde rol yapmak, oynamak ya da konuşmak
7. Bir partiye / davete gitmek
8. Biri ya da birileri tarafından izlenirken çalışmak
9. Biri ya da birileri tarafından izlenirken yazı yazmak
10. Çok iyi tanımadığınız birine telefon etmek
11. Çok iyi tanımadığınız biri ile yüz yüze konuşmak
12. Yabancılarla tanışmak
13. Genel bir tuvalette idrar yapmak
14. Başkalarının oturuyor olduğu bir odaya girmek
15. İlgili merkezi olmak
16. Ön hazırlık olmadan bir toplumda konuşmak
17. Beceri, bilgi ya da yetenek ile ilgili bir sınava girmek
18. Çok iyi tanımadığınız birine karşı görüş bildirmek ya da onunla aynı fikirde olmadığınızı söylemek
19. Çok iyi tanımadığınız birinin doğrudan gözlerinin içine bakmak
20. Bir gruba sözlü rapor vermek
21. Cinsel ya da romantik bir ilişki amacıyla biriyle yakınlaşmaya çalışmak
- 22- Bir malı parası iade edilmek üzere geri götürmek
23. Bir parti / davet vermek
24. Israrcı bir satıcıyı reddetmek

#### EK 4. BECK ANKSİYETE ENVANTERİ (BAÖ)

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 ettiğimi yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde. Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde. Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedenin herhangi bir yerinde uyuşma, 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. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcağa bağlı olmayan)				

## EK 5. HAMILTON DEPRESYONU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HDDÖ)

HAM1 Çökkün duygudurum	0	1	2	3	4
HAM2 İş ve etkinlikler	0	1	2	3	4
HAM3 Genital belirtiler (cinsel ilgi)	0	1	2		
HAM4 Somatik belirtiler (gastrointestinal)	0	1	2		
HAM5 Erken uykusuzluk (uykuya dalma güçlüğü)	0	1	2		
HAM6 Orta uykusuzluk (uykuyu sürdürme güçlüğü)	0	1	2		
HAM7 Geç uykusuzluk (erken uyanma)	0	1	2		
HAM8 Genel bedensel belirtiler	0	1	2		
HAM9 Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
HAM10 İntihar	0	1	2	3	4
HAM11 Ruhsal anksiyete	0	1	2	3	4
HAM12 Bedensel anksiyete	0	1	2	3	4
HAM13 Hipokondriyasis	0	1	2	3	4
HAM14 İçgörü (içgörü kaybı)	0	1	2		
HAM15 Retardasyon	0	1	2	3	4
HAM16 Ajitasyon (huzursuzluk)	0	1	2	3	4
HAM17 Kilo kaybı (zayıflama)	0	1	2		

## EK 6. ÇOK BOYUTLU ÖFKE ÖLÇEĞİ (ÇBÖÖ)

### AÇIKLAMA

Bu ölçek insanların öfke konusunda duygu ve düşüncelerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu kitapçıkta farklı bölümler halinde bazı ifadeler bulunmaktadır. Lütfen HER BİR İFADEYİ ayrı ayrı dikkatle okuyup, yandaki cevap bölümünde size uygun olan daireyi işaretleyin. Her sayfanın başında yer alan kısa açıklamayı mutlaka okuyun. Cevaplarınızı bu açıklamalara göre vermeniz gerekmektedir. Her madde için sadece size en uygun olan cevabı işaretleyin. Hiçbir maddenin doğru ya da yanlış bir cevabı yoktur. Size en uygun gelen cevap doğru olan cevaptır. Çalışmanın sağlıklı olabilmesi için içtenlikle ve dürüst olarak cevap vermeniz çok önem taşımaktadır. Hiçbir şekilde isim ya da kimliğe ait bir bilgi vermeniz gerekmemektedir. Katkılarınız için şimdiden çok teşekkür ederiz.

### Öfkelendiğinizde aşağıdaki belirtiler sizde ne sıklıkla ortaya çıkar?

	Hiç	Nadiren	Arada sırada	Sıklıkla	Her zaman
1. Kendi kendine söylenmek.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Kontrol kaybı.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Kanın beyne fırladığını hissetmek.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Yumruklarını sıkma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Dişlerini sıkma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Beynin zonklaması.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Elin - ayağın titremesi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Hareketlerin hızlanması.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Nefesin daralması.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Baş ağrısı.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Burnundan soluma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Zihnin allak bullak olması.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Mantıklı düşünememe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Dudaklarını ısırma başlamak.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Aşağıdaki durumlarda ne kadar kızarsınız?

	%0	%25	%50	%75	%100
1. Başkalarının önünde eleştirildiğinizde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Eleştirildiğinizde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Geçmişte sizi öfkeliendiren bir şeyi hatırladığınızda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Bir işi yaparken engellendiğinizde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Tehdit edildiğinizde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Haksızlığa uğradığınızda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Birisi sizi hep aynı konuda kızdırdığında.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Önem verdiğiniz şeyler küçümsendiğinde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Söylediğiniz bir şey yapılmadığında.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Azarlandığınızda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Size hakaret edildiğinde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Aldatıldığınızda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Yapmadığınız bir şeyden dolayı suçlandığınızda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Sizin adınıza karar verildiğinde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ailenize hakaret edildiğinde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Size saldırıldığında.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Sizin için değerli bir şeyi karşınızdaki anlamadığında.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Sudan sebepler yüzünden istedikleriniz yapılmadığında.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Sizinle dalga geçildiğinde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Randevulara sadık kalınmadığında.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. İnsanlar yetkilerini kötüye kullandıklarında.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Size saygısız davranıldığında.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Önemsendiğinizde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Yalan söylendiğinde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Arkanızdan konuşulduğunda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Sizi sömürmeye çalıştıklarında.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Sizi görmezden geldiklerinde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Karşınızdaki kendi sorumluluğunu almadığında.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Düşündüklerinizi ifade edemediğinizde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. İnsanlar başınızın etini yediklerinde.
31. Size değer verilmediğini hissettiğinizde.
32. Düşüncelerinize değer verilmediğinde.
33. İnsanlar hadlerini bilmediğinde.
34. Kişisel haklarınıza saldırıldığında.
35. Söylediklerinizin tam tersi yapıldığında.
36. Yaptığınız bir iş takdir edilmediğinde.
37. Değiştiremeyeceğiniz şeyler olduğunda.
38. Birisi sizinle konuşurken konuşmasını bölüp başkasıyla konuştuğunda.
39. İşler ters gittiğinde.
40. Söyledikleriniz ters algılandığında.
41. İnsanlar üzerlerine aldıkları bir işi yapmadıklarında.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Aşağıdaki düşünceler, aklınızdan ne sıklıkla geçer?

	Hiç	Nadiren	Arada sırada	Sıklıkla	Her zaman
1. İnsanlar beni olduğun gibi görürlerse geçinilmesi zor biri olduğumu anlarlar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ne kadar çok pişmanlık duyacağım şey yapıyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Bana neler oluyor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Kendimden utanıyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ailem için yeterince bir şey yapmadım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Hemen hemen her gün bir şeylere öfkeleniyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. İnsanlar nedense hep arkamdan konuşuyorlar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Zaman zaman başkalarına zarar verme dürtümü kontrol edemeyebilirim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. İstedğim bir hayat sürdüremedim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Düşündüğümde daha da öfkeliyim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Aslında insanların zannettiğinden daha da öfkeliyim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Sevmediğim insanlara karşı kabalaşıyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Öyle öfkeliyim ki kontrolümü kaybedeceğimi hissediyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. İnsanlar bana genellikle patronluk tashyor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. İnsanlar sınırlarımı çok zorluyor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Hayatta çok fazla haksızlığa uğradığıma inanıyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. İçimde öyle çok kin var ki kimseye anlatamam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. hak etmediğim şekilde yaşıyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Son zamanlarda kendimi çok aksi biri gibi hissediyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Başkalarına asla güvenmemeliyim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Patlamaya hazır bir barut gibiyim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Ne kadar çok sevmediğim insan var.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Günahlarımdan dolayı affedilebilecek miyim?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Bazen insanlar benimle alay ediyorlar gibi geliyor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Sanki bütün dünyanın yükünü ben taşıyorum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Bu yapılan iyi şeylerin altında acaba ne var?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Hoşlanmadığım kurallara neden uyayım diye düşünürüm.
28. Son günlerde ne kadar çok şeye öfkelendiğimi fark ettim.
29. Başarısızlıklarım beni utandırıyor.
30. Herkes benim hiç öfkelenmediğimi sanır.



**Sizi öfkelen diren bir durumda kaldığınızda aşağıdaki davranışları ne sıklıkla gösterirsiniz?**

	Hiç	Nadiren	Arada sırada	Sıklıkla	Her zaman
1. Soğukkanlılığımı korurum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sinirimi boşaltmaya çalışırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Bana nasıl böyle bir haksızlık yapıldığını düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Kontrolümü kaybedeceğim düşüncesine kapılırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Bunlar başıma neden geliyor diye düşünürüm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ne yapacağımı düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Sağa sola vururum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Çözümeye yönelik düşünmeye başlarım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. İnsanlar bana bağırsa ben de onlara bağıırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Benimle aynı fikirde olmayan insanlarla tartışmaya girmekten kendimi alamam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Şiddet gösteririm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Gözüme bir şey gözükmmez.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. En iyi savunma saldırıdır diye düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Unutmaya çalışırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Herkes kadar ben de kavga ederim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Haklarımı korumak için fiziksel şiddete başvurmam gerekirse yaparım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Daha da sakinleşmeye çalışırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Kendime sürekli sakin ol diye telkinlerde bulunurum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Sakinleşmek için olayın nedenlerini sorgularım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Kendi kendine geçmesini beklerim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Kendimi sakinleştirmeye çalışırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Hoşlanmadığım fikirlerimi örtbas etmeye çalışırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Umutsuzluğa düşerim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Kendimden başka bir şey düşünmem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Öfkemi göstermem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Soğukkanlılığımı kaybettiğim zaman birine tokat atabilirim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Sizi öfkeliendiren bir insan karşısında aşğıdaki davranışları ne sıklıkla gösterirsiniz?**

	Hiç	Nadiren	Arada sırada	Sıklıkla	Her zaman
1. Kendini suçlu hissetmesi için uğraşırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Beni bu şekilde sınırlendirmeye hakkı yok diye düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Onu mahvetmek isterim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Onu hiç önemsemediğimi gösteren bir davranış yaparım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Anında parlarım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sonuna kadar götüremeyeceğim tehditleri sıkça savururum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Hakaret ederim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Karşımdakini cezalandırmak isterim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Dedikodusunu yaparım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Hakkında düşündüklerimi ona söylerim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Burnunun ortasına bir yumruk hak ediyor diye düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Bunu kasıtlı yapıyor diye düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Beni sevmediğini düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Beni önemsemediğini düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Karşımdakinden intikam almak isterim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Ona her türlü kötülüğü yapmak isterim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. O anda öcümü almak isterim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Onu aşağılamak isterim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Bana böyle acı çektirmemeliydi diye düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. İstediklerinin tam tersini yaparım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Gerekecekçe konuşmam. İlgi göstermem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Saatlerce öfkeli kalırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Beni hayal kırıklığına uğrattı diye düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Bana patronluk tashyor diye düşünürüm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Kendimi savunarak konuşurum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Onu yaptığına pişman ettirmek isterim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Kendini ne sanıyor diye düşünürüm.
28. Yüksek sesle bağırırım.
29. Aklımdan neyi yanlış yaptım diye geçer.
30. Nasıl tepkiler vereceğimi düşünürüm.
31. Sakin olmaya çalışırım.
32. Kendimi kontrol etmem gerektiğini düşünürüm.
33. Onu yenmeye çalışırım.
34. Ona, neye yol açtığımı iyice göstermeye çalışırım.
35. İçimden onun ne kadar aşağılık biri olduğu geçer.
36. Benden istediklerini yapmam.
37. Ona mutlaka bir şeyler söylemem gerektiğini düşünürüm.
38. Kim olduğumu ona gösteririm.
39. Benimle alay ettiğini düşünürüm.
40. Ona gününü göstermek isterim.
41. Canı kavga istiyor diye düşünürüm.
42. İçime kapanırım.
43. Gülerim.
44. Hiç aldırmam.
45. Görmezden gelirim.
46. Suçu kendimde ararım.
47. Ben ondan bunun acısını çıkarırım diye düşünürüm.

## EK 7. KISA FORM 36 (SF-36)

Hasta Adı Soyadı:

### 1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

- |             |         |
|-------------|---------|
| a) Mükemmel | d) Orta |
| b) Çok iyi  | e) Kötü |
| c) İyi      |         |

### 2. Bir yıl öncesi ile karşılaştığımızda, şimdi gene) olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- |   |  |
|---|--|
| a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi   | c) Bir yıl öncesi ile hemen hemen aynı   |
| b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi | d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü |
|   | e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü      |

### 3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

- A- Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler
- |                             |                            |
|-----------------------------|----------------------------|
| 1) Evet, oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet, biraz kısıtlıyor   |                            |
- B- Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler
- |                             |                            |
|-----------------------------|----------------------------|
| 1) Evet, oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet, biraz kısıtlıyor   |                            |
- C- Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma
- |                             |                            |
|-----------------------------|----------------------------|
| 1) Evet, oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet, biraz kısıtlıyor   |                            |
- D- Merdivenle çok sayıda kat çıkma
- |                             |                            |
|-----------------------------|----------------------------|
| 1) Evet, oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet, biraz kısıtlıyor   |                            |
- E- Merdivenle bir kat çıkma
- |                             |                            |
|-----------------------------|----------------------------|
| 1) Evet, oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet, biraz kısıtlıyor   |                            |
- F- Eğilme veya diz çökme
- |                             |                            |
|-----------------------------|----------------------------|
| 1) Evet, oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet, biraz kısıtlıyor   |                            |
- G- Bir iki kilometre yürüme
- |                             |                            |
|-----------------------------|----------------------------|
| 1) Evet, oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet, biraz kısıtlıyor   |                            |
- H- Bir kaç sokak öteye yürüme
- |                             |                            |
|-----------------------------|----------------------------|
| 1) Evet, oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet, biraz kısıtlıyor   |                            |
- İ- Bir sokak öteye yürüme
- |                             |                            |
|-----------------------------|----------------------------|
| 1) Evet, oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet, biraz kısıtlıyor   |                            |
- J- Kendi kendine banyo yapma veya giyinme
- |                             |                            |
|-----------------------------|----------------------------|
| 1) Evet, oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet, biraz kısıtlıyor   |                            |

- 4- Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?**
- A- İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?  
1) Evet 2) Hayır
- B- Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?  
1) Evet 2) Hayır
- C- İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlama oldu mu?  
1) Evet 2) Hayır
- D- İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)  
1) Evet 2) Hayır
- 5- Son 4 hafta boyunca duygusal sorunlarınızın (Örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?**
- A- İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?  
1) Evet 2) Hayır
- B- Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?  
1) Evet 2) Hayır
- C- İşiniz veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?  
1) Evet 2) Hayır
- 6- Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?**
- a) Hiç etkilemedi  
b) Biraz etkiledi  
c) Orta derece etkiledi  
d) Oldukça etkiledi  
e) Aşırı etkiledi
- 7- Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?**
- a) Hiç  
b) Çok hafif  
c) Hafif  
d) Orta  
e) Şiddetli  
f) Çok şiddetli
- 8- Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?**
- a) Hiç etkilemedi  
b) Biraz etkiledi  
c) Orta derece etkiledi  
d) Oldukça etkiledi  
e) Aşırı etkiledi
- 9- Aşağıdaki sorular sizi son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.**
- A- Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?  
a) Her zaman  
b) Çoğu zaman  
c) Oldukça  
d) Bazen  
e) Nadiren  
f) Hiçbir zaman
- B- Çok sinirli bir insan oldunuz mu?  
a) Her zaman  
b) Çoğu zaman  
c) Oldukça  
d) Bazen  
e) Nadiren  
f) Hiç bir zaman
- C- Sizi hiçbir şeyin neşelendirmeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?  
a) Her zaman  
b) Çoğu zaman

- c) Oldukça e) Nadiren  
d) Bazen f) Hiçbir zaman
- D- Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?  
a) Her zaman b) Çoğu zaman e) Nadiren  
c) Oldukça f) Hiç bir zaman  
d) Bazen
- E- Kendinizi enerjik hissettiniz mi?  
a) Her zaman b) Çoğu zaman e) Nadiren  
c) Oldukça f) Hiçbir zaman  
d) Bazen
- F- Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?  
a) Her zaman b) Çoğu zaman e) Nadiren  
c) Oldukça f) Hiç bir zaman  
d) Bazen
- G- Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?  
a) Her zaman b) Çoğu zaman e) Nadiren  
c) Oldukça f) Hiç bir zaman  
d) Bazen
- H- Kendinizi mutlu hissettiniz mi?  
a) Her zaman b) Çoğu zaman e) Nadiren  
c) Oldukça f) Hiçbir zaman  
d) Bazen
- İ- Kendinizi yorgun hissettiniz mi?  
a) Her zaman b) Çoğu zaman e) Nadiren  
c) Oldukça f) Hiçbir zaman  
d) Bazen

**10- Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkla etkiledi?**

- a) Her zaman b) Çoğu zaman d) Nadiren  
c) Bazen e) Hiç bir zaman
- 11- Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru ve yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanı işaretleyiniz.**
- A- Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim. c) Bilmiyorum  
a) Kesinlikle doğru d) Çoğunlukla yanlış  
b) Çoğunlukla doğru e) Kesinlikle yanlış
- B- Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım. C- Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.  
a) Kesinlikle doğru  
b) Çoğunlukla doğru  
c) Bilmiyorum  
d) Çoğunlukla yanlış  
e) Kesinlikle yanlış
- D- Sağlığım mükemmel.  
a) Kesinlikle doğru  
b) Çoğunlukla doğru  
c) Bilmiyorum  
d) Çoğunlukla yanlış  
e) Kesinlikle yanlış

